

ISSN e: 2317-7748

ISSN: 1676-8019

SANARE

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS



Tornar sã, em latim, *SANARE* é uma revista de políticas públicas que tem por finalidade divulgar experiências em políticas públicas na área de saúde coletiva como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização de novos paradigmas sobre gestão governamental.

CONSELHO EDITORIAL

NACIONAL

Adriana Gomes Nogueira Ferreira – UFMA
Aluisio Ferreira de Lima – PUCSP
Andrea Silvia Walter de Aguiar - UFC
Antonio Germane Alves Pinto - URCA
Anyá Pimentel Gomes Fernandes V. Meyer – Fiocruz
Betise Mery Alencar S. Macau Furtado – UPE
Camilla Araújo Lopes Vieira - UFC
Camilo Darsi de Souza – UNISC/RS
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha – UFRJ
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas - UVA
Cristianne Maria Famer Rocha – UFRGS
Edson Holanda Teixeira - UFC
Eliany Nazaré Oliveira – UVA
Fabiane do Amaral Gubert - UFC
Fernando Sérgio Pereira de Sousa – UFPI
Francisco Arnaldo N. de Miranda - UFRN
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto – UVA
Geison Vasconcelos Lira - UFC
Gerardo Cristino Filho - UFC
Glauber da Silva Quirino - URCA
Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes – UVA
Izabelle Mont’Alverne N. Albuquerque - UVA
Jeane Félix da Silva - UFRGS
José Jailson de Almeida Junior - UFRN
José Maria Ximenes Guimarães - UECE

José Olinda Braga – UFC
José Reginaldo Feijão Parente - UVA
Luis Achilles Rodrigues Furtado - UFC
Marcia Ma. Mont’Alverne de Barros - UFPB
Maria Adelane Monteiro da Silva - UVA
Maria Corina Amaral Viana - URCA
Maria da Conceição Coelho Brito – FLF
Maria de Fatima Antero Sousa Machado – URCA
Maria Fátima de Sousa - UnB
Maria Rocineide Ferreira da Silva - UECE
Maria Socorro de Araújo Dias – UVA
Maria Veraci Oliveira Queiroz - UECE
Maristela Inês Osawa Vasconcelos - UVA
Milena Rodrigues Soares Mota - UNICEL
Mirna Marques Bezerra Brayner - UFC
Roberta Cavalcante Muniz Lira - UFC
Vicente de Paulo Teixeira Pinto - UFC
Yolanda Flores e Silva – UNIVALI

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Félix Fernando Monteiro Neto – Portugal
Francisco Antonio Loiola - Canadá
Mirella Maria Soares Veras – Canadá
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu - Portugal
Zulma Consuelo Urrego Mendoza - Colombia

PREFEITURA

Ivo Ferreira Gomes
Prefeito

Regina Célia Carvalho
Secretária da Saúde

Maria Socorro de Araújo Dias
Diretora da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia

PRODUÇÃO

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia - ESP-VS

Maria Socorro de Araújo Dias
Editora Chefe

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto
Diagramação

Karina Oliveira de Mesquita
Editora Assistente

Martônio Holanda
Capa

Versão Digital

S A N A R E, Revista de Políticas Públicas
v.20, n.2, Jul./Dez. 2021
- Sobral[CE]: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, 2021.

Semestral

ISSNe 2317-7748 ISSN: 1676-8019

1 . Políticas Públicas.

2. Políticas Públicas – Periódicos

CDD:362.1098131

É permitida a reprodução do material publicado, desde que citada a fonte.

Números anteriores:

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
Av. John Sanford, nº 1320 - Bairro Junco - Sobral/CE
CEP: 62030-362 - Fone/Fax: (88) 3614.5520
E-mail: revista_sanare@hotmail.com
Portal Sanare: <http://sanare.emnuvens.com.br/SUNM>



6 EDITORIAL

- 8 RISCOS OCUPACIONAIS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO CEARÁ**
 OCCUPATIONAL RISKS OF COMMUNITY HEALTH AGENTS IN A BASIC HEALTH UNIT IN CEARÁ
 RIESGOS OCUPACIONALES DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD DE UNA UNIDAD BASICA DE SALUD DEL CEARÁ

Gisele Maria Melo Soares Arruda, Barbara Luma Araújo Nógimo, Danielly Maia de Queiroz, Pedro Alves de Araújo Filho

- 17 É POSSÍVEL DIMINUIR AS DESIGUALDADES EM SAÚDE? UMA ANÁLISE REGIONALIZADA DO BRASIL**

IS IT POSSIBLE TO REDUCE HEALTH INEQUALITIES? A REGIONALIZED ANALYSIS OF BRAZIL
 ¿ES POSIBLE DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD? UN ANÁLISIS REGIONALIZADO DEL BRASIL

Marina do Amaral Schenkel, Soraya Vargas Côrtes

- 26 RACISMO ESTRUCTURAL: IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

STRUCTURAL RACISM: IMPLICATIONS ON THE WORK PROCESS OF NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE

RACISMO ESTRUCTURAL: IMPLICACIONES EN EL PROCESO LABORAL DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Maísa Galdino Pereira, Daniele Pereira Soares, Cícera Renata Diniz Vieira Silva, Dayze Djanira Furtado de Galiza, Mayara Evangelista de Andrade, Marcelo Costa Fernandes

- 33 SAÚDE DA FAMÍLIA EM RORAIMA: PERCEPÇÃO E PREFERÊNCIAS DOS USUÁRIOS**

FAMILY HEALTH IN RORAIMA: USERS' PERCEPTION AND PREFERENCES

SALUD DE LA FAMILIA EN RORAIMA: PERCEPCIÓN Y PREFERENCIAS DE LOS USUARIOS

Ayrton Almeida Silva, Mariana Souza Oliveira, Ana Karolyni Sanches Lima, Ramyres Carolayne Lopes Silva, Williany da Silva Filguera, Loeste de Arruda Barbosa

- 41 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF FAMILIES WITH CHILDREN PRESENTING AUTISM SPECTRUM DISORDER

PERFIL SOCIOECONÓMICO DE FAMILIAS DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

João Paulo Carneiro Marques, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Stephany Morais Melo, Verônica de Azevedo Mazza, Maria Adelane Monteiro da Silva, Benedita Shirley Carlos Rosa

- 47 CARACTERIZAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS ASSOCIADOS PARA HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NO MUNICÍPIO DE CATUNDA, CEARÁ**

CHARACTERIZATION OF THE USE OF ASSOCIATED DRUGS FOR HYPERTENSION AND/OR DIABETES IN THE MUNICIPALITY OF CATUNDA, CEARÁ

CARACTERIZACIÓN DEL USO DE MEDICINAS ASOCIADAS PARA HIPERTENSIÓN Y/O DIABETES EN EL MUNICIPIO DE CATUNDA, CEARÁ

Maria Morgana Bezerra Costa, Maria Isabel Linhares

- 54 RESOLUTIVIDADE E FERRAMENTAS PARA CUIDAR: UM ESTUDO COM MULHERES QUE VIVEM COM CÂNCER DE MAMA**
 RESOLUTIVENESS AND TOOLS TO CARE: A STUDY WITH WOMEN LIVING WITH BREAST CANCER
 RESOLUCIÓN Y HERRAMIENTAS PARA CUIDAR: UN ESTUDIO CON MUJERES QUE VIVEN COM CÂNCER DE MAMA
Marcio Costa de Souza, Juliana Costa dos Santos Borges, Kamila Freitas Trindade, Bruna Pereira Neves, Evelin Duarte Serpa, Milene Pereira de Souza Santos
- 64 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA NAS PRÁTICAS COMUNITÁRIAS PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO EM SOBRAL, CEARÁ**
 PROFESSIONAL TRAINING IN PHYSICAL EDUCATION IN THE COMMUNITY PRACTICES FOR ACTIVE AGING IN SOBRAL, CEARÁ
 FORMACIÓN PROFESIONAL EN EDUCACIÓN FÍSICA EN LAS PRÁCTICAS COMUNITARIAS PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN SOBRAL, CEARÁ
Ednanita Alves Arraes, Antonio Germane Alves Pinto, Cleide Carneiro, Francisco Cavalcante de Alcântara, Maria do Socorro de Sousa, Heraldo Simões Ferreira
- 72 LENTES DOS VALORES E PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE SOBRE A COVID-19**
 LENSES OF VALUES AND PRINCIPLES FOR HEALTH PROMOTION REGARDING COVID-19
 LENTES DE LOS VALORES Y PRINCIPIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD ACERCA DEL COVID-19
Maria Socorro de Araújo Dias
- 79 NÃO HÁ MENTIRAS NEM VERDADES AQUI: REVISÃO NARRATIVA SOBRE A POPULAÇÃO BRASILEIRA EM SITUAÇÃO DE RUA**
 THERE ARE NO LIES OR TRUTHS HERE: NARRATIVE REVIEW ON THE BRAZILIAN POPULATION IN STREET SITUATION
 NO HAY MENTIRAS TAMPOCO VERDADES AQUÍ: REVISIÓN NARRATIVA SOBRE LA POBLACIÓN BRASILEÑA EN SITUACIÓN DE CALLE
Larissa de Andrade Carmo, Jhennifer de Souza Góis
- 88 SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS: REVISÃO INTEGRATIVA**
 BURNOUT SYNDROME IN PHYSICAL THERAPISTS IN THE ICU: INTEGRATIVE REVIEW
 SÍNDROME DE BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS: REVISIÓN INTEGRATIVA
Francisco Jairo Medeiros de Almeida, Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula, Athus Bastos Brandão
- 97 VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**
 OCCUPATIONAL VIOLENCE IN PRIMARY CARE AND INTERFACES WITH WORK CONDITIONS AND ORGANIZATION
 VIOLENCIA OCUPACIONAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS INTERFACES CON LAS CONDICIONES Y LA ORGANIZACIÓN LABORAL
Anny Caroline dos Santos Olímpio, Roberta Cavalcante Muniz Lira, João Breno Cavalcante Costa, Bianca Waylla Ribeiro Dionisio, Adriana Vasconcelos Gomes

107 PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESENHANDO POSSÍVEIS CENÁRIOS DE ATUAÇÃO A PARTIR DA FORMAÇÃO

PSYCHOLOGY IN PRIMARY HEALTH CARE: DRAWING POSSIBLE SCENARIOS OF ACTION BASED ON TRAINING

PSICOLOGÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD: DISEÑANDO POSIBLES ESCENARIOS DE ACTUACIÓN A PARTIR DE LA FORMACIÓN

Ana Ester Maria Melo Moreira, Brenda Brito Ramos, Thalia Ariadne Peña Aragão, Letícia Dias Baroni, Kerolayne Castro Fontenele, José Lucas Soares Araújo

115 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DIANTE DA COVID-19: HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

HEALTH PROMOTION PRACTICES FACING COVID-19: HUMANIZATION IN THE INTENSIVE CARE UNIT

PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD FRENTE A LA COVID-19: HUMANIZACIÓN EM UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

João Vitor Teixeira de Sousa, Amanda Maria Braga Vasconcelos, Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, Lidyane Parente Arruda, Roberlandia Evangelista Lopes, Antonio Pereira Neto

A COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA E A URGÊNCIA NA DEMOCRATIZAÇÃO DO CONHECIMENTO

A comunicação científica fundamenta-se na informação científica, responsável pelo conhecimento científico. Portanto, essa comunicação está envolvida tanto nas atividades de produção quanto de disseminação e uso da informação. A pesquisa científica está no alicerce da comunicação científica.

No cotidiano da academia, percebe-se que há um círculo quase que natural em que os pesquisadores são, invariavelmente, consumidores de informação (para executar suas próprias pesquisas); produtores de informação (para divulgar suas próprias pesquisas); e avaliadores de informação (para validar, ou não, os achados dos demais membros da comunidade científica)¹.

Entretanto, urge que este círculo seja alargado de modo que o fluxo informacional do conhecimento científico extrapole os limites da comunidade científica e chegue às coletividades. A etapa da divulgação científica deve alcançar a população para a democratização de oportunidades, transformando-a em alfabetizada cientificamente, uma vez que Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) determinam a evolução da humanidade, o que requer dos cidadãos habilidades para desvendarem o universo da Ciência, tendo em vista que a inacessibilidade aos novos conhecimentos cerceia a prática cidadã¹.

Portanto, cientes do caráter social da CT&I, é imprescindível divulgar resultados das pesquisas e estimular a translação do conhecimento de modo a aplicar os resultados na prática. A pesquisa científica e a divulgação dos seus resultados são atividades indissociáveis, no sentido de que qualquer investigação de natureza científica só se consolida quando os dados obtidos são devidamente divulgados, não apenas para a comunidade científica.

A função social do pesquisador e o seu compromisso com a popularização/democratização da Ciência requer divulgação dos resultados da sua pesquisa para além dos canais formais de divulgação da Ciência (periódicos, eventos, livros, e-books), visando combater o “analfabetismo científico” (impossibilidade de acesso ou dificuldade de assimilar as informações e os conhecimentos disponíveis)².

Uma das estratégias de popularização da CT&I que vem sendo implementada no Brasil como uma Política de Estado é a Semana Nacional de Ciência e Tecnologia (SNCT), que este ano realizou a sua 18ª edição, com o tema: “A transversalidade da ciência, tecnologia e inovações para o planeta”.

A SNCT é realizada anualmente, no mês de outubro, com atividades coordenadas pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), e objetiva debater, estimular e realizar atividades de popularização da CT&I e desenvolver a cultura científica nas escolas, universidades, comunidades, museus, instituições científico-culturais e locais públicos³.

Os debates sobre temas e ações transversais não são novidade no meio da Ciência, da Tecnologia e das Inovações nem se restringem a um ou outro campo do conhecimento. A transversalidade é alcançada quando ocorre a máxima interação e comunicação entre diversas estruturas, não apenas disciplinares, mas também as que se refletem no dia a dia da sociedade. “Transversal” é o que cruza espaços delimitados, o que atravessa e articula as estruturas sociais e do conhecimento humano. É o que é comum a todos³.

Quando nos reportamos à importância do conhecimento científico e tecnológico tanto no meio acadêmico quanto para a sociedade, entendemos a necessidade de discutir e refletir medidas que são essenciais para o avanço do conhecimento, tais como: a promoção de debates sobre o papel da pesquisa científica para a sociedade, a promoção de encontros da academia com a iniciativa privada, o apoio à iniciativa do acesso aberto a publicações científicas.

Com o intuito de conhecer a visão, o interesse e o grau de informação da população em relação à CT&I no país, o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC) e o Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) realizaram, no ano de 2019, a quinta rodada da pesquisa “Percepção pública da ciência e tecnologia no Brasil”. Foram entrevistadas 2.200 pessoas com idades

entre 16 e 75 anos, de todas as regiões do país. Em comparação com edições anteriores, reafirmou o **interesse** dos brasileiros por temas de natureza da ciência e a elevada **confiança** na ciência e nos cientistas, mas também **um escasso acesso à informação científica**, uma **baixa apropriação do conhecimento** e uma **desigualdade** tanto na informação quanto na participação em atividades de difusão cultural, entre outros aspectos⁴.

Outra pesquisa realizada, dessa vez pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Comunicação Pública da Ciência e Tecnologia (INCT-CPCT), com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ouviu também, em 2019, por meio de questionários estruturados, 2.206 jovens entre 15 e 24 anos, em situação urbana, residentes em 79 cidades de todas as regiões do Brasil⁵.

De acordo com o levantamento, apesar de majoritariamente demonstrarem confiança nos cientistas e interesse por temas científicos, a maioria dos jovens participantes do estudo, incluindo os de curso superior, **não consegue citar o nome de uma instituição nacional de pesquisa nem de algum cientista brasileiro**. Só 5% deles souberam dizer o nome de algum cientista brasileiro. Uma questão que chama a atenção é que muitos jovens estão ou poderiam estar na universidade e, ainda assim, **não identificam as universidades brasileiras como local em que se faz pesquisa** – embora 95% da produção científica brasileira seja feita em universidades. Além disso, 40% **concordaram com a afirmação de que, “se a ciência não existisse, meu dia a dia não mudaria muito”** – apesar de a Ciência estar por trás de todos os produtos que utilizamos no nosso dia a dia, das roupas e alimentos aos remédios e aparelhos eletrônicos⁵.

O resultado joga luzes sobre a urgência da democratização/popularização do conhecimento diante do desconhecimento muito grande dos jovens sobre conceitos básicos de Ciência e sobre como a Ciência e a Tecnologia são produzidas no Brasil.

As pesquisas supracitadas apresentam pistas para que nós, professores e pesquisadores, sejamos mais ativos, criativos e inventivos em divulgar a Ciência que produzimos. Precisamos, dentre outras iniciativas, articular a pesquisa e a extensão universitária, defender uma política de Ciência Aberta e incorporar estratégias da Ciência Cidadã, apropriar-nos de ferramentas de divulgação científica para distintos e variados públicos. Fica o convite aos pesquisadores para a **promoção de um diálogo mais efetivo com a sociedade**.

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Enfermeira. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

REFERÊNCIAS

1. Targino MG, Torres NH. Comunicação Científica Além da Ciência. Ação Midiática – Estudos em Comunicação, Sociedade e Cultura [serial on the internet]. 2014 [cited 2021 Nov 25]; 1(7). Available from: <https://revistas.ufpr.br/acaomidiatica/article/view/36899/22924>
2. Targino MG. Divulgação de resultados como expressão da função social do pesquisador. Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação. 2001. 24(1):11-35.
3. Brasil. Semana Nacional de Ciência e Tecnologia [homepage on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações; 2019 [cited 2021 Nov 25]. Available from: <https://semanact.mcti.gov.br/entenda-como-funciona-a-semana-snct/>
4. Brasil. Percepção pública da C&T no Brasil – 2019. Resumo executivo. Brasília (DF): Centro de Gestão e Estudos Estratégicos; 2019. Available from: <https://www.cgее.org.br/web/percepcao>
5. Massarani L, Castelfranchi Y, Fagundes V, Moreira I, coordenadores. O que os jovens brasileiros pensam da ciência e da tecnologia? Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; INCT-CPCT; 2021.

RISCOS OCUPACIONAIS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO CEARÁ

OCCUPATIONAL RISKS OF COMMUNITY HEALTH AGENTS IN A BASIC HEALTH UNIT IN CEARÁ

RIESGOS OCUPACIONALES DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD DE UNA UNIDAD BASICA DE SALUD DEL CEARÁ

Gisele Maria Melo Soares Arruda ¹Barbara Luma Araújo Nógimo ²Danielly Maia de Queiroz ³Pedro Alves de Araújo Filho ⁴**Como Citar:**

Arruda GMMS, Nógimo BLA, Queiroz DM, Araújo Filho PA. Riscos ocupacionais dos agentes comunitários de saúde de uma Unidade Básica de Saúde do Ceará. Sanare (Sobral, Online). 2021;20(2):08-16.

Descritores:

Agentes comunitários de saúde; Saúde do Trabalhador; Estratégia Saúde da Família.

Descriptors:

Community Health Agents; Worker's health; Family Health Strategy.

Descriptores:

Agentes Comunitarios de Salud; Salud del Trabajador; Estrategia Salud de la Familia

Submetido:

18/09/2019

Aprovado:

10/08/2021

Autor(a) para Correspondência:

Gisele Maria Melo Soares Arruda
Centro Universitário Unichristus
Endereço: Rua Nunes Valente,
1988 apto 1102 bloco A, Aldeota,
Fortaleza, Ceará
CEP: 60125-035
E-mail: giselemeloar@unichristus.edu.br

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar riscos ocupacionais e medidas preventivas adotados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Ceará. Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva e abordagem qualitativa realizado em março de 2019, com seis ACS de uma UBS do Ceará. A pesquisa foi realizada por meio da aplicação de um questionário contendo 15 questões e por meio de entrevistas semiestruturadas e individuais. Os dados foram organizados e computados utilizando o programa Microsoft Excel 2016. Há predominância do sexo feminino na profissão e uma média de idade de 34 anos. A maioria dos ACS buscou uma formação de maior nível e está atuando no mesmo território há mais de cinco anos, sendo um grupo de baixa rotatividade dentro da UBS. Dentre os profissionais, 100% identificaram riscos durante a realização do seu trabalho. Evidenciou-se que o processo de trabalho desses ACS vem acarretando consequências em sua saúde e qualidade de vida. Vale ressaltar que eles afirmam conhecer e adotar medidas de segurança durante a execução do trabalho, principalmente os cuidados no trânsito e uso de proteção solar.

1. Fisioterapeuta. Mestra em Saúde Pública. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Ceará. E-mail: giselemeloar@unichristus.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8815-7955>

2. Fisioterapeuta. Especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade Residência Multiprofissional. Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: barbaraluma.12@outlook.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1284-6639>

3. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. Hospital Municipal João Elísio de Holanda – Maracanaú, Ceará. E-mail: daniellymaia@yahoo.com.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4780-1852>

4. Cirurgião-dentista. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. E-mail: araujofh@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4601-9220>

ABSTRACT

This study aimed to analyze occupational risks and preventive measures adopted by Community Health Agents (CHA) of a Basic Health Unit (BHU) in Ceará. This is a cross-sectional study of descriptive nature and qualitative approach carried out in March 2019, with six CHA from a BHU in Ceará. The research was carried out using a questionnaire with 15 questions, and semi-structured and individual interviews. The data were organized and computed using the program Microsoft Excel 2016. The female gender predominates in the profession and the average age is 34 years. Most CHAs sought higher level training and have been working in the same territory for over five years, being a group with low rotation within the BHU. 100% of the CHAs identified risks while performing their work. It became evident that the work process of these CHAs has brought consequences to their health and quality of life. It is noteworthy that they claim to know and adopt safety measures at work, especially the care in traffic and use of sunscreen.

RESUMEN

Este estudio tuvo por objetivo analizar riesgos ocupacionales y medidas de prevención adoptadas por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de una Unidad Básica de Salud (UBS) del Ceará. Se trata de un estudio transversal de naturaleza descriptiva y abordaje cualitativo realizado en marzo de 2019, con seis ACS de una UBS del Ceará. La investigación fue realizada por medio de la aplicación de un cuestionario con 15 cuestiones y a través de las entrevistas semiestructuradas e individuales. Los datos fueron organizados y computados utilizando el programa Microsoft Excel 2016. Hay predominancia del sexo femenino en la profesión y una media de edad de 34 años. La mayoría de los ACS buscó una formación de mayor nivel y está actuando en el mismo territorio desde hace cinco años, siendo un grupo de baja rotación dentro de la UBS. 100% de los ACS identificaron riesgos durante la realización de su trabajo. Se evidenció que el proceso de trabajo de estos ACS viene trayendo consecuencias en su salud y calidad de vida. Se resalta que los mismos afirman conocer y adoptar medidas de seguridad durante la ejecución del trabajo, principalmente los cuidados en el tráfico y uso de protección solar.

.....

INTRODUÇÃO

O processo de formação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi marcado pelo reconhecimento do direito universal à saúde garantido na Constituição Federal de 1988. Juntamente a isso, também se destacou a reorganização do modelo de atenção à saúde existente, em que a Atenção Primária à Saúde (APS) foi tida como eixo e modelo prioritário¹.

Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a ser chamado Estratégia Saúde da Família (ESF), a família tornou-se o centro dos cuidados e da organização dos processos de trabalho, exigindo, assim, que a equipe conheça o território e como cada família se reconhece e se cuida, para, dessa forma, oferecer uma melhor assistência².

Um dos membros integrantes dessa equipe é o agente comunitário de saúde (ACS)². O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), precursor do PSF/ESF, é considerado a primeira estratégia em âmbito nacional que teve o objetivo de ampliar e fortalecer as ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas com a comunidade³.

O ACS foi criado no Brasil na década de 90, na busca de estratégias para melhorar as condições de bem-estar e qualidade de vida da população. Essa classe de trabalhadores surgiu com a implementação de ações simples para interceder na saúde da população⁴, controlando os principais problemas de saúde pública de cada momento histórico.

As funções do ACS foram pensadas justamente para que esse profissional se tornasse um elo entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a população dos territórios de atuação. A forma como esse trabalho é desenvolvido expõe diariamente esses profissionais a situações desafiadoras, que exigem destes habilidades tanto físicas quanto psíquicas⁵.

Há algum tempo vem se pensando em formas de prevenir e, consequentemente, diminuir o desgaste causado à saúde do ACS por conta de seu trabalho. Partindo do ponto de vista da saúde do trabalhador, as cargas do processo de trabalho interferem diretamente sobre a saúde do indivíduo, podendo caracterizar adoecimento orgânico e/ou psicológico⁶.

A proposta de estudar esta temática surge a partir da vivência profissional na residência em Saúde da Família e Comunidade. O fato de atuar e exercer atividades cotidianas de forma mais próxima

a esse grupo fez surgir o interesse de conhecer um pouco mais sobre os riscos ocupacionais aos quais estão expostos e quais são as medidas preventivas adotadas. Além disso, a realização deste trabalho concretiza-se como uma forma de dar-lhes maior importância dentro da equipe e estreitar mais ainda os laços com essa classe trabalhadora.

Ao mesmo tempo em que faz parte da equipe de saúde, o ACS faz parte também da comunidade, o que o torna um dos principais elos entre os profissionais e a comunidade, reforçando sua importância dentro da ESF. Discutir sobre as atividades laborais e de saúde do profissional ACS pode ainda contribuir com a qualificação da prestação de serviços na APS, tendo em vista que, a partir desse conhecimento, poderemos construir estratégias que possam corroborar a qualificação dessas atividades.

As ações de atenção à saúde do trabalhador ainda se encontram um tanto aquém do esperado dentro das UBS. Poucos são os trabalhos voltados para a atenção e cuidados a esse público, e a abordagem dessa temática poderá contribuir para a efetivação da área da Saúde do Trabalhador no SUS, no contexto da APS, além de contribuir com a literatura sobre o tema.

Dessa forma, o presente estudo objetivou analisar os riscos ocupacionais aos quais os ACS de uma UBS estão expostos e identificar como classificam as medidas preventivas adotadas por eles.

METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo transversal, descritivo e de abordagem qualitativa. Foi realizado no município de Quixeramobim, localizado no Sertão Central do Ceará, que está situado na Mesorregião dos Sertões Cearenses, a 200 quilômetros da capital Fortaleza, possuindo uma população estimada em aproximadamente 80.000 habitantes e sendo a segunda maior cidade do Sertão Central⁷.

A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2019, com os ACS na própria Unidade Básica em que exercem suas atividades. Inicialmente, realizou-se o contato com cada um de forma individual, para a explicação sobre a pesquisa e seus objetivos; após o profissional aceitar participar da pesquisa, foi feita a aplicação de um questionário e a realização de entrevista semiestruturada.

Os critérios de inclusão para a participação no estudo foram: trabalhar como ACS da UBS; ter um período mínimo de um ano de atuação

naquele território; aceitar responder e entregar o questionário respondido juntamente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado. Os critérios de exclusão foram: estar afastado do trabalho durante a coleta de informações e/ou não preencher o questionário por algum motivo.

Foram excluídos do estudo um ACS que estava de licença médica e outros quatro ACS que, por algum motivo não justificado, não compareceram à coleta de dados. Sendo assim, a amostra da pesquisa foi constituída por seis profissionais que atuam como ACS na UBS em questão.

A pesquisa foi realizada por meio da aplicação de um questionário contendo 15 questões sobre a percepção de riscos ocupacionais no ambiente de trabalho, uso de equipamentos de proteção individual (EPI), conhecimento sobre prevenção de acidentes e acidentes prévios. Foram também realizadas entrevistas semiestruturadas de forma individual para conhecer o perfil socioeconômico, os riscos ocupacionais e como se classificam as medidas preventivas adotadas pelos ACS da unidade.

O banco de dados foi construído pela digitação das respostas dos questionários, em que os dados foram organizados utilizando o programa Microsoft Excel 2016 e consolidados, com base na estatística descritiva, através de recursos de tabelas. As entrevistas foram gravadas e transcritas pelos pesquisadores. Na apresentação das falas, cada participante foi identificado pela sigla ACS seguida de um número, ficando ACS1, ACS2, etc.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), com número de parecer 3.178.215/2019 e número CAAE 05540918.5.0000.5037, seguindo as normas e diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados a seguir por meio de tabelas e analisados com base na literatura vigente sobre o tema.

A Tabela 1 detalha a caracterização geral dos sujeitos do estudo.

Tabela 1. Distribuição dos ACS quanto ao sexo e escolaridade.

Variável	N	(%)
Sexo		
Masculino	0	0
Feminino	6	100
Escolaridade		
Nível Superior	2	33
Nível Técnico	2	33
Nível Médio	2	33
Outra formação		
Serviço Social	1	16,5
Gestão Hospitalar	1	16,5
Técnico de enfermagem	3	50
Não possui	1	17

Fonte: Dados da pesquisa.

Todas as ACS incluídas no estudo eram do sexo feminino e com uma média de idade de 34 anos. Diversos estudos mostram que a predominância na contratação de mulheres para a função de ACS vem sendo vista desde a implantação do programa, no Ceará, em 1987⁹.

Discute-se que a tendência para a priorização das mulheres nessa classe teve a intenção de impactar na sua condição social através da remuneração, além de inspirar outras mulheres na comunidade. Outro importante embasamento que justifica a escolha de mulheres foi a oportunidade de conseguir promover de forma mais fácil a educação em saúde para o grupo materno-infantil, tendo em vista o alto índice de morbimortalidade devido à desidratação por diarreia e resistência à amamentação como principais problemas de saúde nos anos 1980 e 1990. A orientação advinda da relação entre pares tornava-se muito mais efetiva e integrada às questões culturais e linguísticas de cada território¹⁰.

Diante disso, podemos compreender que a profissão surgiu a partir do emprego de mulheres que necessitavam de trabalho e conseguiam desempenhar um papel de liderança na comunidade. Muitas delas em baixas condições econômicas e pouca qualificação, mas que deveriam ser formadas e exercer ações de urgência, pois acreditava-se que era possível alcançar resultados com a adoção de medidas simples e acertadas, daí a necessidade de orientação que conseguisse alcançar as famílias. Apesar de já existir participação masculina, e esta trazer novos olhares e perspectivas, até os dias atuais, o ACS, assim como boa parte das profissões

da saúde, continua sendo uma profissão com predominância do sexo feminino¹¹.

A média de idade evidencia a prevalência de adultos jovens na função. Uma das exigências do Ministério da Saúde é de que se tenha idade acima de 18 anos, porém não se estabelece uma idade máxima. Silva e Dalmaso⁵ evidenciaram que para muitos a oportunidade de ser ACS foi uma forma de ingresso no mercado de trabalho.

No que diz respeito aos aspectos sociodemográficos dos participantes do estudo, observou-se que dois ACS têm nível superior completo, dois possuem nível técnico e outros dois, nível médio. Além da profissão de ACS, um possui graduação em Serviço Social, um em Gestão Hospitalar e três possuem curso Técnico de Enfermagem.

A função de ACS, conforme previsto na lei n.º 11.350/2006, exige apenas a conclusão do ensino fundamental como pré-requisito para a atuação. No entanto, no presente estudo, os resultados apontam que a maioria dos ACS buscou uma formação de maior nível, valendo ressaltar que todas na área da saúde, o que mostra além do comprometimento com a função, uma contribuição capaz de qualificar a atuação desses profissionais em suas ações cotidianas, tendo em vista que, dessa forma, dispõem de conhecimentos mais amplos¹².

Esse resultado é condizente com outros autores que explanaram sobre os níveis de escolaridade do profissional ACS, revelando-nos que a maioria dos trabalhadores da APS possuem níveis fundamental e médio completos. No entanto, Santos et al.¹³ nos mostram que apesar da grande importância e responsabilidade do ACS dentro da equipe, ainda é totalmente desarmônica a diferença salarial entre estes e o restante da equipe.

Diferentes ideias são apresentadas em relação à escolarização desse grupo e uma delas trata de que a qualificação tende a afastar o ACS da sua principal função: ser um trabalhador que, por manter uma forte ligação com o território onde vive e trabalha, tem assim uma maior capacidade de transmitir conhecimentos e compreender os anseios da comunidade¹⁴.

Quando questionados sobre o tempo de atuação como profissional ACS no território, um deles está atuando entre 2-3 anos, outro entre 4-5 anos e quatro já atuam no território há mais de 5 anos.

O fato de permanecer bastante tempo na função contribui muito para a continuidade do serviço dentro da equipe e comunidade, além de favorecer

um maior entendimento sobre a sua função e área de atuação, fazendo com que os profissionais possam, ainda, construir estratégias baseadas nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade sanitária¹⁰.

A Tabela 2 apresenta as variáveis investigadas no questionário de identificação e prevenção dos riscos ocupacionais aos quais os ACS estão expostos em seu ambiente de trabalho.

Tabela 2. Exposição dos ACS aos riscos ocupacionais em seu ambiente de trabalho.

Variável	N	(%)
Você acha que está exposto a riscos durante seu trabalho?		
Sim	6	100
Não	0	0
Você identifica riscos de acidente de trânsito durante a realização do seu trabalho?		
Sim	5	84
Não	1	16
Você identifica riscos de adoecimento através do contato com o usuário?		
Sim	6	100
Não	0	0
Você usa EPI		
Sim	0	0
Não	6	100
Você usa protetor solar durante o trabalho?		
Sim	5	84
Não	1	16
Você já sofreu algum acidente de trabalho?		
Sim	1	16
Não	5	84
Afastamento do trabalho por problema de saúde relacionado ao mesmo?		
Sim	1	16
Não	5	84
Identifica riscos de violência urbana para com você em seu território?		
Sim	6	100
Não	0	0
Você se sente pressionado na realização do seu trabalho?		
Sim	2	33
Não	4	67
Sente algum incômodo/dor durante o seu trabalho?		
Sim	4	67
Não	2	33
Como você classifica seu conhecimento acerca da prevenção dos riscos relacionados ao trabalho?		
Muito bom	1	16
Bom	4	67
Regular	1	16
Ruim	0	0
Como você classifica seus cuidados e medidas de prevenção dos riscos relacionados ao seu trabalho?		
Muito bom	1	16
Bom	3	51
Regular	2	33
Ruim	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à exposição a riscos durante a realização do seu trabalho, todos os ACS afirmaram que se sentem expostos. Quanto aos riscos de acidente de trânsito durante a realização do trabalho, cinco responderam que sim.

Todos os ACS responderam que identificam riscos de adoecimento em contato com o usuário durante as visitas. No entanto, todos eles afirmam não fazer uso de equipamentos de proteção individual.

Sobre o uso de protetor solar durante a realização do trabalho, cinco responderam que usam. Os ACS unanimemente identificaram riscos de violência urbana contra eles, dentro do território de atuação.

Quatro deles responderam que não se sentem pressionados para a realização do trabalho.

Quando perguntados sobre incômodos musculoesqueléticos durante o trabalho, apenas dois afirmaram não sentir nenhum tipo de incômodo, os outros quatro afirmaram sentir dor em pelo menos um ponto, tendo sido referidos os seguintes: dor nos ombros, cotovelos, joelhos, tornozelos, coluna torácica e lombar.

Quando questionados se já sofreram algum acidente de trabalho, apenas um respondeu que sim. A mesma quantidade de ACS – quatro – precisou se afastar do trabalho por conta de algum problema de saúde laboral.

Os ACS foram perguntados sobre como classificam seu conhecimento acerca da prevenção dos riscos relacionados ao seu trabalho: um classifica como muito bom, quatro como bom e um como regular. E, por fim, foram indagados sobre como classificam seus cuidados e medidas de prevenção dos riscos relacionados ao trabalho. Um classificou como muito bom, três como bom e dois como ruim.

Na realização das entrevistas, todos os ACS participantes do presente estudo referiram estar expostos a riscos durante a realização do seu trabalho, tanto de acidentes de trânsito como de violência urbana, além de se considerarem suscetíveis ao adoecimento em contato direto com os usuários assistidos. Como aponta o ACS 1:

Assim, não é nem que eu veja como muitos riscos, mas eu acho que sim, sabe? [...] mesmo a gente que anda a pé acaba também ficando exposta a acidente, não é só quem vai de moto pra área (ACS 1).

De acordo com a Norma Regulamentadora 9 (NR 9), são considerados riscos ambientais os agentes

físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que são capazes de causar danos à saúde do trabalhador¹⁵.

No entanto, apesar de reconhecerem a existência desses riscos, 100% dos participantes referem que não usam EPI e 16% referem não fazer uso de proteção solar, o que torna necessária a conscientização para que estes passem a executar essas medidas preventivas, tendo em vista que passam a maior parte do tempo expostos ao sol e em contato com outros agentes de risco.

A gente sabe que precisa usar, que é bom pra nós mesmos, mas aí acaba nem usando porque nunca deram pra gente (ACS 2).

A busca de uma justificativa para o não uso dos EPI pode estar no fato de que a gestão não oferece esse suporte aos ACS¹⁶. Segundo a NR 21, nos trabalhos realizados a céu aberto, devem ser exigidas medidas preventivas especiais que protejam os trabalhadores de frio, ventos inconvenientes, calor e insolação excessiva. O ACS realiza suas atividades laborais durante o tempo de maior incidência dos raios solares, o que torna essencial o uso do protetor solar, principalmente quando se trabalha em regiões mais quentes, como é o caso do cenário do estudo¹⁷. Todavia, não há uma priorização por parte dos próprios trabalhadores em relação a essa pauta e/ou reivindicação junto à gestão.

Assim como outros autores nos revelam, encontramos no presente estudo que o ACS possui entendimento e consciência sobre a importância do uso dos EPI, porém, na maioria das vezes, acaba não usando por esquecimento¹⁸. Fica, entretanto, o questionamento: o não uso se dá, de fato, por esquecimento ou esse agente de promoção acaba não considerando que existem riscos potenciais no desenvolvimento de suas ações laborais? É provável que esse agente de promoção à saúde não esteja dando importância efetiva às medidas preventivas.

O território de atuação dos ACS entrevistados é de grande vulnerabilidade social, o que pode justificar o fato de todos os participantes da pesquisa relatarem que identificam riscos de violência urbana durante a realização do seu trabalho, tendo em vista que eles cotidianamente acessam áreas que contam com taxas consideráveis de miséria, homicídios e tráfico de drogas.

Com toda certeza existe risco. A gente sabe que nossa área é muito vulnerável e

também tem a questão das facções aqui na área, né? (ACS 5).

O reconhecimento desses aspectos da violência urbana acaba gerando uma postura de medo:

Olhe que a gente entra em todos os cantos porque é o nosso trabalho. Mas sempre tem o medo, né, justamente por conhecer todas as pessoas que moram aqui, a gente sabe onde pode ter mais perigo (ACS 3).

No Ceará, a violência tem crescido consideravelmente, o que contribui para que a visita domiciliar realizada pelo ACS represente um risco de vida ao profissional. Na cidade de Fortaleza, por exemplo, as consequências da violência urbana têm sido responsáveis por pedidos de afastamento de trabalhadores da saúde em locais de vulnerabilidade social¹⁹.

Ainda assim, atualmente, a ESF é uma estratégia bem preparada para enfrentar a violência urbana, isso devido ao seu processo dinâmico dentro dos territórios, sendo ainda capaz de desenvolver estratégias de acordo com uma visão ampliada de saúde daquele local. A violência urbana é um tema crescente no Brasil, no entanto ficando mais ligado ao campo da Segurança Pública e da Justiça, e ainda incipientemente debatido na saúde, apesar de influenciar diretamente a situação de saúde da população e os processos de trabalho²⁰.

Alguns autores nos revelam ainda que além do risco de violência urbana, pode existir também a violência por parte dos usuários. A insatisfação dos usuários com o serviço de saúde e a falta de resolução de suas demandas contribuem para que eles respondam ao ACS, que é o profissional de contato direto e mais próximo, com agressões verbais e/ou pressão psicológica²¹.

No presente estudo, apenas dois dos participantes referem se sentir pressionados na realização do trabalho, concordando com o que é encontrado na literatura referente aos danos emocionais gerados pelo trabalho do ACS²².

Eu me sinto às vezes, principalmente com essa questão de recadastrar as famílias e o prazo de entrega dessas coisas muito em cima da hora que eles pedem pra gente (ACS 6).

Parece haver uma dupla carga de pressão: o serviço/a gestão e a população adscrita:

Quem mais pressiona a gente é o povo, sabia? Eles querem que a gente dê conta de coisa que não é da nossa capacidade, aí complica muito, viu? (ACS 4).

Quando essa demanda da população se encontra com a organização do processo de trabalho de uma equipe desarticulada e pouco resolutiva, essa percepção de pressão aumenta. Essa, porém, não é uma realidade unânime no cenário nacional, há muitas variações a partir do perfil de cada equipe e de cada UBS.

É inegável a importância e responsabilidade que o ACS tem dentro da equipe da ESF. São muitas as suas atribuições, configurando um processo de trabalho bastante singular, que está diretamente ligado às ações de promoção da saúde. No entanto, o trabalho real fica um pouco além do que lhes é atribuído, tendo em vista que as demandas da comunidade se encontram quase sempre acima dos limites impostos no trabalho, fazendo com que o trabalhador ACS transcenda ao que se é preconizado como tarefas e carga horária de sua função²².

As lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho são tidas hoje como um problema de saúde mundial. Quanto ao acometimento musculoesquelético, quatro dos seis entrevistados relatam sentir incômodo em pelo menos um ponto no corpo. Esse achado corrobora outros estudos que nos revelam que os problemas de coluna estão entre os mais diagnosticados nos ACS⁹.

Além do acometimento musculoesquelético, os acidentes de trabalho também são tidos como um problema de saúde pública em âmbitos nacional e mundial, principalmente pelos danos causados à saúde e os altos índices de afastamento do trabalho²³. No entanto, ainda existe uma grande escassez nos estudos referentes a esse assunto quando falamos de trabalhadores da Atenção Básica, onde o ACS está inserido. Dentre os ACS entrevistados, apenas um refere já ter sofrido acidente de trabalho e necessitado se afastar do trabalho por conta disso.

Segundo Almeida et al.²³, em um estudo realizado em Sidrolândia-MS, a maioria dos acidentes que acometem os ACS são relacionados ao trânsito, devido à necessidade de se locomover para realizar suas atividades ou até mesmo na locomoção de casa para o trabalho.

A maioria dos ACS entrevistados classificam seu conhecimento acerca dos riscos e as medidas de prevenção adotadas como bom. Observa-se a necessidade de mais estudos sobre esse tema, no entanto podemos versar no que diz respeito à capacitação dos ACS sobre a saúde do trabalhador e o processo saúde-doença. Pelo fato de ser um trabalho complexo, esses profissionais necessitam de um processo de educação permanente constante; percebe-se, porém, que vem se instituindo apenas processos de qualificação rápidos, que são demandados por questões pontuais em saúde²⁴.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer os riscos à saúde implicados pelo trabalho, bem como o conhecimento e a execução das medidas de prevenção a esses riscos por parte dos ACS de uma UBS do interior do Ceará.

Sabe-se da limitação deste estudo, uma vez que analisou uma pequena amostra dos ACS. Além disso, sabe-se que, ao responder ao questionário, os participantes podem ter entendimentos diferentes e limitados sobre o que é um risco ocupacional ou acidente de trabalho. Entretanto, acredita-se que esta pode ser uma importante contribuição ao publicizar a realidade de um município do interior do Ceará, fomentando o debate sobre as particularidades da organização da APS em diferentes contextos.

Evidenciou-se que o processo de trabalho desses ACS vem acarretando consequências em sua saúde e qualidade de vida, sendo muitos os riscos aos quais estão expostos esses trabalhadores da saúde. Os principais riscos estão ligados aos aspectos ergonômicos e psicossociais existentes no ambiente laboral, no entanto a maioria afirma conhecer e adotar medidas de prevenção em relação aos riscos no trabalho. Algumas medidas básicas, como o uso de EPI e proteção solar, todavia, não fazem parte da rotina dos ACS. Isso nos leva a questionar sobre a concepção e priorização da prevenção na perspectiva desses indivíduos. Esse é um objeto de pesquisa que pode e deve ainda ser aprofundado em outras oportunidades.

Destaca-se a importância da realização de outras pesquisas semelhantes a fim de reforçar o conhecimento e respaldar medidas de segurança a essa classe trabalhadora, visto que esta pesquisa foi realizada com ACS pertencentes a uma única UBS.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Barbara Luma Araújo Nógimo e Gisele Maria Melo Soares Arruda contribuíram com a concepção da pesquisa, delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, bem como a redação deste manuscrito. **Danielly Maia de Queiroz e Pedro Alves de Araújo Filho** contribuíram com a revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(5):1499-1510.
2. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate.* 2018; 42(1):18-37.
3. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Colet.* 2018; 23(6):1903-1914.
4. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(1):349-360.
5. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Rev Saúde Públ.* 2018; 52:14.
6. Samudio JLP, Brant LC, Martins ACFDC, Vieira MA, Sampaio CA. Agentes comunitários de saúde na Atenção Primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2017; 15(3):745-769.
7. Atlas do Censo Demográfico 2010. Referências. IBGE. MALHA municipal digital do Brasil: situação em 2000 e 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466, de 12 dez 2012. Brasília (DF); 2012.
9. Simas PRP, Pinto ICM. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(6):1865-1876.
10. Guimarães MSA, Sousa MF, Mucari TB. Perfil Sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família no Município de Palmas-TO. *Rev Desafios.* 2017; 4(3):60-72.

11. Pedraza DF, Santos I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. Interações (Campo Grande). 2017; 18(3):97105.

12. Garcia ACP, Lima RCD, Lima EFA, Galavote HS, Andrade MAC. Perfil y el Proceso de Trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud. Rev Pesqui (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). 2019; 11(2): 339-44.

13. Bandeira FC, Gonçalves LG. A dimensão educativa do trabalho do agente comunitário de saúde: um percurso pelas diretrizes. Comunicações Piracicaba. 2019; 26(3):3-22.

14. Cabral JF, Gleriano JS, Nascimento JDM. Perfil sociodemográfico e formação profissional de agentes comunitários de saúde. Rev Interdisciplinar de Estudos em saúde da UNIARP. 2019; 9(2):193-209.

15. Brasil. Norma Regulamentadora – 9. NR – 9 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego; 2009.

16. Cândido AS, Ferreira RJ. Riscos à Saúde e à Segurança no Trabalho do Agente de Combate as Endemias do Município de Campos Sales, Ceará, Brasil. Ensaios Cienc, Cienc Biol Agrar Saúde. 2017; 21(1):52-57.

17. Junior ARF, Torres ARA, Silva CMA. Condições laborais dos agentes de combate a endemias e seus efeitos à saúde. Essentia. 2015; 16(esp):75-95.

18. Costa CMC, Costa LM, Silva BG, Moreira RS. Promovendo a saúde do trabalhador: enfoque no agente comunitário de saúde. In: Anais Congresso Brasileiro de Medicina de Família Comunidade; 2013; Belém, Brasil. Belém: CBMFC; 2013. p. 12:1554.

19. Barreto ICHC, Pessoa VM, Sousa MFA, Nuto SAS, Freitas RWJF, et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. Saúde debate. 2018; 42(esp 1):114-129.

20. Benício LFS, Barros JPP. Estratégia Saúde da Família e Violência Urbana: abordagens e práticas sociais em questão. Sanare (Sobral, Online). 2017; 16(1):102-112.

21. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. Rev Saúde Pública. 2018; 52(14).

22. Santos AC, Hoppe AS, Krug SBF. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. Physis. 2019; 28(4):e280403.

23. Almeida MCS, Baptista PCP, Silva A. Acidentes de trabalho com agentes comunitários de saúde. Rev Enferm UERJ. 2016; 24(5).

24. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde debate. 2018; 42(esp):261-274.



É POSSÍVEL DIMINUIR AS DESIGUALDADES EM SAÚDE? UMA ANÁLISE REGIONALIZADA DO BRASIL

IS IT POSSIBLE TO REDUCE HEALTH INEQUALITIES? A REGIONALIZED ANALYSIS OF BRAZIL

¿ES POSIBLE DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD? UN ANÁLISIS REGIONALIZADO DEL BRASIL

Marina do Amaral Schenkel ¹

Soraya Vargas Côrtes ²

Como Citar:

Schenkel MA, Côrtes SV. É possível diminuir as desigualdades em saúde? Uma análise regionalizada do Brasil. Sanare (Sobral, Online). 2021; 20(2):17-25.

Descritores:

Política pública; Política de saúde; Gastos em saúde; Disparidades nos níveis de saúde; Saúde da população.

Descriptors:

Public policy; Health policy; Health expenditures; Disparities in health levels; Health of the population.

Descriptores:

Política pública; Política de salud; Gastos en salud; Disparidades en los niveles de salud; Salud de la población.

Submetido:

29/05/2020

Aprovado:

17/10/2021

Autor(a) para Correspondência:

Marina do Amaral Schenkel
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Av. Paulo Gama, 110, Farroupilha,
Porto Alegre - RS, Brasil.
CEP:90040-060
E-mail: marina.827@hotmail.com

RESUMO

Este estudo visa investigar efeitos da ação do Estado na área da saúde no Brasil considerando seus determinantes sociais. A metodologia é de abordagem quantitativa, tendo como base 438 regiões de saúde brasileiras. A técnica estatística principal adotada foi a análise de regressão logística múltipla. Como indicador de resultado de saúde, utilizou-se a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), e, para mensurar a ação do Estado, indicadores do gasto público e da oferta e cobertura de ações e serviços de saúde. Todas as dimensões da ação do Estado apresentaram efeitos estatisticamente significativos para a diminuição das chances da região apresentar TMI alta. O único indicador da ação do Estado que apresentou efeito significativo em todos os cenários foi cobertura pré-natal. Observou-se também que a situação socioeconômica regional possui efeito substancial e significativo em todos modelos testados. Assim, para uma possível diminuição das desigualdades em saúde, devem ser levados em conta determinantes das desigualdades sociais. No entanto, ressalta-se que a ação do Estado na área da saúde, somente, apresenta potencialidade para agir na determinação da condição de saúde da população em cada região de saúde, mesmo considerando fatores socioeconômicos.

1. Mestra em Políticas Públicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: marina.827@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8119-3646>

2. PhD em Social Policy. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: cortes.soraya@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2502-2364>

ABSTRACT

This study aims to investigate the effects of actions by the State affecting the health field in Brazil, considering its social determinants. Quantitative approach methodology based on 438 Brazilian health regions. Multiple logistic regression analysis was the main statistical technique adopted. The Infant Mortality Rate (IMR) was used as a health outcome indicator and, to measure the action by the State, indicators of public spending and the supply and coverage of health actions and services. All dimensions of the State's action showed statistically significant effects in reducing the region's probability of presenting with a high IMR. The only indicator of State's action that showed a significant effect in all scenarios was prenatal coverage. We also observed that the regional socioeconomic situation has a substantial and significant effect on all tested models. Thus, for a possible reduction in health inequalities, determinants of social inequalities must be taken into account. However, we emphasize that the State's action in the health field alone has the potential to act in the determination of the population health status in each health region, even considering socioeconomic factors.

RESUMEN

Este estudio visa investigar efectos de la acción del Estado en el área de la salud en Brasil considerando sus determinantes sociales. Metodología de abordaje cuantitativa teniendo como base 438 regiones de salud brasileñas. La técnica estadística principal adoptada fue el análisis de regresión logística múltiple. Como indicador de resultado de salud se utilizó la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y, para mensurar la acción del Estado, indicadores del gasto público y de la oferta y cobertura de acciones y servicios de salud. Todas dimensiones de la acción del Estado presentaron efectos estadísticamente significativos para la disminución de las chances de la región presentar TMI alta. El único indicador de la acción del Estado que presentó efecto significativo en todos los escenarios fue la cobertura prenatal. Se observó también que la situación socioeconómica regional posee efecto sustancial y significativo en todos los modelos testados. Así, para una posible disminución de las desigualdades en salud, deben ser llevados en consideración determinantes de desigualdades sociales. Sin embargo, se resalta que la acción del Estado en el área de la salud, solamente, presenta potencialidad para actuar en la determinación de la condición de salud de la población en cada región de salud, mismo considerando factores socioeconómicos.

.....

INTRODUÇÃO

A desigual repartição de renda entre indivíduos e grupos reflete em uma também desigual distribuição de saúde. As diferenças de níveis de condição de saúde refletem padrões de dinâmicas sociais e o grau de desigualdade existente em cada sociedade¹. Neste cenário, investigamos os efeitos do Estado na área da saúde no Brasil, considerando os determinantes sociais da saúde.

Procurou-se verificar se há efeito da política pública de saúde nas chances de uma região de saúde apresentar uma alta Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), comparando esses territórios que possuem diferentes composições, níveis de renda e de pobreza, de infraestrutura e de educação, ou seja, diferentes contextos sociais que configuram desigualdades sociais de saúde entre eles. A TMI tem sido amplamente utilizada como indicador de resultados de saúde, sendo adotada no presente estudo pela sensibilidade de alteração conforme os determinantes da saúde tradicionalmente utilizados.

Mais especificamente, investiga-se a ação do Estado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). São nos territórios denominados de regiões de saúde que as ações e serviços de saúde devem estar articuladas para dar conta da complexidade do SUS^{2,3} como se combinam, em que momentos e com quais objetivos? Analisaram-se as perspectivas de região e redes adotadas na política de saúde, no período de 2001 a 2011. Utilizou-se o referencial da geografia humana (geografia crítica. As regiões de saúde são compostas por um grupo de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados⁴.

Atualmente, existem 438 desses territórios. De acordo com os atuais marcos regulatórios do SUS, cada região de saúde, para ser instituída, deve conter, no mínimo, ações e serviços de (1) atenção primária; (2) urgência e emergência; (3) atenção psicossocial; (4) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e (5) vigilância em saúde. A regionalização é tida ainda como em processo, que avança lentamente.

Santos e Campos³ ressaltam que apenas metade das atuais regiões de saúde atende 95% das necessidades de saúde da população.

Considerando o objetivo histórico do SUS de que o Estado brasileiro venha a garantir a oferta de atendimento integral e igualitário à população, ao mesmo tempo em que se observam graves desigualdades sociais em saúde no país, justifica-se investigar como o gasto público em saúde e a oferta e cobertura de ações e serviços de saúde afetam os resultados de saúde da população neste cenário.

Assim, este estudo objetivou investigar os efeitos da ação do Estado no Brasil, na área da saúde, na redução das chances de uma região de saúde apresentar altas taxas de TMI. A ação do Estado, nossa principal variável explicativa, foi medida por meio de diferentes dimensões (gasto público, oferta e cobertura de serviços de saúde) e fatores de controle que podem também incidir sobre a mortalidade infantil; determinantes sociais da saúde foram incluídos nos modelos analisados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico no qual as análises estatísticas apresentadas têm como base todas as 438 regiões de saúde do Brasil. Foram utilizados dados secundários de fontes oficiais do governo brasileiro (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS) no software para análises estatísticas *Stata*. A variável dependente que reflete a condição de saúde é a TMI 2013-2014, transformada em variável dicotômica a partir de uma abordagem relacional, assumindo valor um se estiver entre as 25% mais altas e zero entre as 75% mais baixas.

Utilizou-se como técnica a análise de regressão logística múltipla. Explorou-se como cada variável explicativa afeta a chance de que o evento ocorra, controlando pelos demais fatores adicionados no modelo. Pode-se resumir que buscou-se identificar na pesquisa o efeito de diferentes formas da ação do Estado na área da saúde (variáveis independentes principais) na determinação de uma região de saúde possuir TMI alta em comparação a possuir TMI baixa (variável dependente), considerando demais fatores das regiões de saúde (variáveis de controle).

As variáveis independentes principais escolhidas foram aquelas que de alguma forma medem a ação do Estado na área da saúde e que podem

estar relacionadas com a variável dependente (TMI). Entendendo que são medidas teoricamente sobrepostas umas às outras na ação do Estado em cada região de saúde, e, por isso, seus efeitos também, elas foram agrupadas em três dimensões e incluídas em modelos distintos: (1) Gasto público em saúde por habitante (2013) (com base nas despesas totais dos municípios que compõem a região); (2) Oferta do SUS, composta pelas variáveis: Estabelecimentos com serviços SUS por mil habitantes (2012); Médicos SUS por mil habitantes (2012) e Profissionais da Saúde SUS não médicos por mil habitantes (2012); e (3) Ações e serviços do SUS, com as seguintes variáveis: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (2012) e Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (2012).

As variáveis de controle incluídas nos modelos referem-se a fatores que podem contribuir na determinação dos resultados de saúde da população e no cenário de desigualdades em saúde no Brasil. São elas: (1) Quartil de renda média domiciliar *per capita* (2010); (2) Percentual de pessoas residentes em domicílios com acesso ao abastecimento de água (2010); (3) Percentual de pessoas residentes em domicílios com acesso ao esgotamento sanitário (2010); (4) Número de municípios da região (2017); (5) Densidade demográfica (2010); (6) Macrorregião brasileira (assume valor um se a região de saúde estiver no Norte ou Nordeste e zero se estiver no Centro-Oeste, Sul ou Sudeste); e, (7) Presença de município capital (assume valor um se a região possui uma capital de estado e zero se não possuir).

Para a inclusão de tais variáveis, realizou-se uma bateria de testes de multicolinearidade e foram considerados altamente correlacionados os pares de variáveis com valor de correlação igual ou acima de 0,8, sendo mantidas as variáveis supracitadas. Todos os dados foram coletados das 438 regiões de saúde, o único caso *missing* foi da região de saúde “Distrito Federal” para a variável de Gasto público em saúde. Os modelos serão apresentados nas tabelas, na seção Resultados, conforme dimensão das variáveis principais.

O estudo lida exclusivamente com dados secundários agregados e de domínio público, o que dispensa a necessidade de parecer de comitê de ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira dimensão de observação da ação do Estado em relação aos efeitos nos resultados de saúde das regiões foi a do Gasto público em saúde por habitante. As *Odds Ratio* da regressão logística binária com essa variável são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Efeito da dimensão Gasto público em saúde *per capita*.

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value
Gasto público em saúde por habitante	0.997**	0.014	0.999	0.455	0.999	0.799
Primeiro quartil de renda <i>per capita</i>	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Segundo quartil de renda <i>per capita</i>	0.971	0.926	1.089	0.790	0.867	0.659
Terceiro quartil de renda <i>per capita</i>	0.370**	0.030	0.470	0.111	0.217***	0.005
Quarto quartil de renda <i>per capita</i>	0.111***	0.001	0.136**	0.004	0.044***	0.000
% pop. com acesso à água.	0.985	0.128	0.984	0.111	0.984	0.112
% pop. com acesso ao esgotamento sanitário	0.995	0.489	0.998	0.795	0.999	0.983
Número de municípios	0.991	0.640	0.984	0.407	0.985	0.436
Densidade demográfica	1.000	0.735	1.000	0.889	0.999	0.480
Norte ou Nordeste	-	-	2.355**	0.042	1.752	0.194
Sul, Sudeste ou Centro-Oeste	-	-	(Ref)		(Ref)	
Região com capital	-	-	-	-	9.933***	0.002
Região sem capital	-	-	-	-	(Ref)	
Pseudo R² = 0.2239		Pseudo R² = 0.2319		Pseudo R² = 0.2513		

***P-value com nível ***1%; **5%, e *10% de significância. Os modelos contêm termo intercepto e N=437.

Fonte: Dados da Pesquisa.

No Modelo 1, a variável Gasto público em saúde tem efeito negativo significativo nas chances de a região de saúde ter uma alta TMI. Para cada real gasto em saúde por habitante a mais, as chances de uma região estar na categoria TMI alta diminuem em 0,3% (OR = 0.997 e 95% CI 0.995 - 0.999), mantendo as demais variáveis constantes. O Modelo 1 foi utilizado para estimar a probabilidade de a região ter uma TMI alta variando o Quartil de renda e o nível de Gasto público em saúde por habitante. Para isso, foram selecionados como critérios pontuais de nível de gasto os valores percentis.

Tabela 2. Probabilidade predita de a região estar na categoria TMI alta, conforme tipos ideais baseados no Modelo 1*.

	Gasto público em saúde por habitante	
	Baixo (p25)	Alto (p75)
Primeiro quartil de renda <i>per capita</i>	46%	30%
Quarto quartil de renda <i>per capita</i>	9%	4%

*Mantendo as seguintes variáveis de controle constantes na média: percentual de acesso à água, percentual de acesso ao esgotamento, número de municípios e densidade demográfica.

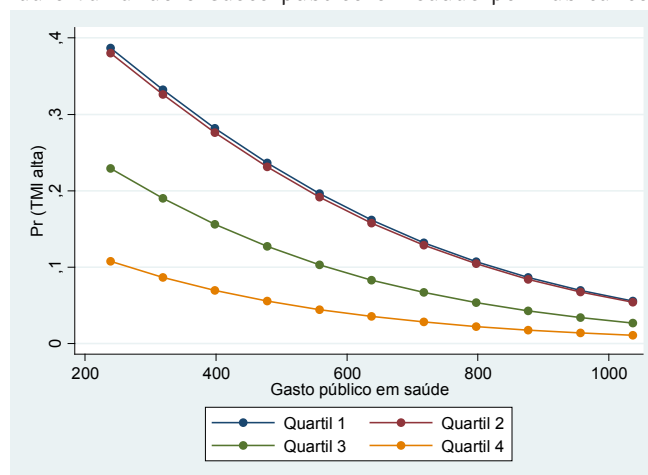
(Percentil 25 = R\$ 411,21 e percentil 75 = R\$ 631,31).

Fonte: Dados da Pesquisa.

Pode-se observar na Tabela 2 que a variação do gasto público em saúde afeta de forma mais substancial a probabilidade de a região estar na categoria TMI alta entre as regiões do Quartil mais pobre do que do Quartil mais rico. A probabilidade de apresentar uma TMI alta de uma região do Quartil 1 que tenha um gasto baixo em saúde é de 46%, enquanto que, para uma região no mesmo Quartil de renda que tenha um gasto alto, é de 30%. Já entre as regiões mais ricas, a probabilidade de ter TMI alta são bem menores, de 9% para as que tenham um gasto baixo e de 4% para aquelas com gasto alto. Esse resultado sugere que o aumento do gasto público em saúde tem mais efeito nas condições de saúde das regiões com menor renda *per capita*.

O gráfico da Figura 1 apresenta as probabilidades de a região apresentar uma TMI alta em cada Quartil de renda, variando o Gasto público em saúde por habitante, de acordo com os resultados do Modelo 1, e mantendo as demais variáveis de controle na média.

Figura 1. Probabilidades estimadas de as regiões estarem na categoria TMI alta com base no Modelo 1*, de acordo com o Quartil de renda e variando o Gasto público em saúde por habitante.



*Mantendo as seguintes variáveis de controle constantes na média: percentual de acesso à água, percentual de acesso ao esgotamento, número de municípios e densidade demográfica.

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Figura 1 aponta que, conforme se eleva o gasto público em saúde, as diferenças entre as probabilidades preditas para TMI alta para cada Quartil de renda diminuem de forma substancial. Em um cenário hipotético em que todas as regiões de saúde investissem próximo aos valores mais altos de gasto público em saúde por habitante, as probabilidades não seriam tão desiguais quanto se todas investissem próximas aos valores mais altos, mesmo considerando que estejam em Quartis de renda distintos.

Deve ser destacado que, nos Modelos 2 e 3, a variável principal, Gasto público em saúde por habitante, não apresenta efeito significativo na determinação de a região possuir uma alta TMI quando mais variáveis de controle foram adicionadas aos modelos. As *Odds Ratio* dos modelos ajustados com as variáveis de Oferta do SUS podem ser observadas na Tabela 3.

Tabela 3. Efeito da dimensão Oferta do SUS.

	Modelo 4		Modelo 5		Modelo 6	
	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value
Estabelecimentos com serviços SUS por mil habitantes	0.380**	0.021	0.516	0.129	0.701	0.439
Médicos SUS por mil habitantes	2.035	0.265	1.724	0.405	1.031	0.967
Profissionais da saúde SUS não médicos por mil habitantes	1.151	0.714	1.092	0.819	0.939	0.873

Primeiro quartil de renda <i>per capita</i>	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Segundo quartil de renda <i>per capita</i>	0.821	0.520	1.032	0.923	0.899	0.744
Terceiro quartil de renda <i>per capita</i>	0.292**	0.011	0.442	0.120	0.254**	0.017
Quarto quartil de renda <i>per capita</i>	0.078**	0.002	0.123**	0.013	0.057***	0.002
% pop. com acesso à água	0.980**	0.043	0.981*	0.071	0.984	0.133
% pop. com acesso ao esgotamento sanitário	0.995	0.565	0.999	0.858	1.002	0.837
Número de municípios	0.996	0.846	0.987	0.776	0.989	0.557
Densidade demográfica	1.000	0.866	1.000	0.776	0.999	0.412
Norte ou Nordeste	-	-	2.297**	0.019	1.736	0.128
Sul, Sudeste ou Centro-Oeste	-	-	(Ref)		(Ref)	
Região com capital	-	-	-	-	9.296**	0.006
Região sem capital	-	-	-	-	(Ref)	
		Pseudo R ² = 0.2274			Pseudo R ² = 0.2372	Pseudo R ² = 0.2528

***P-value com nível ***1%, **5% e *10% de significância.

Os modelos contêm termo intercepto – Modelo 4 (N=438) e Modelos 5 e 6 (N=437).

Fonte: Dados da Pesquisa.

Deve ser destacado que a única variável sobre a ação do Estado significativa na dimensão de Oferta do SUS (Tabela 3) é a de Estabelecimentos SUS por mil habitantes, no Modelo 4. A cada estabelecimento de saúde por mil habitantes, as chances de a região de saúde possuir TMI alta decresce em 62% (OR 0.38 e 95% CI 0.167 - 0.864), mantendo constantes as demais variáveis. Tendência no mesmo sentido do encontrado sobre gasto público em saúde no Modelo 1 (Tabela 1).

Por fim, a dimensão Ação do Estado na saúde foi testada com alguns indicadores de Ações e serviços do SUS que poderiam ter efeitos sobre a mortalidade infantil: Cobertura estimada de equipes de Atenção Básica e Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal. Os resultados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4. Efeitos da dimensão Ações e Serviços do SUS.

	Modelo 7		Modelo 8		Modelo 9	
	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value
Cobertura de equipes de AB	0.999	0.949	1.000	0.992	0.999	0.918
% nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas pré-natal	0.949***	0.000	0.953***	0.000	0.958***	0.000
Primeiro quartil de renda <i>per capita</i>	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Segundo quartil de renda <i>per capita</i>	0.873	0.673	0.953	0.887	0.799	0.513
Terceiro quartil de renda <i>per capita</i>	0.326**	0.016	0.385*	0.060	0.206**	0.006
Quarto quartil de renda <i>per capita</i>	0.101**	0.002	0.120**	0.005	0.046***	0.000
% pop. com acesso à água.	0.988	0.276	0.988	0.273	0.989	0.296

% pop. com acesso ao esgotamento sanitário	1.003	0.685	1.004	0.617	1.005	0.556
Número de municípios	0.992	0.666	0.988	0.559	0.990	0.610
Densidade demográfica	1.000	0.943	1.000	0.966	0.999	0.450
Norte ou Nordeste	-	-	1.365	0.417	1.015	0.970
Sul, Sudeste ou Centro-Oeste	-	-	(Ref)		(Ref)	
Região com capital	-	-	-	-	6.982**	0.010
Região sem capital	-	-	-	-		
Pseudo R ² = 0.2680		Pseudo R ² = 0.2685		Pseudo R ² = 0.2819		

***P-value com nível ***1%, **5% e *10% de significância.

Os modelos contêm termo intercepto – Modelo 4 (N=438) e Modelos 5 e 6 (N=437).

Fonte: Dados da Pesquisa.

A variável Cobertura estimada pelas equipes de Atenção Básica não tem efeito significativo na determinação das chances de a região ter uma alta TMI ou não. A Atenção Básica é destacada na literatura quando analisada quanto à sua distribuição pelo território nacional como uma das ações que favoreceram as regiões e os segmentos populacionais com maiores necessidades de saúde⁵. Pode ser inferido, como possível razão de não possuir efeito significativo na determinação de altas taxas de mortes na infância, justamente o fato de as maiores coberturas estarem nas regiões mais pobres, onde também se observam menos investimentos públicos no geral.

No entanto, a literatura aponta que em alguns contextos específicos a variável de cobertura de Atenção Básica, especialmente se analisada especificamente quanto à implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), apresentou efeitos significativos. Quando separando os municípios por grupos, de acordo com o nível de eficiência da administração local, a política teve efeito em diminuir a TMI⁶. Outro estudo aponta que o aumento na cobertura da ESF em âmbito municipal, ao longo do tempo, reduziu a taxa de mortes evitáveis, especialmente em municípios com níveis mais altos de governança local⁷. Portanto, os resultados encontrados no presente estudo devem ser investigados, incluindo como controle variáveis relacionadas ao tipo de administração e governança local dos municípios que compõem as regiões de saúde, além de atentar-se para um recorte longitudinal de tempo, outras variáveis para além da mortalidade infantil e a distinção entre cobertura de Equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família.

Já a variável Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal possui efeito significativo sobre a dependente nos três

modelos ajustados, independentemente dos fatores de controle inseridos. O Modelo 9 da Tabela 4, que contém todas variáveis de controle incluídas, apresenta o maior Pseudo R² entre todos os modelos analisados no estudo (0,28). A cada percentual a mais de nascidos vivos de mães que tiveram o mínimo estipulado de consultas pelo SUS em uma região, diminui-se a chance de a região possuir TMI alta em 4,2% (OR 0.958 e 95% CI 0.936 - 0.980), mantendo constantes os demais fatores. Deve ser destacado que este resultado sugere que uma maior cobertura de pré-natal, mesmo em regiões com menor nível de renda *per capita*, é uma ação do Estado no âmbito da saúde com efeito estatisticamente significativo para diminuir as chances de a região apresentar uma alta taxa de mortes na infância.

Vale destacar que o indicador de acessos a consultas de pré-natal é uma das possíveis formas de medir este serviço. Outros estudos, por exemplo, têm avaliado a oferta de serviços de saúde materno-infantil considerando um maior detalhamento da rede, como serviços para risco habitual, gestação de risco, Unidade de Terapia Intensiva, entre outros. Estudo analisando o estado do Ceará aponta que houve uma redução no número de leitos e os serviços ofertados na Rede Cegonha são insuficientes e desordenados nos agrupamentos territoriais analisados no estudo de caso⁸. É importante que futuros estudos avaliem como mais de uma dimensão dos serviços relacionados ao cuidado materno-infantil influenciam na taxa de mortalidade infantil entre regiões de saúde em âmbito nacional.

Quanto às variáveis de controle, devem ser destacadas aquelas com efeitos significativos e substanciais na determinação da TMI alta, controlando pelas três dimensões do Estado na área da saúde analisadas. Pode ser observado que as regiões dos quartis de renda *per capita* mais altos têm, no geral,

menos chances de apresentar uma TMI alta do que aquelas do quartil mais baixo, independentemente das demais variáveis ajustadas nos modelos.

O poder explicativo na determinação das condições de saúde da população pelo nível de renda segue o mesmo sentido dos resultados encontrados em outros estudos de determinação social da saúde⁹. Neste caso, as regiões de saúde dos dois grupos mais ricos de renda (Quartil 3 e 4) possuem chances substancialmente menores de estarem no grupo das regiões com TMI alta do que as regiões do Quartil mais pobre. Já a diferença nas chances de ter TMI alta entre as do 2º Quartil para as do 1º Quartil de renda não foi significativa em nenhum modelo estimado.

Com relação ao efeito da variável Presença de município capital na região de saúde, encontrou-se o oposto ao esperado e com uma magnitude substancial e significativa. Uma região com capital tem entre 6 a 9 vezes mais chances de ser classificada como TMI alta do que uma região sem capital. Sugere-se que este resultado seja testado lançando mão de outros modelos estatísticos. Pode-se levantar como hipótese a possibilidade de que nos centros metropolitanos em que existam as capitais dos estados haja localidades com condições de vida mais precárias que causem tal aumento na TMI destas regiões em geral.

Outra variável de controle que apresentou sentido esperado, porém em apenas alguns dos modelos ajustados, foi sobre a macrorregião brasileira à qual a região de saúde pertence. Nos Modelos 2 e 5, observa-se que uma região de saúde localizada no Norte ou Nordeste tem as chances aumentadas em 136% (OR 2.36 e 95% CI 1.032 - 5.376) e em 129% (OR 2.297 e 95% 1.147 - 4.599), respectivamente, de possuir uma TMI alta do que as do Sul, Sudeste ou Centro-Oeste, mantendo constantes as demais variáveis.

Quanto às condições de moradia, a variável Percentual de pessoas residentes em domicílios com acesso ao abastecimento de água apresentou efeito significativo na determinação das chances de a região ter TMI alta ou não apenas nos modelos com a dimensão de oferta do sistema. O Modelo 4 da Tabela 3 estima que a cada 1% a mais de pessoas residentes em domicílios com acesso a abastecimento de água na região diminui em 2% (OR 0.980 e 95% CI 0.960 - 0.999) as chances de esta apresentar TMI alta, em comparação a não estar nesta categoria, mantendo constantes as demais variáveis.

CONCLUSÃO

As desigualdades sociais, tanto de renda quando em saúde, estão em alguma medida presentes em todas as sociedades. As condições de saúde não estão dissociadas dos demais aspectos da vida social. As escolhas do Estado em como distribuir seus recursos, tanto no que se refere às diversas áreas de políticas públicas quanto entre regiões do território nacional, influenciam na qualidade de vida da população. Ao analisar como o Estado pode incidir sobre tais desigualdades em saúde, examinam-se também os efeitos causados pela sua ação, obtendo ainda indicações sobre os tipos de políticas que podem ser adotadas.

Destaca-se nos resultados que o indicador utilizado para mensurar a situação socioeconômica da região (Quartil de Renda *per capita*) possui efeito substancial e significativo em todos os modelos testados. Isso corrobora a noção de que o efeito do baixo nível de renda na condição de saúde da população não pode ser ignorado. Além disso, tal efeito é acirrado pela distribuição dos demais serviços públicos também apresentarem tendência desfavorável às regiões mais pobres. A população que habita essas regiões é frequentemente privada de recursos da dimensão material, como a falta de acesso a uma infraestrutura e às condições de moradia adequadas, resultando na tendência a apresentarem níveis mais altos de mortes na infância.

Além de variáveis sobre a ação do estado, é importante que mais análises envolvendo as desigualdades entre as regiões de saúde incluam como potenciais fatores explicativos o próprio processo de regionalização. Assim como para os municípios há indícios de que o nível de governança influencie resultados de mortalidade⁶, a regionalização da saúde e a organização das regiões de saúde são processos que necessitam de mais atenção para sua implementação como o arcabouço legislativo prevê. Destaca-se principalmente o fortalecimento das redes por meio de mecanismos de cooperação e governança entre os três entes federados¹⁰.

Ao mesmo tempo, deve ser salientado que todas as dimensões que medem a ação do Estado, utilizadas neste estudo, de alguma forma apresentaram efeitos estatisticamente significativos para a diminuição das chances de a região estar no grupo de TMI alta. A única variável que tem efeito considerando todos fatores de controle do estudo é a de Cobertura de pré-natal do SUS, que possui uma relação mais direta

com a Mortalidade Infantil. O que leva a concluir que o Estado tem a potencialidade para agir na determinação da condição de saúde da população circunscrita em cada região de saúde, mesmo considerando a distribuição desigual dos fatores socioeconômicos entre esses territórios.

Se for considerada como um objetivo do SUS a diminuição das desigualdades em saúde, de fato, além do provimento minimamente igualitário de ações e serviços em todos os territórios, o Estado brasileiro precisa agir além do escopo da saúde, visando melhorar a condição de vida da população dos territórios mais pobres, o que implica necessariamente em incidir sobre a distribuição de renda no Brasil. No entanto, a ação do Estado na área da saúde por si só mostra efeitos importantes na condição de vida da população.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Marina do Amaral Schenkel contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Soraya Vargas Cortes** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 118 p.
2. Albuquerque MV, Viana ALA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. Saúde debate [serial on the internet]. 2015 Dec [cited 2021 Jul 16]; 39(spe):28-38. Available from: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/75FZRG9JnnVB7qdqtHTyYPC/abstract/?lang=pt>
3. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saúde Soc [serial on the internet]. 2015 Jun [cited 2021 Jul 16]; 24(2):438-46. Available from: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/V4TTj93jqVrPzDzfnyCNndj/?lang=pt>
4. Brasil. Decreto nº 7508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 29 jun. 2011. Seção 1.
5. Viana ALA, Silva HP. Saúde e desenvolvimento no Brasil: Argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis. Planej e políticas públicas

[serial on the internet]. 2017 [cited 2021 Jul 16]; 49. Available from: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/955>

6. Rocha F, Orellano VF, Nishijima M. Health spending autonomy and infant mortality rates: A matter of local administrative capacity? J Dev Areas [serial on the internet]. 2016; 50(2):293-309. Available from: <https://www.jstor.org/stable/24737401>

7. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large reductions in amenable mortality associated with brazil's primary care expansion and strong health governance. Health Aff [serial on the internet]. 2017 [cited 2021 Jul 16]; 36(1):149-58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28069858/>

8. Tajra FS, Pontes RJ, Carvalho FH, Rodrigues AB, Goya N, Andrade LO. Rede Cegonha: avaliação do potencial de oferta de serviços de saúde materno-infantil. Sanare (Sobral, Online). 2019; 18(2).

9. World Health Organization. Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT Closing the gap in a generation Contents [home page on the internet]. 2008 [cited 2021 Jul 16]. Available from: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

10. Viana ALA, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. Cad Saude Publica [serial on the internet]. 2019 Oct 17 [cited 2021 Jul 16]; 35(Suppl2):e00022519. Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YCMVdQG83vHbHKSxDPXp/?format=html&lang=pt>



RACISMO ESTRUTURAL: IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

STRUCTURAL RACISM: IMPLICATIONS ON THE WORK PROCESS OF NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE

RACISMO ESTRUCTURAL: IMPLICACIONES EN EL PROCESO LABORAL DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Maísa Galdino Pereira ¹Daniele Pereira Soares ²Cícera Renata Diniz Vieira Silva ³Dayze Djanira Furtado de Galiza ⁴Mayara Evangelista de Andrade ⁵Marcelo Costa Fernandes ⁶**Como Citar:**

Pereira MG, Soares DP, Silva CRDV, Galiza DDF, Andrade ME, Fernandes MC. Racismo estrutural: implicações no processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Sanare* (Sobral, Online). 2021; 20(2):26-32

Descritores:

Saúde das Minorias Étnicas; Cuidados de enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

Descriptors:

Health of Ethnic Minorities; Nursing Care; Primary Health Care.

Descriptores:

Salud de las Minorías Étnicas; Cuidados de enfermería; Atención Primaria a la salud.

Submetido:

04/03/2021

Aprovado:

17/11/2021

Autor(a) para Correspondência:

Daniele Pereira Soares
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Endereço: Rua Francisco Beltrão, 90, Jardim Oceania, João Pessoa, Paraíba.
CEP: 58.037-605
E-mail: dani.b.d.d@hotmail.com

RESUMO

Este estudo objetivou analisar o discurso do profissional enfermeiro acerca das implicações no processo de trabalho ofertado à população negra. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado entre os meses de março e maio de 2017, sustentado nos marcos conceituais da análise do discurso de Michel Pêcheux, realizado com oito enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. Para a coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada de maneira individual. A coleta ocorreu somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os enfermeiros apresentaram em seu corpus discursivo que os processos discriminatórios se destacam a partir de formas diversas, em especial por meio do preconceito e racismo e, ainda, pela associação das vulnerabilidades com a população negra. Dessa maneira, é fundamental a implementação de intervenções educativas sobre a saúde da população negra para os profissionais, rompendo barreiras histórico-sociais e fortalecendo a promoção da saúde.

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Clínica e em Saúde da Família. Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: maisaenf.art@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4692-5626>

2. Enfermeira. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. E-mail: dani.b.d.d@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8575-5880>

3. Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: renatadiniz_enf@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0928-8368>

4. Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: dayze_galiza@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9237-0372>

5. Enfermeira. Mestra em Cuidado em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Universidade Federal da Paraíba. E-mail: mayaraeandrade@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5256-2169>

6. Enfermeiro. Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: celo_cf@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1626-3043>

Cert. de Redação Científica: Central das Revisões. **Edição de texto:** Karina Maria M. Machado. **Revisão de provas:** Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

This study aimed to analyze the discourse of professional nurses regarding the implications for the process of work offered to the black population. This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out between March and May 2017, based on the conceptual framework of Michel Pêcheux's discourse analysis, carried out with eight nurses from Primary Health Care in the city of Cajazeiras, Paraíba, Brazil. For data collection, an individual semi-structured interview was used. The collection took place only after approval by the Research Ethics Committee. Nurses present, in their discursive corpus, that the discriminatory processes stand out in different formats, especially through prejudice and racism, and also by associating of vulnerabilities with the black population. Thus, it is essential to implement educational interventions for professionals aiming the health of the black population, breaking down historical-social barriers, and strengthening the promotion of health.

RESUMEN

Este estudio objetivó analizar el discurso del profesional enfermero acerca de las implicaciones en el proceso laboral ofrecido a la población negra. Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizando entre los meses de marzo y mayo de 2017, sostenido en los marcos conceptuales del análisis del discurso de Michel Pêcheux, realizado con ocho enfermeros de la Atención Primaria a la Salud del municipio de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. Para la coleta de datos fue utilizada una entrevista semiestructurada de manera individual. La coleta ocurrió solamente después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación. Los enfermeros presentan en su corpus discursivo que los procesos discriminatorios se destacan a partir de formas diversas, en especial a través del prejuicio y racismo y, sobre todo, por la asociación de las vulnerabilidades con la población negra. De esa manera, es fundamental la implementación de intervenciones educativas sobre la salud de la población negra para los profesionales, rompiendo barreras histórico-sociales y fortaleciendo la promoción de la salud.

.....

INTRODUÇÃO

Com a diversificação da população brasileira, o termo igualdade vem sendo utilizado de forma imprecisa quando relacionado aos cuidados ofertados à população negra, uma vez que profissionais da saúde acabam atrelando suas ações, de modo equivalente, a todas as populações, o que acaba deixando, por vezes, os cuidados específicos a essas pessoas negligenciados.

A saúde de grupos étnico-raciais em situações vulnerabilizantes evidencia as iniquidades assistenciais pelo adoecimento precoce, ou a progressão agressiva dos processos de adoecimento, assim como os elevados índices de morbimortalidade. A vulnerabilidade no processo saúde-doença da população negra brasileira resulta de um contexto histórico-social de privação de direitos humanos¹.

Embora as discriminações em serviços de saúde possuam pauta em processos raciais, alguns estudos evidenciam um conjunto de fatores que influenciam além da raça nessas situações, a exemplo das discriminações por características identitárias².

Mesmo com a visível diferença entre a ocupação de brancos e negros nos diversos espaços sociais, o racismo ainda é invisível aos olhos da sociedade³, sendo ponto crucial na reprodução e manutenção dos

processos de desigualdades raciais.

O enfrentamento para tais situações demanda o desenvolvimento de teorias, práticas e técnicas em todos os cenários de assistência direta ou indireta. Porém, as formulações de ações que visam reduzir as desigualdades sociais em quesitos raciais e de gênero, em sua grande maioria, iniciam o seu desenvolvimento fora dos sistemas de saúde, por meio dos indivíduos negros em movimentos organizados, com levantamento de análises e conhecimento social⁴.

Analizando o contexto de saúde, a população negra esbarra em ineficiências de programas e ações de serviços, além do despreparo da formação de profissionais capacitados para a assistência em um cuidado integral a essa população. Acrescentando-se que as pessoas negras também têm menos probabilidade de ter acesso aos cuidados de saúde⁵.

Isso pode ser identificado como a dimensão do racismo que migra do racismo interpessoal para a dimensão estrutural da assistência, afetando a organização, o atendimento, as práticas, condicionando resultados desiguais de atendimentos, caminhando para um racismo sistêmico e excludente⁴.

Os serviços de saúde, quando não bem preparados, reproduzem situações de cunho discriminatório, ferindo o direito do usuário perante o acesso livre de

preconceitos e discriminações, como também ferem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que defende um sistema igualitário e equitativo para seus usuários².

Dessa maneira, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), reconhece e assume a necessidade da criação de meios para serem utilizados na promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, objetivando a superação das barreiras estruturais e habituais que refletem negativamente nos indicadores de saúde dessa população, como a precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência⁶.

Neste contexto, um dos profissionais que podem desenvolver os cuidados alinhados às reais necessidades de saúde para a população negra, quebrando o paradigma da desigualdade assistencial, é o profissional enfermeiro. Este profissional, ao longo das políticas públicas que foram surgindo, ganhou cada vez mais autonomia em seu processo de trabalho, possuindo atribuições educativas, organizativas, administrativas e, principalmente, de assistência direta, promovendo o cuidado mais abrangente ao sujeito, família e comunidade no espaço da Atenção Primária à Saúde (APS)⁷.

Com isso, a realização de pesquisas que possam evidenciar as situações que produzem um processo de desigualdade assistencial, assim como a atuação no cuidado de enfermeiros da APS, fazem-se necessárias pela realização da identificação das lacunas assistenciais e por possibilitarem apontar possíveis caminhos para prevenir ou solucionar tais problemáticas.

Dessa forma, surgiu a seguinte questão norteadora: Qual é o discurso do profissional enfermeiro acerca das implicações no processo de trabalho ofertado à população negra?

Logo, esta investigação objetiva analisar o discurso do profissional enfermeiro acerca das implicações no processo de trabalho ofertado à população negra.

METODOLOGIA

Este estudo tem natureza descritiva e abordagem qualitativa. Foi realizado na APS do município de Cajazeiras, no estado da Paraíba, Brasil. Essa cidade faz parte da 4ª Macrorregião de Saúde e da 9ª

Gerência Regional de Saúde da Paraíba.

Fazem parte do cenário de estudo 17 enfermeiros que compõem as 23 Equipes de Saúde da Família do município de Cajazeiras, que atualmente integram 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O critério de inclusão utilizado foi trabalhar há mais de 12 meses como enfermeiro na APS, compreendendo-se que esse seja período satisfatório para estabelecer o vínculo com a dinâmica desse cenário de atenção. Foram adotados como critérios de exclusão: estar de férias, de licença-saúde ou afastado do serviço.

Após utilizar os critérios de inclusão e exclusão, foram convidados 13 profissionais; destes, cinco se recusaram a participar com as justificativas de que não gostariam de falar sobre o assunto, não tinham domínio sobre o tema ou não gostavam de realizar entrevistas gravadas. Totalizando oito enfermeiros como participantes do estudo.

Para a análise de discurso, não se considera o quantitativo de participantes, e sim a análise em profundidade dos discursos proferidos. O encerramento das entrevistas ocorreu a partir do momento em que aconteceu a saturação teórica, pois não houve acréscimo de novas informações.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e maio de 2017 e foi realizada por meio de uma entrevista individual semiestruturada que continha perguntas discursivas voltadas à compreensão dos enfermeiros acerca da saúde da população negra, das práticas cuidativas específicas a essa população e de sua realização na rotina assistencial.

Primeiramente, as entrevistas eram gravadas por meio do aparelho celular, após a autorização por escrito do participante, e tiveram duração média de oito minutos. Após as entrevistas, estas foram escutadas diversas vezes para a melhor análise e compreensão das falas para a sua transcrição.

A metodologia analítica utilizada nesta investigação foi a Análise de Discurso (AD), a qual favorece o reconhecimento da significância da linguagem. É a partir da linguagem que o homem forma e transforma sua história. Nesse sentido, a AD avalia não somente o que foi dito, mas também as condições nas quais aquilo foi dito, ou seja, a linguagem é influenciada por sua exterioridade sem jamais ignorar a sua historicidade⁸.

Assim, neste estudo, seguiram-se, com base na AD, três etapas que favorecem o reconhecimento da significância de um discurso, sendo elas: passagem da superfície linguística para o objeto discursivo;

passagem do objeto discursivo para o processo discursivo e passagem do processo discursivo para a formação ideológica⁸.

A investigação foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* de Cajazeiras, sob o parecer n.º 2.012.785/2017 e CAAE 65779517.1.0000.5575. A participação na pesquisa ocorreu mediante a assinatura, por parte do entrevistado, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais trazidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹, em que se garantiu o anonimato dos participantes, utilizando a sigla ENF, seguida da numeração conforme ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos discursos, obtiveram-se duas categorias: Racismo e preconceito e Associação das vulnerabilidades sociais com a população negra.

Racismo e preconceito

Em primeiro momento, é necessária uma abordagem sobre a postura dos entrevistados quando questionados sobre a saúde da população negra, pois, a princípio, não existiam questões que propusessem o diálogo sobre esses temas; porém, nas respostas obtidas, a maioria enfatizava sobre questões de preconceito e racismo contra a população negra.

Eu acho que sim, não é uma coisa muito divulgada, né? Acho que esbarra muito também no medo do crime de racismo, então, assim, é muito delicado, porque nem você não pode ser ou expressar atos racistas, né? (ENF 04).

Preconceito existe? Existe! Pode ter dentro de alguns enfermeiros? Pode! Entendeu? Mas que mesmo que tenha, não transpareça, entendeu? (ENF 06).

Isso existe muito, né? Aqui na unidade, graças a Deus não tivemos esse problema, mas existe vários. Vários relatos, a gente vê artigos, revistas, entrevistas que a pessoa foi chamada... Que o profissional chamou de negro, negrinho e tudo mais, isso é bem

comum, infelizmente nos dias de hoje, né? (ENF 03).

Na primeira análise, percebe-se o tabu que se encontrava no ambiente da entrevista, o desconforto em dialogar sobre algo que não deve ser dito, pois não existe; que não pode ser expresso, pois é “crime”; que não pode ser considerado presente, pois “a lei caindo mais em cima” propõe o misticismo de se falar sobre população negra. Embora discursos preconceituosos e racistas sejam muitas vezes ecoados, a naturalização das práticas ainda se mantém de forma camuflada.

Para muitos, o significado de preconceito e racismo vincula-se à violência verbal ou física relacionada à cor negra, dissipando outras formas de atuação que também poderiam ser consideradas como algo racista ou preconceituoso, a naturalização de que a violência por raça se restringe a agressões físicas e verbais, desconsiderando as iniquidades assistenciais.

Pode-se abordar ainda nesse contexto do dito/não dito os silenciamentos existentes de forma sutil nos discursos. Deve-se considerar em um silenciamento o subentendido dos dizeres, é algo que não foi expresso em um discurso, mas encontra-se nas entrelinhas dos dizeres, o que depende do contexto, e, necessariamente, esses subentendidos também significam em uma análise¹⁰.

Para muitos, não existem formas plausíveis de enfrentar o preconceito racial, e muito menos buscam-se formas de evitá-lo, pois é mais simples manter a vergonha de se admitir o preconceito do que atitudes que visem interferir na realização de ações discriminativas¹¹.

Ainda de acordo com Lins, Nunes e Camino¹¹, as hierarquias sociais permanecem de forma cristalizada, perpetuando uma amabilidade às questões sociais relacionadas aos negros, e evitando demonstrar ou falar algo que venha a quebrar a identidade social de realização de atos discriminatórios.

No que se refere à atuação dos profissionais da saúde, especificamente os enfermeiros atuantes na APS, existe a falta de questionamentos que instiguem a problematização social, em que somente por meio de um cuidado à saúde que busque este profissional para reflexões críticas é que torna-se possível uma assistência de equidade, tratando os desiguais de forma desigual, pois uma visão ampla significa uma atuação ampla.

Demonstrando a importância desse tema, uma

pesquisa-ação sobre as desigualdades raciais, realizada em São Paulo, conseguiu incluir com os profissionais de saúde a necessidade de ver as desigualdades presentes dentro das desigualdades, e explicar o que as implicações de um atendimento inadequado, ineficaz e discriminatório pode causar no sistema de saúde¹².

Tratando-se de políticas públicas no Brasil, o principal objetivo termina por tentar minimizar as disparidades em saúde, evidenciando o contexto social e político com as influências nos aspectos de vida de um grupo populacional, no caso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra⁶.

Porém, para a boa execução dessa política, faz-se necessário reconhecer e quebrar paradigmas, como a discriminação e o racismo. O racismo acaba promovendo o acesso restrito à assistência, diminuindo, conseqüentemente, a participação ativa da população negra em práticas saudáveis e limitando a entrada nos serviços de saúde, ocasionando mais mortes por causas evitáveis¹³.

Associação das vulnerabilidades sociais com a população negra

Neste discurso, é possível observar outra esfera da realidade social enfrentada por negros e negras no Brasil, principalmente se residirem em áreas mais carentes e periferias.

Agora, se fosse em outras comunidades, talvez teria, entendeu? Não pelo, pela cor, por ser pela cor, mas pelo, pela que às vezes eles são meio, são meio, são desinformados! Entendeu? Porque lá, é uma população muito carente, entendeu? E lá tem bastante, negros, entendeu? (ENF 06).

Percebe-se a associação das vulnerabilidades sociais com a população negra, de modo que, pelo discurso dos enfermeiros, seria possível ter uma atuação diferenciada em determinados locais onde ocorre maior fragilidade.

Os processos de desigualdades relacionam-se a fatores sociais hierarquizados, resultando não apenas em fatores individuais, mas, principalmente, na forma como uma sociedade encontra-se organizada, por valores simbólicos e materiais, possibilitando a partilha desigual movida por processos demográficos, sociais, econômicos, culturais e políticos, proporcionando, com isso, as vantagens e

desvantagens sociais em saúde presentes no mundo¹⁴.

Comparando-se com a população norte-americana, em termos territoriais, há bairros onde a população é predominantemente negra. Nesses territórios, também se encontra uma população vulnerável, exposta a poluentes e toxinas, além do difícil acesso ao sistema educacional e à saúde¹⁵.

Pode ser classificado o discurso como uma estereotipação da pessoa negra residente na área citada, assim como também é possível discutir sobre o impacto causado pela situação econômica e social apresentada pela população negra no Brasil. O profissional, ainda que de forma relutante, relaciona essa diferenciação social quando expõe a localidade e a situação frequentemente encontrada naquela comunidade citada.

Embora não seja admitido, na maioria dos casos a formação da imagem coloca a pessoa negra em situações de vulnerabilidade social, econômica e educacional, que nada mais é do que o retrato do Brasil, porém camuflado pela venda da ideia de democracia racial³.

Quando são tratados temas que envolvem a população negra, de forma inconsciente e automática existe uma formação da imagem sobre o que é ser negro no Brasil, e, mesmo que dito de forma relutante, é quase palpável o desconforto em evidenciar tal fato pelo profissional quando fala que a população mais vulnerável é negra e desinformada.

Essa fala pode estar interligada aos resultados de uma análise de desigualdades sociais por cor e raça do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstrando que, no ano de 2018, o percentual obtido para o analfabetismo entre negros e brancos evidenciou que os brancos com 15 anos ou mais apresentavam 3,9% de analfabetismo; em contrapartida, os negros, considerando a classificação parda e preta, apresentavam um valor de 9,1% de analfabetismo para essa mesma faixa etária¹⁶. Reafirmando, portanto, uma posição desfavorável e vulnerabilizante para a parcela populacional considerada negra.

A palavra “desinformado” percorre o discurso carregada de significados quando analisada, significados esses que podem interferir de forma negativa na atuação do profissional enfermeiro à pessoa negra que venha a utilizar os serviços ofertados pela APS.

É evidente no texto que, quem reside em determinada região é carente e desinformado, e dependendo do contexto crítico e reflexivo do

profissional, a sua atuação pode interferir de forma a individualizar negativamente o atendimento, entendendo que a desinformação não seja digna de um empoderamento, o que resulta em prognósticos negativos à saúde.

O obstáculo em perceber situações de discriminação no acesso à saúde e de racismo no dia a dia do serviço perpassa as lacunas não preenchidas no processo formativo, uma vez que os profissionais também fazem parte do sistema social e, dessa forma, estão sujeitos às questões representacionais históricas em relação ao negro, o que pode acarretar no pensamento de democracia racial, que encobre os determinantes e condicionantes da saúde da população negra e sua relação com o ambiente social, afetando diretamente as condições e qualidade de vida dessas pessoas¹⁷.

Dessa maneira, é necessário garantir um atendimento ético, humanizado e de qualidade, por meio de iniciativas que garantam capacitação para os profissionais de saúde para que possam executar a PNSIPN com cursos voltados para gestores, profissionais e sociedade civil, abrangendo temas que englobem os condicionantes e determinantes de saúde. Além de reforçar o trabalho na promoção da equidade e enfrentamento à discriminação nas instituições e serviços do SUS¹⁸.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram que, na visão dos enfermeiros, os processos discriminatórios destacam-se de diversas formas, por vezes de forma consciente, por vezes de forma inconsciente, principalmente por meio do preconceito e racismo e, ainda, pela associação das vulnerabilidades à população negra.

A construção da saúde no Brasil possui peculiaridades relacionadas ao contexto sociocultural com a sua história, em que uma sociedade rodeada de pudores e misticismos para os debates raciais resulta em forte barreira para a efetivação de assistência equitativa, produzindo uma fragmentação assistencial.

Uma das principais limitações encontradas no desenvolvimento do presente estudo foi conseguir dialogar com profissionais de enfermagem sobre a saúde da população negra, os próprios limites pessoais de cada um transformaram-se em lacunas, expondo o medo de falar sobre tal tema e, principalmente, o medo de pôr em prática socialmente as diretrizes

da política à saúde negra, o que pode produzir resultados sociais insatisfatórios, aumentando os riscos e diminuindo a assistência.

Sugere-se que se desenvolvam novas pesquisas que contribuam para reflexões na assistência à saúde integral dessa população, com ênfase na intervenção educativa dos enfermeiros e da equipe de saúde multiprofissional, uma vez que é necessário reconhecer a importância das ações de saúde, diminuindo barreiras históricas, promovendo a equidade e fortalecendo a promoção da saúde a essa população.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maísa Pereira Galdino realizou a concepção do projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. **Daniele Pereira Soares, Cícera Renata Diniz da Silva, Dayze Djanira Furtado de Galiza e Mayara Evangelista de Andrade** realizaram a interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final. **Marcelo Costa Fernandes** realizou a concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Prestes CRS, Paiva VSF. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. *Saúde Soc* [serial on the internet]. 2016 Set [cited 2021 Jan 21]; 25(3): 673-88. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00673.pdf>
2. Bastos JL, Garcia LP. Discriminação nos serviços de saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [serial on the internet]. 2015 [cited 2021 Jan 21]; 24(3):351-52. Available from: <https://www.scielosp.org/article/ress/2015.v24n3/351-352/pt/>
3. Oliveira BMC, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde debate* [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 Jan 21]; 43(122):939-48. Available from: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43n122/939-948/pt/>
4. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc* [serial on the internet]. 2016 [cited 2021 Feb 3]; 25(3):535-49. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>
5. Lancet. Racial inequities in HIV. Editorial. 2020; 7(E449). doi: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30173-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30173-9)

6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2017.

7. Barros RC, Silva AFL, Maia ISL, Silva LBS. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Saúde em Redes [serial on the internet]. 2020. [cited 2021 Nov 16]; 6(3):157-71. Available from: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2918/589>

8. Silva RS, Silva GV, Bressanin JA. Entre paráfrase e polissemia: a movência dos sentidos e dos sujeitos em "saímos do Facebook". Entrepalavras [serial on the internet]. 2017 Nov [cited 2021 Jan 5]; 7(2):229-42. Available from: <http://www.entrepalavras.ufc.br/revista/index.php/Revista/article/view/764/456>

9. Brasil. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União [document on the internet]. 2012 [cited 2021 Nov 16]; Seção 1. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

10. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 11. ed. Campinas: Pontes; 2013.

11. Lins SLB, Nunes AL, Camino L. O papel dos valores sociais e variáveis psicossociais no preconceito racial brasileiro. Psicol Soc [serial on the internet]. 2014 [cited 2021 Jan 5]; 26(1):95-105. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/11.pdf>

12. Batista LE, Rattner D, Kalckmann S, Oliveira MCG. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. Saúde Soc [serial on the internet]. 2016. [cited 2021 Jan 5]; 25(3):689-702. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689&lng=en.

13. Mendes AGS, Eduardo GN. Vidas Negras Importam! Um estudo sobre os indicadores sociais da mortalidade materna de mulheres negras na Paraíba. Cad gênero e diversidade [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Jan 10]; 6(1):69-83. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/27817/20816>

14. Beech BM, Ford C, Thorpe RJ Jr, Bruce MA, Norris KC. Poverty, Racism, and the Public Health Crisis in America. Front Public Health [serial on the internet]. 2021 [cited 2021 Jan 21]; 9:699049. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.699049>

15. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. Lancet. 2017; 389(10077):1453-63. Available from: <https://>

[doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X)

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil [homepage on the internet]. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. 2019 [cited 2021 Jan 15]; n. 41. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf

17. Rosa LGF, Christóvão RG, Furlin M, Lasta JB. Nurses perceptions and actions about institutional racism in public health. Rev Enferm UFSM [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 Feb 15]; 9(8):1-19. Available from: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/31131/pdf_1

18. Tavares HHF, Moraes BA, Matias AG, Silva HBS, Bernardo LNG. Análise e perspectiva sobre a formação do profissional de saúde para o atendimento à mulher negra. Extension: R Eletr Extensão [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 March 3]; 15(28):19-28. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2018v15n28p19/36391>



SAÚDE DA FAMÍLIA EM RORAIMA: PERCEPÇÃO E PREFERÊNCIAS DOS USUÁRIOS

FAMILY HEALTH IN RORAIMA: USERS' PERCEPTION AND PREFERENCES

SALUD DE LA FAMILIA EN RORAIMA: PERCEPCIÓN Y PREFERENCIAS DE LOS USUARIOS

Ayrton Almeida Silva ¹Mariana Souza Oliveira ²Ana Karolyni Sanches Lima ³Ramyres Carolayne Lopes Silva ⁴Williany da Silva Filguera ⁵Loeste de Arruda Barbosa ⁶**Como Citar:**

Silva AA, Oliveira MS, Lima AKS, Silva RCL, Filguera WS, Barbosa LA. Saúde da Família em Roraima: percepção e preferências dos usuários. Sanare (Sobral, Online). 2021; 20(2):00-00

Descritores:

Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Pacientes; Avaliação; Serviços de Saúde.

Descriptors:

Family Health Strategy; Primary Health Care; Patients; Evaluation; Health Services.

Descriptores:

Family Health Strategy; Primary Health Care; Patients; Evaluation; Health Services.

Submetido:

12/02/2021

Aprovado:

22/11/2021

Autor(a) para Correspondência:

Williany da Silva Filguera
Universidade Estadual de Roraima
Rua 07 de setembro 231, Canarinho,
Boa Vista, Roraima.
CEP: 69306-530
E-mail:
williany.filguera@uerr.edu.br

RESUMO

O estudo objetiva analisar a percepção dos usuários da Atenção Primária sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como suas preferências entre seus serviços e os serviços hospitalares. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde, com 15 usuários da Atenção Primária da cidade de Boa Vista, Roraima, Brasil. Aplicou-se entrevista semiestruturada, que foi gravada. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática. Alguns dos entrevistados demonstraram uma percepção acerca da ESF condizente com a sua real proposta. A maior parte dos entrevistados demonstrou desconhecimento sobre o que é a Estratégia Saúde da Família, porém a maioria apresentou preferência pelos seus serviços quando comparados aos serviços hospitalares. Conclui-se que a população vem, aos poucos, incorporando uma percepção do real objetivo da estratégia como porta de entrada dos serviços de saúde, tendo preferência por esse nível de atenção à saúde em comparação ao nível terciário.

1. Estudante de graduação em Medicina. Universidade Estadual de Roraima. E-mail: ayrton.saa@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3815-6882>

2. Estudante de graduação em Medicina. Universidade Estadual de Roraima. E-mail: mmarisouzaa@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1314-7127>

3. Estudante de graduação em Medicina. Universidade Estadual de Roraima. E-mail: anakarolinsanches@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6536-2721>

4. Estudante de graduação em Medicina. Universidade Estadual de Roraima. E-mail: ramyres.carol@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7426-0708>

5. Estudante de graduação em Medicina. Universidade Estadual de Roraima. E-mail: williany.filguera@uerr.edu.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7754-3025>

6. Professor Doutor em Farmacologia do curso de graduação em Medicina. Universidade Estadual de Roraima. E-mail: loeste.arruda@uerr.edu.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2679-5898>

ABSTRACT

The study aims to analyze the perception of Primary Care users about the Family Health Strategy, as well as their preferences between its services and hospital services. This is a qualitative study carried out in five Basic Health Units with 15 Primary Care users in the city of Boa Vista, Roraima, Brazil. We applied a semi-structured interview which was recorded, and used a thematic content analysis technique. Some of the interviewees demonstrated a perception of the Family Health Strategy consistent with its real mission. Most of the interviewees showed lack of knowledge about what the Family Health Strategy is, but most showed preference for its services when compared to hospital services. We concluded that the population is gradually incorporating a perception of the strategy's real mission as a gateway to health services, preferring this level of health care when compared to the tertiary level.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo analizar la percepción de los usuarios de la Atención Primaria sobre la Estrategia Salud de la Familia, así como sus preferencias entre sus servicios y los servicios hospitalarios. Se trata de un estudio cualitativo realizado en cinco Unidades Básicas de Salud con 15 usuarios de la Atención Primaria de la ciudad de Boa Vista, Roraima, Brasil. Se aplicó entrevista semiestructurada que fue grabada. Se utilizó la técnica de análisis de contenido temático. Algunos de los entrevistados demostraron una percepción de la Estrategia Salud de la Familia de acuerdo a su real propuesta. La mayor parte de los entrevistados presentó desconocimiento acerca de lo que es la Estrategia Salud de la Familia, todavía la mayoría demostró preferencia por sus servicios cuando comparados con los servicios hospitalarios. Se concluye que la población viene, a menudo, incorporando una percepción de la real propuesta de la estrategia como puerta de entrada de los servicios de salud, teniendo preferencia por ese nivel de atención a la salud cuando comparado al nivel terciario.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública recente com inúmeros resultados a celebrar, mas também enormes desafios a superar. Trata-se da maior política de inclusão social da história do Brasil, que rompeu uma prévia e iníqua divisão assistencial em saúde e fez dela um direito de todos e um dever do Estado, incorporando importantes ideias e conceitos discutidos e apresentados na Declaração de Alma-Ata, em 1978, e na Declaração de Ottawa, em 1986, que muito contribuíram para a implantação de um sistema de saúde baseado em uma vertente de Promoção da Saúde com fortalecimento da Atenção Primária à saúde (APS)¹⁻³.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal instrumento para a reorientação da APS, contribuindo para a sua consolidação, expansão e qualificação com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde dos usuários e coletividades com uma trajetória ascendente ao longo dos anos; por exemplo, em 2006 e 2016, o aumento de coberturas foi de 45,3% e 64,0%, respectivamente^{4,5}.

No estado de Roraima, as discussões com os Secretários Municipais de saúde, que deram início ao processo de implantação do então Programa de Saúde da Família, foram realizadas a partir de março de

1999, em uma tentativa de sensibilizar os gestores acerca da importância de se aderir a essa estratégia. Em dezembro do mesmo ano, o estado já contava com sete equipes desse Programa, sendo cinco equipes na capital, Boa Vista, e duas no município de Alto Alegre⁶.

No período entre 2006 a 2016, a maioria dos estados da federação apresentou tendência crescente na cobertura de ESF, com exceção do Amapá, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba e Roraima, que apresentaram estabilidade⁴. Contudo, em 2018, Roraima contava com 89 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o município de Boa Vista teve 32 UBS com uma equipe em cada⁷. Na capital do estado de Roraima, a população estimada no ano de 2018 foi de 375 mil⁸. Isso corresponde aproximadamente à proporção de uma UBS para cerca de 11.730 habitantes. Sabe-se, contudo, que a população adscrita por equipe de APS e de ESF é de 2.000 a 3.500 pessoas localizadas dentro do seu território⁵.

Além do aumento da cobertura, outro aspecto que deve ser levado em consideração para a solidificação e melhor aproveitamento dos serviços oferecidos aos seus usuários é compreender a percepção da população sobre a ESF e de sua real proposta, objetivos e metas⁹. Essa percepção pode estar vinculada à satisfação com os serviços recebidos, que, por sua vez, reflete nas preferências dos

usuários pelos serviços da ESF ou outros serviços da Rede de Saúde.

Este artigo considera a percepção como um dos principais comportamentos por meio do qual se constrói a realidade, podendo-se arquitetar o conhecimento do que se passa com os outros indivíduos e consigo mesmo sem existir a troca de informes diretamente entre os envolvidos¹⁰.

Sabe-se que, muito embora a ESF esteja sendo cada vez mais estudada e evidencie a importância estratégica do desenvolvimento dessa forma de assistência à saúde no Brasil¹¹, o extremo Norte do país e, sobretudo, o estado de Roraima, ainda têm tímidas publicações nessa vertente mesmo após vários anos de implantação da ESF.

Assim, estudos como este são relevantes e oportunos no intuito de saber se, com duas décadas da implantação da ESF no estado de Roraima, a população já tem a percepção do que ela realmente significa e de sua importância.

Tendo por base as reflexões ora apresentadas, desenvolveu-se o presente estudo, que traz como objetivo: analisar a percepção dos usuários da AP sobre a ESF, bem como suas preferências entre os seus serviços e os serviços hospitalares.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que se caracteriza por concentrar-se nas experiências humanas, permitindo conhecer a subjetividade e percepção dos diferentes atores sociais envolvidos^{12,13}. Foi desenvolvida em cinco UBS, definidas por sorteio, de diferentes microáreas da cidade Boa Vista, capital do estado de Roraima, Brasil, sob os seguintes critérios de inclusão dessas unidades: tempo de funcionamento superior a um ano, para que houvesse a possibilidade de construção de vínculo entre a população adscrita com a equipe de saúde, e não ter mais uma UBS na mesma microárea. Caso um dos critérios de inclusão não fosse atendido, um novo sorteio seria realizado dentro da mesma microárea.

Participaram desta investigação 15 usuários da ESF, convidados quando aguardavam atendimento em saúde, sob os seguintes critérios de inclusão dos entrevistados: ter tido pelo menos uma experiência de atendimento na UBS ao longo do último ano, além da visita na data da coleta; possuir idade superior a 18 anos e residir na área adscrita. Foram excluídos os estrangeiros e os que não aceitaram ter os áudios

das entrevistas gravados. Para cada UBS, três usuários foram entrevistados.

Determinou-se o número de participantes pelo critério de saturação dos dados, caracterizado pela repetição das unidades de conteúdo nos depoimentos. Acerca disso, sabe-se que a amostra nas pesquisas qualitativas pode ou não ser constituída randomicamente. Particularmente, quando há repetição dos conteúdos em mais de 50% dos casos, poderá ser considerada a saturação dos dados^{14,15}.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2018, com a aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado, gravado e elaborado pelos autores, com duração média de 10 minutos, ocorrendo em locais reservados nas UBS após o atendimento do usuário. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo¹⁶. Os depoimentos foram separados em unidades de conteúdo com posterior agrupamento em categorias.

Este estudo é um desdobramento de um projeto de investigação científica aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Roraima sob número de parecer: 3.311.808 e CAAE: 09012218.5.0000.5621. Todos os participantes deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de modo que o estudo esteve em coerência com a Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual estabelece as normas e diretrizes nas pesquisas com seres humanos. Para preservar o anonimato das identidades dos entrevistados, seus depoimentos ficaram codificados por bairros da cidade de Boa Vista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 15 usuários, dentre os quais 12 mulheres e três homens, com faixa etária média de 38 anos. Todos declararam ensino médio completo, sendo que três dos entrevistados possuíam nível superior e um deles grau tecnológico de especialização.

Esses dados vão de encontro com os de um estudo em que, avaliando por escolaridade, verificou-se que a proporção de moradores em domicílios cadastrados em UBS foi maior entre aqueles com menor nível de instrução, quando comparados com o maior nível de escolaridade. Esse perfil foi observado no Brasil e em todas as regiões, sendo que a Sudeste apresentou maior oscilação entre os níveis¹⁷.

Com os achados, os resultados foram organizados nas categorias: I- Entendimento sobre a Estratégia

Saúde da Família – essa categoria foi subdividida em duas subcategorias: Compreensão próxima à realidade do que é a Saúde da Família e Desconhecimento do que é a Saúde da Família; II- Preferência assistencial do usuário.

Entendimento sobre a Estratégia Saúde da Família

A primeira categoria expressa como os usuários entendem a ESF. As análises de conteúdo dos depoimentos permitiram a construção de duas subcategorias:

Compreensão próxima à realidade do que é a Saúde da Família

Esta subcategoria apresenta quatro depoimentos ilustrativos de seis usuários. As falas versam sobre seus entendimentos sobre a Saúde da Família:

Tipo assim, o pessoal que vão em casa. Vai gente em casa visitar, pergunta o que vocês têm, o que vocês estão sentindo, aí ela vai lá, leva a doutora, enfermeiro, tudo isso (Cauamê).

A estratégia é muito boa, porque só assim as famílias têm como adquirir mais conhecimento sobre o que se passa na vida deles e como agir na forma de se tiver alguma enfermidade, alguma forma de se conscientizar (Mecejana).

[...] buscar um meio pra levar a saúde nas casas, principalmente pra quem não tem condições de vir nos centros de saúde (Caçari).

É uma ação muito boa, eu mesmo cansei de ceder a igreja pra palestras. Diabéticos, pessoas que tem pressão alta. Então, isso aí é uma benção. Orienta o povo, né? Acerca dessa doença gravíssima que é diabetes e pressão alta. Então é uma estratégia boa (Paraviana).

Os depoimentos analisados mostram que parte dos entrevistados, embora minoritária, já consegue demonstrar um entendimento de que a ESF envolve ações que buscam aproximar os serviços de saúde da

população na APS com foco em atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação.

Logo, há uma aproximação do entendimento dos entrevistados da ESF e seus serviços com a sua real proposta, pois essa atua na perspectiva da universalidade com abordagem holística, deixando para trás a ótica fragmentada e especializada com foco nas doenças, para dar ênfase nas práticas de prevenção de agravos alicerçadas em ações de promoção da saúde⁹. Sob esse aspecto, a ESF faz com que a família passe a ser o principal foco de atenção, entendida e considerada a partir do ambiente onde vive¹⁸.

Houve valorização dos serviços ofertados pela ESF baseada em uma percepção de que o cuidado está realmente centrado nas famílias da comunidade adscrita com acompanhamento domiciliar pelo agente comunitário de saúde e outros profissionais da equipe da ESF e com foco em estratégias de educação em saúde. Assim, fica claro como é importante e valorizada a educação em saúde na Atenção Primária e como é relevante serem desenvolvidas estratégias de educação permanentes e inovadoras para o empoderamento da comunidade¹⁹.

Outro estudo obteve resultados similares, em que os entrevistados também entendem o cuidado como prática norteadora, com ações centradas nas tecnologias leves²⁰, a citar: escuta qualificada, atendimento holístico e visitas domiciliares. Ainda, há valorização das visitas domiciliares mesmo nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde foram apresentadas a menor proporção de domicílios cadastrados há um ano ou mais e que nunca receberam a visita de um agente comunitário de saúde ou membro da equipe de Saúde da Família (10,8%)¹⁷.

Ainda assim, o estado de Roraima vem trabalhando para que a população receba apoio, orientação, atendimentos e assistência médica, e a ESF é essencial para se alcançar esses objetivos⁶. Porém, ficou claro que apenas a minoria dos entrevistados demonstrou uma percepção da ESF e seus serviços mais próxima de sua real proposta. Talvez esses achados se relacionem com a cobertura da ESF em Boa Vista que, mesmo após quase vinte anos de implantação, ainda não conseguiu expandir seus serviços para toda a população.

Desconhecimento do que é a Saúde da Família

Nesta subcategoria, há três depoimentos ilustrativos dos nove usuários, os quais demonstraram

uma percepção sobre a ESF e seus serviços que não se correlacionam com sua real proposta:

Ai, eu não vou mentir pra ti, não, agora no momento, assim, não sei (Alvorada).

Pra falar verdade, não entendo muito bem sobre isso, né? Eu num sei muito bem nem o que é esse negócio de Estratégia da Família. Nunca nem ouvi falar. Primeira vez! (Estados).

Nunca ouvi falar... Eu não assisto muito jornal (Cambará).

Percebe-se que a maioria dos entrevistados não demonstra entendimento do que é a ESF e quais são os seus objetivos. Em um estudo desenvolvido na cidade de Crato, no interior do estado do Ceará, também foi verificado que a maioria dos entrevistados não tem conhecimento do que é a ESF nem conhece a sua proposta, contudo, expressaram uma percepção de vinculação da ESF a aspectos socioeconômicos ou a uma visão médico-medicamentosa, e apenas uma minoria demonstrou uma percepção vinculada à real proposta da ESF⁹.

Porém, a maioria dos entrevistados no presente estudo não conseguiu correlacionar a ESF com outros aspectos ou experiências prévias com o sistema de saúde da cidade de Boa Vista, mas apenas expressaram um desconhecimento generalizado quando indagados sobre o que era a ESF na opinião deles e quais seus objetivos.

Preferência assistencial do usuário

Esta categoria investigou a preferência dos usuários entre os serviços de APS ou serviços hospitalares e, com base nos depoimentos, a maioria, 13 entrevistados, preferia os serviços da ESF, conforme representados nos depoimentos a seguir:

Eu prefiro, muitas vezes, vim no posto, mesmo que às vezes não tenha medicação, mas eles passam pra tu comprar, e porque no Hospital Geral você é muito humilhada, então eu acho que no posto de saúde você é bem mais recebida (Pintolândia).

Prefiro um posto, porque como é mais rápido ser atendido (Caimbé).

Tenho preferência pelo posto, porque o posto é perto da minha casa (São Francisco).

Ficou evidente que os serviços ofertados pela UBS são preferenciais pelos entrevistados quando comparados com os serviços hospitalares. Essa preferência está fundamentada principalmente nos seguintes aspectos: acolhimento, agilidade e eficiência do atendimento e proximidade das UBS com suas residências.

Estudos demonstram que os usuários se sentem melhor acolhidos na UBS que em outros serviços de saúde e que a satisfação com os serviços está também relacionada com a rapidez do atendimento das demandas dos pacientes, atendimento atencioso por parte dos profissionais de saúde, bem como postura proativa na atenção e resolução coletiva das questões apresentadas pelos pacientes^{21,22}.

Os resultados do presente estudo foram divergentes de um estudo similar realizado no Ceará, no qual os participantes referiram possuir maior afinidade e preferência pela assistência hospitalar por conta da possibilidade de acesso a um maior número de profissionais de saúde e agilidade de atendimento, exprimindo ideias de superioridade e efetividade da assistência prestada nos hospitais quando comparada com os serviços da ESF⁹.

Três entrevistados se destacaram, porque nos diálogos nos quais expressaram suas preferências demonstraram entendimento das diferentes propostas entre a assistência na APS e a terciária, conforme os depoimentos abaixo:

Prefiro o posto de saúde porque assim, daqui você vai saber o que você tem pra poder ir pra um hospital. No hospital, geralmente lá é pras pessoas mais graves e aqui, não, aqui você vai ter um acompanhamento com o médico e saber como lidar com a sua situação (Pricumã).

Preferível os dois, né? Mas pra um atendimento de emergência preferia um hospital. Não é em todo caso de emergência que um posto de saúde pode nos ajudar, ele pode nos ajudar, nos orientando em termo de curativo, enfim, essas coisas mínimas. Agora mesmo em caso de... é, coisa de urgência, seria viável um hospital mesmo, entendeu? (Aparecida).

Eu prefiro o posto, que é melhor, né? Mas último caso tem que levar no hospital, né? Que é preparado para emergência (Canarinho).

Esses relatos mostram que uma parte dos participantes deste estudo, embora minoritária, já consegue distinguir as diferentes propostas dos serviços de saúde na rede de assistência à saúde, com a APS responsável pelos serviços de menor complexidade, utilizando tecnologias leves, e a Atenção Terciária com uma abordagem mais complexa, trabalhando com mais especialidades e preparada para serviços de urgência e emergência.

Esse entendimento reflete o real fluxo singular no sistema de saúde, que tem início com a entrada na APS, a partir de uma assistência qualificada, com eficientes estratégias de referência e contrarreferência, que, quando realizada de forma efetiva e coerente, com acompanhamento do caso, é vista como algo relevante na articulação da rede²³.

Um participante relatou preferir os serviços hospitalares em relação aos serviços da ESF com base na possibilidade de atendimento rápido em situações de serviços não ofertados pela APS. Esses achados são interessantes, pois, mesmo com o desconhecimento por parte da maioria dos entrevistados sobre o que é a ESF (se referem à ESF apenas como “posto de saúde”), ainda assim a maioria tem preferência pelos seus serviços. Logo, há uma preferência pela APS mesmo com as fortes influências que o modelo biomédico ainda tem sobre os serviços de saúde pelo país afora.

Sabe-se que o modelo biomédico até hoje influencia diretamente a organização dos serviços primários, a formação dos profissionais de saúde e a produção de conhecimentos na área de Saúde Coletiva com centralidade na assistência médica individual, serviços de alta complexidade e especializados, nos procedimentos médicos clínicos e ambulatoriais com foco na medicalização dos problemas, o que, por sua vez, alimenta o mercado de saúde, incluindo a indústria de equipamentos e a farmacêutica²⁴⁻²⁶.

Essa compreensão pode, em parte, servir de explicação para uma baixa valorização, carência de incentivos, políticas específicas e implementação eficiente de ações e serviços para o pleno desenvolvimento da APS²⁷.

CONCLUSÃO

Este estudo surpreendentemente mostrou que, embora a maioria dos entrevistados não compreenda o que é e a que se propõe a ESF, a maior parte deles demonstrou preferência pelos serviços da APS, o que mostra que é possível que as ideias de uma assistência fundamentada na promoção da saúde e prevenção de agravos baseada na APS já se iniciem a fazer parte da realidade em saúde em Boa Vista.

Logo, de certo modo, a população já dá sinais de que tem incorporado a real proposta da APS e ESF como porta de entrada dos serviços de saúde, inclusive com valorização maior desse nível de atenção à saúde quando comparado ao nível terciário.

Como limitações do estudo, pode-se citar que pode haver um viés da preferência dos entrevistados pela ESF em relação aos hospitais, porque os dados foram coletados apenas com pessoas que já estavam usando os serviços da APS.

Espera-se que este trabalho investigativo realizado no extremo Norte do Brasil possa servir para novas reflexões, sobretudo para os gestores, profissionais de saúde, professores e estudantes da área da saúde, como forma de beneficiar as práticas de cuidado, no contexto da Atenção Primária, que são realizadas em todo Brasil e, sobretudo, para a construção de estratégias que permitam o melhoramento da APS no estado de Roraima e que visem empoderar a população sobre a importância desse nível de atenção à saúde na rede de serviços de saúde¹⁻³.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ayrton Almeida Silva, Mariana Souza Oliveira, Ana Karolyni Sanches Lima e Ramyres Carolayne Lopes Silva contribuíram na concepção e escrita do projeto de pesquisa, coleta e análise de dados. **Loeste de Arruda Barbosa, Ayrton Almeida Silva e Williany da Silva Filguera** realizaram a escrita e revisão do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud av.* 2013; 27(78):27-34.
2. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med.* 2015; 372(23):2177-81.

3. Rocha RM, Padilha MA. Um debate possível: o saber fazer da promoção da saúde. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016; 18(4):4-6.
4. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018; 27(3).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [document on the internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2017 set. 21 [cited 2018 Nov 8]. Available from: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
6. Souza CM, Gianluppi MVP. Implantação do programa saúde da família no estado de Roraima. *Rev bras enferm*. 2000; 53:135-7.
7. Secretaria de Atenção à Saúde. Indicadores - Serviços Especializados [document on the internet]. 2018 [cited 2018 Nov 24]. Available from: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=101&VListar=1&VEstado=14&VMun=&VComp=201704&VTerc=&VServico=&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico [homepage on the internet]. 2018 [cited 2018 May 24]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/boa-vista/panorama>.
9. Barbosa LA, Oliveira CC, Dantas TM. Percepção de usuários da Atenção Primária sobre a estratégia de Saúde da Família. *Saude Transf Soc*. 2012; 3 (4):37-43.
10. Lopes CE, Abib JAD. Teoria da Percepção no Behaviorismo Radical. *Psic Teor e Pesq*. 2002; 18(2):129-37.
11. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc saúde colet*. 2016; 21(5):1499-1510.
12. Benjumea CC. La calidad de la investigación cualitativa: de evaluarla a lograrla. *Texto contexto enferm*. 2015; 24(3):883-90.
13. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC med res methodol*. 2013; 13:117.
14. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018; 52:1893-1907.
15. Fusch PI, Ness LR. Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research. *Qual Rep*. 2015; 20(9):1408-16.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
17. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc saúde colet*. 2016; 21(2):327-38.
18. Santos, RM, Ribeiro LCC. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. *Cogitare enferm*. 2010; 15(4).
19. Ceccim RB, Silva SMNB, Benício LFS, Macedo KPS, Neto CSC, Mesquita KO, et al. Plano estadual de educação permanente em saúde: um como fazer com base no nordeste brasileiro. *Sanare (Sobral, Online)*. 2021; 20(1).
20. Silva TR, Motta RF. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. *Mudanças - Psicologia da Saúde*. 2015; 23(2):17-25.
21. Almeida MM, Coutinho LS, Santos MS. Nurse as a hospital manager in primary care: integrative review. *ReonFacema*. 2017; 3(4):765-74.
22. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev bras enferm*. 2014; 67(1):104-10.
23. Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciênc saúde colet*. 2016; 21(5):1625-36. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>
24. Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Filho CEE, Queiroz DM. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. *Rev APS*. 2017; 20(1):98-106.
25. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc saúde colet*. 2015; 20(6):1869-78.
26. Anderson MIP, Armadillo MLR, Díaz NT, Maria SCF. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016; 11(1):4-30.

27. Rodrigues RD, Anderson MIP. Integralidade e Complexidade na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde: aspectos teóricos. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 819-831.



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF FAMILIES WITH CHILDREN PRESENTING AUTISM SPECTRUM DISORDER

PERFIL SOCIOECONÓMICO DE FAMILIAS DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

João Paulo Carneiro Marques ¹Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas ²Stephany Morais Melo ³Verônica de Azevedo Mazza ⁴Maria Adelane Monteiro da Silva ⁵Benedita Shirley Carlos Rosa ⁶**Como Citar:**

Marques JPC, Freitas CASL, Melo SM, Silva MAM, Rosa BSC. Perfil sociodemográfico de famílias de crianças com Transtorno do Espectro Autista. Sanare (Sobral, Online). 2021; 20(2):41-46.

Descritores:

Transtorno do Espectro Autista; Família; Vulnerabilidade em Saúde.

Descriptors:

Autism Spectrum Disorder; Family; Health Vulnerability.

Descriptores:

Trastorno del Espectro Autista; Familia; Vulnerabilidad en Salud.

Submetido:

23/06/2020

Aprovado:

18/11/2021

Autor(a) para Correspondência:

Benedita Shirley Carlos Rosa
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Endereço: R. Larisman Torquato,
Coração de Jesus, Sobral-Ce
CEP: 62043-070
E-mail: shirleyrosa08@gmail.com

RESUMO

Objetiva-se descrever o perfil socioeconômico e demográfico de famílias de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Trata-se de uma pesquisa documental e descritiva, realizada com famílias de crianças com TEA, na cidade de Sobral-CE. A coleta de dados ocorreu em setembro de 2018 por meio da consulta às fichas cadastrais das famílias acompanhadas, apresentando as seguintes variáveis: (1) Mora em Sobral; (2) Estuda; (3) Recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC); (4) Recebe Bolsa Família; (5) Apresenta laudo médico; e (6) Faz uso de medicação. A Casa do Autista, situada em Sobral, Ceará, atende famílias de outros municípios, com 20% das crianças se deslocando para buscar atendimento. Observa-se que, em um total de 47 crianças, 41 são do sexo masculino e 93,7% delas estudam. Das famílias acompanhadas, 8,9% usufruem do Programa Bolsa Família (PBF) e apenas 37,2% têm o BPC. No presente estudo, 86,4% das crianças apresentaram laudo médico e 13,6% estão em acompanhamento para investigação diagnóstica. A assistência a uma criança com TEA é um desafio para os profissionais de saúde, especialmente para o enfermeiro, que desempenha um papel de mediador entre indivíduo, família e diagnóstico.

1. Mestrando em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. E-mail: joaopaulocm1989@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9850-7034>

2. Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: cibellyaliny@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0585-5345>

3. Enfermeira. Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: stephany-morais@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1006-8979>

4. Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela Université Laval, ULAVAL, Canadá. Universidade Federal do Paraná. E-mail: vera62mazza@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1264-7149>

5. Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: adelanemonteiro@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7579-2645>

6. Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: shirleyrosa08@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9125-3614>

ABSTRACT

The objective is to describe the socioeconomic and demographic profile of families with children presenting Autism Spectrum Disorder (ASD). This is a documentary and descriptive research, carried out with families who have children presenting ASD, in Sobral-CE. Data collection took place in September 2018 by consulting the registration forms of monitored families, using the following variables: (1) Lives in Sobral; (2) Studies; (3) Receives Continuous Provision Benefit (Benefício de Prestação Continuada, BPC); (4) Receives Bolsa Família Program (Programa Bolsa Família, PBF); (5) Has a medical report; and (6) Uses medication. The Casa do Autista, located in Sobral, Ceará, cares for families from other municipalities, and 20% of children travel to seek care. We observed that, in a total of 47 children, 41 are male and 93.7% of the children attend school. Among the monitored families, 8.9% benefit from the PBF and only 37.2% receive the BPC. In the present study, 86.4% of the children had a medical report, and 13.6% are being monitored for diagnostic investigation. Caring for a child with ASD is a challenge for health professionals, especially nurses, who play the role of mediator between the individual, family, and diagnosis.

RESUMEN

El objetivo del estudio es describir el perfil socioeconómico y demográfico de familias de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Se trata de una investigación de niños con TEA, en la ciudad de Sobral-CE. La coleta de datos ocurrió en septiembre de 2018 por la consulta a fichas catastrales de las familias acompañadas, presentando las siguientes variables: (1) Vive en Sobral; (2) Estudia; (3) Recibe Beneficio de Prestación Continuada (BPC); (4) Recibe Auxilio Familia; (5) Presenta laudo médico; y (6) Hace uso de medicinas. La Casa del Autista, ubicada en Sobral, Ceará, atiende familias de otros municipios, con 20% de los niños desplazándose para buscar atendimento. Se observa que, un total de 47 niños, 41 son del sexo masculino y 93,7% de ellos estudian. De las familias acompañadas, 8,9% disfrutaban del Programa Auxilio Familia y solamente 37,2% tiene el BPC. En el estudio, 86,4% de los niños presentaron laudo médico y 13,6% están en acompañamiento para investigación diagnóstica. La asistencia a un niño con TEA es un desafío para los profesionales de salud, especialmente para el enfermero, que desempeña un papel de mediador entre individuo, familia y diagnóstico.

.....

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em sua quinta edição, pela presença de déficits persistentes na comunicação e na interação social em contextos variados e em padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades¹.

A prevalência do TEA parece estar aumentando globalmente. Pesquisas apontam que uma a cada 59 crianças tem espectro autista, nos Estados Unidos. No Brasil, não há dados sobre esse quantitativo². Há muitas explicações possíveis para esse aumento aparente, incluindo o aumento da conscientização sobre o tema, a expansão dos critérios diagnósticos, melhores ferramentas de diagnóstico e o aprimoramento das informações reportadas. No Brasil, as informações epidemiológicas ainda são escassas, sendo aprovada, apenas em 2019, com a Lei n.º 13.861/2019³, a inclusão de perguntas voltadas a essa população na pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Censo Demográfico.

O diagnóstico do autismo no âmbito familiar, especialmente em se tratando de crianças, constitui uma situação de impacto, causando mudanças na vida diária, com a necessidade de readaptação dos papéis, repercutindo no âmbito ocupacional e financeiro das relações familiares⁴.

A realidade que envolve o TEA denota a necessidade de intervenção profissional junto às pessoas que têm a referida condição e aos seus familiares, tendo em vista o impacto gerado nas dimensões emocional, social e econômica.

Tendo em vista a escassez de dados sobre o tema⁵, é notória a importância de pesquisas epidemiológicas sobre o autismo, que terão um papel relevante para o direcionamento da saúde pública, enfatizando a necessidade de formulação de políticas públicas que contribuirão na qualificação dos cuidados e conhecimento da população atendida, levando à busca de novas práticas para o bem-estar dos envolvidos nesse contexto.

Isso posto, o objetivo deste trabalho é descrever o perfil sociodemográfico das famílias de crianças com Transtorno do Espectro Autista.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo do tipo descritivo transversal e exploratório. “A pesquisa quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem, ou seja, a linguagem matemática é utilizada para descrever as causas de um fenômeno [...]”⁶. Os estudos descritivos visam descrever as características de determinadas populações⁷. O estudo também é transversal, porque as informações de cada participante do estudo foram coletadas em um único momento, sendo os participantes abordados em diferentes períodos⁸. Já os estudos exploratórios têm a finalidade de desenvolver hipótese(s) e aumentar o conhecimento do pesquisador sobre um fato ou fenômeno⁹.

Vale ressaltar que este estudo é um recorte da pesquisa multicêntrica “Vivências de Famílias constituídas com Crianças com Deficiências: Organização, Práticas e Necessidades”, vinculada ao Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento (GEFASSED) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Vulnerabilidade e Saúde (GEVS) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Foram participantes do estudo os familiares de crianças com TEA atendidos na Casa do Autista de Sobral, Ceará, perfazendo um total de 38 pessoas. Foram considerados critérios de inclusão os familiares da residência envolvidos nos cuidados diários das crianças, que aceitaram responder ao formulário e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi considerado critério de exclusão ser familiar menor de idade.

A pesquisa foi realizada na Casa do Autista de Sobral, Ceará. A técnica de amostragem utilizada foi a por conveniência. Para a coleta dos dados, os familiares de crianças com TEA foram abordados no local e tiveram sua participação solicitada. Aqueles que concordaram em participar, responderam a um questionário contendo sete questões, foram elas: (1) “Sexo?”; (2) “Estuda?”; (3) “Faz uso de medicação?”; (4) “Recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC)?”; (5) “Mora em Sobral?”; (6) “Tem laudo médico?”; (7) “Recebe Bolsa Família?”. Todas as informações foram postas em uma tabela eletrônica no programa Microsoft Excel versão 2013.

Foi utilizada a estatística descritiva com frequência e porcentagens das variáveis do estudo¹⁰. Na estatística inferencial, foi utilizado o Teste Exato de Fisher, o qual analisa a associação entre

variáveis categóricas. Sendo considerada como variável independente: morar em Sobral; e como variáveis dependentes: receber Bolsa Família, receber Benefício de Prestação Continuada, fazer uso de medicação, estudar e ter laudo médico. Um nível de significância de $p < 0,05$ foi adotado.

Para a obtenção da força de associação entre as variáveis, foi utilizada a Regressão de Poisson, que retorna a medida de associação Razão de Prevalência (RP) com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%¹¹.

Na RP, valores iguais a um indicam não existir associação entre as variáveis. Valores menores que um indicam uma associação negativa, e maiores que um indicam uma associação positiva. O programa estatístico R foi utilizado para auxiliar nas análises⁷.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) com o Parecer n.º: 2.327.633/2017. Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, foram considerados os aspectos éticos da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatamos que, dos 38 participantes que foram abordados na Casa do Autista de Sobral, 33 (86,84%) relataram morar no município de Sobral, Ceará, enquanto cinco (13,16%) moravam em outro município. Quanto ao sexo das crianças, 32 eram do sexo masculino, correspondendo a 84,21% da amostra, e seis do sexo feminino, correspondendo a 15,79%. Valores que dialogam com a literatura, que aponta um quantitativo maior de homens com TEA¹³.

A Tabela 1 apresenta a associação entre as variáveis do estudo, levando em consideração como variável independente: morar em Sobral; e, como variáveis dependentes: receber Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, fazer uso de medicação, estudar e ter laudo médico.

Tabela 1. Resultados do Teste Exato de Fisher e da Regressão de Poisson entre as variáveis investigadas dos familiares de crianças com TEA.

Sociodemográfico	Morar em Sobral					
	Sim		Não		RP (IC)	valor-p
	n	%	n	%		
Receber Bolsa Família						
Sim	2	66,7	1	33,3	0,30 (0,02 - 6,52)	0,35
Não	31	88,6	4	11,4		
Receber BPC						
Sim	12	80,0	3	20,0	0,60 (0,19 - 2,66)	0,36
Não	21	91,3	2	8,7		
Fazer uso de medicação						
Sim	17	81,0	4	19,0	0,64 (0,23 - 2,23)	0,35
Não	16	94,1	1	5,9		
Estudar						
Sim	30	85,7	5	14,3	0,90 (0,38 - 2,67)	1
Não	3	100	0	0		
Ter laudo médico						
Sim	27	84,4	5	15,6	0,81 (0,34 - 2,41)	0,57
Não	6	100	0	0		

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere ao Programa Bolsa Família, ele foi criado com o objetivo de auxiliar a educação das crianças, favorecendo o acesso às escolas e sua permanência para que as famílias contempladas tenham melhores perspectivas de vida¹⁴. No estudo, três (7,89%) famílias recebiam o referido recurso e 35 (92,11%), não.

Quanto ao Benefício de Prestação Continuada, ele deverá ser concedido às pessoas com TEA quando comprovada a insuficiência ou dificuldade de manter-se financeiramente e a constatação de impedimento de longo prazo que dificulte a sua participação na sociedade, que deverão ser atestadas por perícia médica e social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O benefício corresponde a um salário mínimo. A Lei 8.742/1993, também conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social, respalda o direito a esse benefício¹⁵. No estudo, 15 (39,47%) famílias recebiam esse recurso, enquanto 23 (60,53%), não. Fato que pode refletir a falta de empoderamento dos familiares quanto ao direito que os mesmos têm de obtenção desse recurso. Os obstáculos ao acesso do benefício podem estar relacionados à burocracia, ao pouco conhecimento sobre a deficiência e à fiscalização mais seletiva, tornando a obtenção, por vezes, um caminho longo e incerto¹⁶.

Quanto à utilização de medicamentos, os psicotrópicos são comumente utilizados em pacientes

com TEA. Em geral, a medicação é necessária para o manejo de algumas características que podem estar presentes, como a insônia, hiperatividade ou desatenção¹⁷. No entanto, não existe nenhum fármaco específico para o TEA. No estudo, 21 (55,26%) crianças faziam uso de medicação e 17 (44,74%) não usavam esse recurso.

Quanto ao estudo, 35 (92,11%) estudavam e três (7,89%), não, mas salienta-se que as crianças que não estudavam podem fazer parte de uma faixa etária não escolar. A legislação apresenta três documentos que se referem à educação inclusiva, o primeiro é a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, o segundo é a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista¹⁸ e, por fim, a Nota Técnica n.º 24 emitida pelo Ministério de Educação, que orienta as instituições de ensino a realizarem práticas para a inclusão da pessoa com TEA¹⁹.

No que se refere ao laudo médico, ele é expedido por um serviço que conta com uma equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do INSS, credenciada para esse fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social. O laudo é necessário para a obtenção dos recursos sociais, como o Programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada. No estudo, 32 (84,21%) crianças tinham

laudo, enquanto seis (15,79%) não o possuíam.

Quando é feita uma análise minuciosa das variáveis do estudo, buscando por associações entre as características das famílias, constatou-se que residir no município de Sobral associou-se negativamente com: receber Bolsa Família; receber Benefício de Prestação Continuada; e fazer uso de medicação, mostrando uma tendência das famílias residentes em Sobral de não receber os referidos benefícios e não fazer uso de medicação, o que chama a atenção por ser bem conhecido na literatura que a renda está associada a uma maior vulnerabilidade de famílias de crianças com deficiência, e que o uso de medicamento pode auxiliar no tratamento das crianças. Entretanto, as associações não foram estatisticamente significativas, não podendo ser rejeitada a hipótese nula de não associação na população. Já as variáveis estudar e ter laudo médico não apresentaram associação com residir em Sobral, tendo em vista que o valor da RP se aproximou de 1.

CONCLUSÃO

O estudo apresentou algumas informações epidemiológicas referentes às famílias de crianças com TEA, as quais são importantes para subsidiar a atuação dos profissionais de saúde junto a essa população, facilitando o entendimento e a compreensão do cenário epidemiológico no qual atuam, favorecendo uma melhor condição de vida e saúde dos familiares e crianças assistidos. Além disso, os resultados mostraram uma associação de morar no município de Sobral com o não recebimento de Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada e com o não uso de medicamento, entretanto as associações não foram estatisticamente significativas.

No que se refere a futuros estudos, sugerem-se pesquisas com amostras maiores e que investiguem de forma mais minuciosa as características dessa população, abordando uma maior quantidade de variáveis e investigando as associações aqui apresentadas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Benedita Shirley Carlos Rosa, João Paulo Carneiro Marques e Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Stephany Moraes Melo e Verônica de Azevedo Mazza** contribuíram com a realização da pesquisa e a revisão

crítica do manuscrito. **Maria Adelane Monteiro da Silva** contribuiu com a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.
2. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and developmental disabilities monitoring networks, 11 sites, United States, 2014. MMWR Surveill Summ. 2018; 67(No.SS-6):1-23. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>
3. Brasil. Lei nº 13.861, de 18 de julho de 2019. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos. Diário Oficial da União. 19 jul 2019; Seção 1:1.
4. Magalhães JM, Rodrigues TA, Rêgo Neta MM, Damasceno CKCS, Sousa KHJF, Arisawa EALS. Vivências de familiares de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista. Rev Gaúcha Enferm [serial on the internet]. 2021 [cited 2021 Nov 15]; 42:e20200437. Available from: <https://www.seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/118759/64672>
5. Daltro MCSL, Moraes JC, Marsiglia RG. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. Saúde Soc [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 nov 15]; 27(2):544-55. Available from: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n2/544-555/#>
6. Teixeira E. As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
7. Gil AC. Como elaborar projeto de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
8. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2. ed. Atheneu; 2008.
9. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 7. ed. São Paulo: Atlas S. A; 2010.
10. Levin J, Fox JA, Forde DR. Estatística para ciências humanas. 11. ed. São Paulo: Pearson; 2012.
11. Crawley MJ. Statistics: an introduction using R. 2. ed. Chichester: Wiley; 2015.
12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 13 jun. 2013; Seção 1.

13. Rocha CC, Souza SMV, Costa AF, Portes JRM. O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. *Physis* [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 Nov 15]; 29(4):e290412. Available from: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nfN4dx9HgDcSXCyjSjqb4SF/?lang=pt>

14. Campara JP, Vieira KM. Beneficiários do Programa Bolsa Família: relações com as finanças e impacto na satisfação global de vida. *Nova econ.* 2016; 26(3):981-1006. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6351/2892>

15. Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 8 dez 1993; Seção 2.

16. Stopa R. O direito constitucional ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): o penoso caminho para o acesso. *ServSocSoc* [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 Nov 15]; 135:231-48. Available from: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/vWM6YLcDR8vXMTGnqDM8skS/abstract/?lang=pt>

17. Houghton R, Liu C, Houghton R, Bolognani F. Psychiatric Comorbidities and Psychotropic Medication Use in Autism: A Matched Cohort Study with ADHD and General Population Comparator Groups in the United Kingdom. *Autism Res.* 2018; 11(12):1690-1700. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/aur.2040>

18. Brasil. Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. *Diário Oficial da União.* 28 dez 2012; Seção 1:2.

19. Brasil. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2008.

CARACTERIZAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS ASSOCIADOS PARA HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NO MUNICÍPIO DE CATUNDA, CEARÁ

CHARACTERIZATION OF THE USE OF ASSOCIATED DRUGS FOR HYPERTENSION AND/OR DIABETES IN THE MUNICIPALITY OF CATUNDA, CEARÁ

CARACTERIZACIÓN DEL USO DE MEDICINAS ASOCIADAS PARA HIPERTENSIÓN Y/O DIABETES EN EL MUNICIPIO DE CATUNDA, CEARÁ

Maria Morgana Bezerra Costa ¹

Maria Isabel Linhares ²

Como Citar:

Costa MMB, Linhares MI. Caracterização do uso de medicamentos associados para hipertensão e/ou diabetes no município de Catunda, Ceará. Sanare (Sobral, Online). 2021; 20(2):47-53.

Descritores:

Hipertensão; Diabetes; Saúde pública.

Descriptors:

Hypertension; Diabetes; Public health.

Descriptores:

Hipertensión; Diabetes; Salud pública.

Submetido:

16/10/2021

Aprovado:

24/11/2021

Autor(a) para Correspondência:

Maria Morgana Bezerra Costa
Centro Universitário INTA-UNINTA
Rua Antônio Calisto dos Santos, 622,
Centro, Catunda, Ceará
CEP: 62297-000
E-mail:
morgana_bcosta@hotmail.com

RESUMO

A hipertensão e o diabetes, doenças crônicas não transmissíveis, com fácil diagnóstico e um arsenal terapêutico à disposição, têm repercutido consideravelmente nos indicadores de morbimortalidade. Assim, o estudo objetiva caracterizar o uso de medicamentos associados para hipertensão e diabetes no município de Catunda, Ceará. Pesquisa retrospectiva, documental, com abordagem quantitativa, realizada em uma Unidade Básica de Saúde localizada em Catunda, Ceará, em que foram analisados 137 registros de prescrição de tratamento para hipertensão e/ou diabetes, no período de outubro de 2018 a abril de 2020. Observou-se que as prescrições se apresentavam (100%) de forma legível e (97,8%) com dados completos, o profissional prescritor era o médico clínico geral (89,8%), com atendimento vinculado ao setor público. O perfil de pacientes foi prevalente para mulheres (72,3%). Sobre os fármacos, verificou-se a prevalência (37%) do uso de hidroclorotiazida (anti-hipertensivo) e (56%) de metformina (hipoglicemiante). Em relação às interações medicamentosas, a mais frequente foi enalapril + glibenclamida, seguida de hidroclorotiazida + glibenclamida e propranolol + metformina. Esses achados constituem informações importantes que podem contribuir com o planejamento e execução de políticas públicas de saúde, assim como para a redução de outras complicações associadas, como doenças cardiovasculares.

1. Farmacêutica. Pós-graduada em Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica. Centro Universitário INTA - UNINTA. E-mail: morgana_bcosta@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2517-0474>

2. Farmacêutica. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Centro Universitário INTA - UNINTA. E-mail: misabel.linhares@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2337-9810>

ABSTRACT

Hypertension and diabetes, non-communicable chronic diseases, with easy diagnosis and a therapeutic arsenal available, have had considerable repercussions on morbimortality indicators. Thus, the study aims to characterize the use of associated drugs for hypertension and diabetes in the city of Catunda, Ceará. Retrospective, documentary research, with a quantitative approach, carried out in a Basic Health Unit located in Catunda, Ceará, in which 137 records of treatment prescriptions for hypertension and/or diabetes were analyzed, in the period from October 2018 to April 2020. We observed that of the prescriptions (100%) were legible, and (97.8%) had complete data, and the prescribing professional was a general practitioner (89.8%) working in the public sector. The prevalent patient profile was female (72.3%). Regarding drugs, there was a prevalent use (37%) of hydrochlorothiazide (anti-hypertensive agent), and (56%) of metformin (hypoglycemic agent). Regarding drug interactions, the most frequent was enalapril + glibenclamide, followed by hydrochlorothiazide + glibenclamide and propranolol + metformin. These findings constitute important information that can contribute to the planning and execution of public health policies, and to the reduction of other related complications, such as cardiovascular diseases.

RESUMEN

La hipertensión y la diabetes, enfermedades crónicas no transmisibles, con fácil diagnóstico y un arsenal terapéutico a la disposición, tiene repercutido considerablemente en los indicadores de morbimortalidad. Así, el estudio tiene como objetivo caracterizar el uso de medicinas asociadas para la hipertensión y diabetes en el municipio de Catunda, Ceará. Investigación retrospectiva, documental, con abordaje cuantitativo, realizada en una Unidad Básica de Salud ubicada en Catunda, Ceará, en la cual fueron analizados 137 registros de prescripción de tratamiento para hipertensión y/o diabetes, en el periodo de octubre de 2018 hasta abril de 2020. Se observó que las prescripciones se presentaban (100%) de forma legible y (97,8%) con datos completos, el profesional prescriptor era el médico clínico general (89,8%), con atendimento vehiculado al sector público. El perfil de pacientes fue prevalente para mujeres (72,3%). Sobre los fármacos, se verificó la prevalencia (37%) del uso de hidroclorotiazida (antihipertensivo) y (56%) de metformina (hipoglicemiante). En relación a las interacciones medicamentosas, la más frecuente fue enalapril + glibenclamida y propranolol + metformina. Lo que ha sido encontrado constituye informaciones importantes que pueden contribuir con el plan y ejecución de políticas públicas de salud, así como para la reducción de otras complicaciones asociadas, como enfermedades cardiovasculares.

.....

INTRODUÇÃO

O Brasil tem passado por um processo de mudança epidemiológica em que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm sido visualizadas como o principal motivo de morbimortalidade, além de acarretarem forte impacto econômico. Dentre essas condições clínicas crônicas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) têm se destacado pelo seu considerável potencial de risco associado para doença renal, acidente vascular encefálico e outras doenças cardiovasculares¹.

A HAS é uma situação clínica que envolve diversos fatores e se caracteriza por uma elevação dos níveis pressóricos, sendo capaz de ultrapassar os 140/90 mmHg, de modo que o coração precisa fazer um maior esforço para possibilitar a distribuição do sangue pelo corpo. A HAS pode ser intensificada pelo surgimento de alguns fatores de risco (FR), tais como: diabetes *mellitus*, obesidade abdominal, dislipidemia e intolerância à glicose³. A DM é uma

doença definida por insuficiência ou dificuldade de absorção na produção de insulina, que é responsável por regular a glicose no sangue fornecendo energia para o corpo, sendo classificada como DM tipo 1 e tipo 2. Ela ocupa o 7º lugar nas principais causas de óbito no mundo. Estudos relatam que a predominância de pessoas com hipertensão associada à diabetes é próxima do dobro quando comparada aos não diabéticos, havendo risco maior de doença cardiovascular em pacientes que são acometidos por ambas as patologias^{2,4}.

Em relação aos medicamentos usados no tratamento da HAS, podem ser utilizadas diferentes classes, tais como: diuréticos, inibidores adrenérgicos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, vasodilatadores diretos, bloqueadores do canal de cálcio e inibidores diretos da renina. Na DM, são usados, principalmente, as biguanidas e os derivados da ureia. O tratamento está relacionado tanto à manutenção contínua pelos pacientes através do uso de medicamentos

prescritos quanto à mudança do estilo de vida (MEV), a partir da realização, de forma consciente, das ações orientadas quanto aos hábitos de vida, como atividade física e dieta⁵.

A baixa aceitação ao tratamento com o uso dos medicamentos para HAS e DM é um dos principais motivos da diminuição do benefício clínico e manejo das doenças, ocasionando possíveis problemas de saúde, dificuldades psicossociais e redução da qualidade de vida. Sendo assim, tais complicações resultam no agravamento do quadro, levando a uma busca de serviços em saúde de emergência e hospitalizações⁶.

Este estudo propõe-se a caracterizar o uso de medicamentos associados para HAS e DM no município de Catunda-CE, desenvolvendo estratégias educativas com o auxílio dos gestores de saúde do município. Com isso, melhorar a qualidade de vida da população, as implicações sociais e, além de contribuir para a planificação da saúde do município, melhorar o conhecimento da população quanto aos riscos relacionados à HAS e DM, na tentativa de retardar ou prevenir complicações decorrentes da associação dessas patologias. Diante do exposto, o objetivo deste artigo foi: caracterizar o uso de medicamentos associados para hipertensão arterial e diabetes no município de Catunda, Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, documental e quantitativo. A população do estudo consistiu em 137 registros de prescrição que continham o uso associado de medicamentos para HAS e DM de pacientes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Catunda, Ceará, a 256 km da capital do estado, Fortaleza.

As variáveis que foram avaliadas a partir das prescrições retidas na UBS foram: os sexos dos pacientes que recebem medicamentos para HAS e DM; a caracterização dos medicamentos utilizados quanto à classe farmacológica; os aspectos das prescrições; especialidade do prescritor; origem do atendimento; quantidade de pacientes com associação de HAS e DM; e as possíveis interações medicamentosas. Ao final do período de coleta, existiam 137 prescrições retidas na UBS, referentes aos meses de outubro de 2018 a abril de 2020.

Foram incluídos no estudo os indivíduos com idade superior ou igual a 18 anos e que fazem acompanhamento na UBS, e os que possuem

associação, concomitante, de HAS e DM. Foram excluídos do estudo os indivíduos com idade inferior a 18 anos, os que não possuem associação de HAS e DM e os que fazem uso de insulina.

Para melhor análise e compreensão dos resultados obtidos, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel®, em que os dados foram organizados em tabelas e quadros de acordo com as informações obtidas a partir dos receituários.

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, e suas Diretrizes e Normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil⁷. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, e obteve parecer aprovado com o número 4.254.552 e CAAE 33716820.7.0000.8109.

RESULTADOS

Os dados apresentados são referentes às prescrições de medicamentos associados para HAS e DM retidas na farmácia da Unidade Básica de Saúde em Catunda, Ceará, distribuídos de acordo com sexo, aspectos da prescrição, quanto à especialidade do prescritor, à origem do atendimento, à classe farmacológica e possíveis interações medicamentosas.

Durante o período de coleta de dados foram analisadas 137 prescrições de tratamento para HAS e/ou DM, verificando a coexistência ou não de associação de fármacos, sendo 99 prescrições direcionadas ao sexo feminino (72,3%) e 38 a indivíduos do sexo masculino (27,7%). No que se refere aos aspectos das prescrições, observou-se que todas elas apresentavam-se legíveis (100%). Em relação ao preenchimento das prescrições, 134 estavam completas (97,8%) e apenas três prescrições estavam incompletas (2,2%), por falta de algum dado presente na prescrição, por exemplo, por falta da data. Quanto à especialidade do prescritor, identificou-se o predomínio de 123 (89,8%) prescrições realizadas por clínico geral, e 14 foram prescritas por outras especialidades (10,2%), entre elas, cardiologistas e endocrinologistas. A análise quanto à origem do atendimento descreve que 131 prescrições foram de origem do setor público (95,6%) e apenas seis do setor privado (4,4%). A análise desses dados possibilitou a descrição de algumas características, resumidas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das prescrições retidas na UBS.

Variáveis	N = 137	%
Sexo		
Feminino	99	72,3%
Masculino	38	27,7%
Aspecto da prescrição		
Legível	137	100%
Ilegível	0	0%
Completa	134	97,8%
Incompleta	3	2,2%
Especialidade do prescriptor		
Clínico geral	123	89,8%
Outros	14	10,2%
Origem do atendimento		
Público	131	95,6%
Privado	6	4,4%

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à classe de medicamentos mais utilizada para a hipertensão, considerando que havia várias prescrições com mais de um anti-hipertensivo prescrito, pode-se observar que os diuréticos tiazídicos (Hidroclorotiazida) foram os mais indicados, com 68 prescrições contendo esse medicamento (37%); antagonista da angiotensina II (Losartana) em 59 prescrições (32%); inibidores da enzima conversora de angiotensina (Enalapril) em 23 prescrições (12%); bloqueadores seletivos dos canais de cálcio (Anlodipino) em nove prescrições (5%); betabloqueadores seletivos (Atenolol) em oito prescrições (4%); diuréticos de alça (Furosemida) em sete prescrições (4%); agentes alfa e beta bloqueadores (Carvedilol) em seis prescrições (3%); betabloqueadores não seletivos (Propanolol) com quatro prescrições (2%); agentes poupadores de potássio (Espironolactona) em uma prescrição (1%), conforme destacado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de medicamentos para HAS e classe farmacológica quanto às prescrições.

Classe farmacológica	Denominação genérica	F	%
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	68	37%
Antagonista da angiotensina II	Losartana	59	32%
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	Maleato de Enalapril	123	12%
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – Derivados da diidropiridina	Besilato de Anlodipino	9	5%
Betabloqueadores seletivos	Atenolol	8	4%
Diuréticos (de alça)	Furosemida	7	4%
Agentes alfa e beta bloqueadores	Carvedilol	6	3%
Betabloqueadores não seletivos	Propanolol	4	2%
Agentes poupadores de potássio	Espironolactona	1	1%

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à classe dos medicamentos para DM, considerando o fato de que havia várias prescrições com mais de um hipoglicemiante prescrito, pode-se observar que as classes mais prescritas foram as biguanidas (Metformina), encontradas em 92 prescrições (56%); as sulfonamidas, caracterizadas por Glicazida, com 8 prescrições (5%); e por Glibenclamida, com 63 prescrições (39%), como mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição de medicamentos para DM e classes farmacológicas quanto às prescrições.

Classe farmacológica	Denominação genérica	F	%
Biguanidas	Cloridrato de Metformina	92	56%
Derivados da ureia, sulfonamidas	Glibenclamida	63	39%
	Gliclazida	8	5%

Fonte: Dados da pesquisa.

Avaliando os medicamentos prescritos nos receituários é possível observar que todos os pacientes utilizam dois medicamentos ou mais, favorecendo as possíveis interações medicamentosas. Dentre as combinações mais encontradas, destacam-se: Enalapril + Glibenclamida, Hidroclorotiazida + Glibenclamida, Propanolol + Metformina, Enalapril + Metformina e Hidroclorotiazida + Metformina, sendo essas consideradas interações de relevância clínica significativa, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição das possíveis interações entre os medicamentos para HAS e DM a partir das prescrições.

Interações medicamentosas	Risco potencial
Enalapril + Glibenclamida	Hipoglicemia, hiperglicemia ou hipertensão
Glibenclamida + Hidroclorotiazida	Redução do efeito hipoglicemiante
Propanolol + Metformina	Hipoglicemia, hiperglicemia ou hipertensão
Enalapril + Metformina	Acidose láctica hipercalêmica
Metformina + Hidroclorotiazida	Hiperglicemia e intolerância à glicose

Fonte: Adaptado de Amaral e Perassolo⁸.

DISCUSSÃO

Corroborando o achado, um estudo que buscou avaliar o uso de medicamentos para hipertensão e diabetes, em todas as regiões do Brasil, observou que a prevalência do uso de fármacos por mulheres foi de 28,1%, sendo esse número de maior relevância quando comparado com os homens (18,5%)⁹.

No presente estudo, houve uma quantidade pequena de ilegibilidade e isso está relacionado ao fato de que na UBS os prescritores já liberam as receitas digitalizadas; desse modo, não há dificuldade de identificação dos medicamentos, sendo importante enfatizar que essa característica do receituário impresso é vista como um avanço significativo e que tem contribuído para a legibilidade das prescrições. Sabe-se que uma fácil identificação e a escrita legível diminuem a possibilidade de erro na leitura e na dispensação feita pelo farmacêutico, e, conseqüentemente, ajudam o paciente na realização completa do tratamento. O processo de prescrição é complexo e permeado por erros. Os erros são geralmente multifatoriais e originários de falhas ativas ou condições que induzem ao erro. Avaliar o perfil de legibilidade das receitas poderá ser útil na melhoria do processo de dispensação de medicamentos¹⁰.

Ao analisar as prescrições, sendo o maior número prescrito por clínico geral, pode-se associar esse fato, pois a Clínica Geral é a especialidade médica que mais possui atuação nas Unidades Básicas de Saúde¹¹. Em outro estudo, realizado na Unidade Básica de Saúde da Vila Romana, em São Paulo, avaliando prescrições de pacientes que utilizavam medicamentos para hipertensão e diabetes, observou-se que os atendimentos dos pacientes nos níveis mais complexos, por especialidades médicas como cardiologia e endocrinologia, apresentaram um número limitado ou ausente¹².

Em relação à origem do atendimento, observou-se que a maior parte da população do município de Catunda recebe os medicamentos por meio do sistema público. Em um estudo realizado no Espírito Santo, avaliando a origem dos atendimentos de pacientes, analisou-se que apenas 15,8% da população é beneficiária de planos privados de saúde, sendo a maior parte da população dependente exclusivamente dos serviços ofertados pelo SUS. Sendo assim, o sistema público é a principal alternativa para viabilizar o tratamento medicamentoso, além de considerar a universalização da saúde pública através do SUS, sendo relevante relacionar esse fato com o perfil econômico do município¹³.

Os medicamentos mais usados para HAS foram

Hidroclorotiazida, Losartana e Enalapril, porém, não apresentam diferenças significativas entre os diversos grupos farmacológicos no tratamento da hipertensão na prevenção de eventos cardiovasculares¹⁴. Enquanto que para DM, os medicamentos mais utilizados foram Metformina e Glibenclamida, sendo caracterizados como os medicamentos de primeira e segunda escolha, respectivamente. Identificou-se que os medicamentos mais utilizados pelos pacientes com DM, em um centro especializado no tratamento do diabetes, na Alemanha, foram os medicamentos para o trato alimentar e metabolismo, seguidos pelos utilizados no sistema cardiovascular. Em geral, a semelhança entre os medicamentos utilizados se deve às comorbidades mais prevalentes associadas ao DM, que, na maioria dos casos, é a hipertensão¹⁵.

Em um estudo realizado com participantes do grupo HIPERDIA, de Parobé, no Rio Grande do Sul, encontraram-se possíveis interações nas associações dos medicamentos, como: Glibenclamida + Hidroclorotiazida, Propanolol + Metformina, Enalapril + Metformina e Hidroclorotiazida + Metformina, sendo consideradas de grau leve a moderada¹⁰. Em outro estudo realizado na cidade de Parobé, citam-se interações frequentes como Enalapril + Hidroclorotiazida, seguidas de Enalapril + Glibenclamida. Por fim, a maioria dos pacientes utilizam mais de dois medicamentos, e, em relação às interações medicamentosas mais frequentes, pode-se realizar a educação em saúde com esses pacientes; desse modo, a educação em saúde pode ocorrer por meio do conhecimento sobre as possíveis interações medicamentosas e o desenvolvimento de ações bem planejadas¹⁶.

Os dados utilizados para compor esta pesquisa são os mesmos disponíveis para a consulta e planejamento de ações por parte das instituições de saúde responsáveis por acompanhar e estabelecer políticas públicas para essas comorbidades, assim, este estudo pode contribuir com o aprimoramento da análise dessas condições clínicas crônicas na população.

CONCLUSÃO

Este estudo apresentou resultados consideráveis referentes aos medicamentos de uso associado para hipertensão e diabetes presentes nas prescrições retidas na Unidade Básica de Saúde. Quanto ao sexo, as mulheres foram as que mais consumiram os medicamentos para hipertensão e

diabetes. As prescrições apresentaram legibilidade, sendo a maioria preenchida de forma completa; a especialidade médica que mais prescreve é a Clínica Geral e com a origem de atendimento sendo majoritariamente na própria UBS. A Hidroclorotiazida (Diuréticos tiazídicos) foi o anti-hipertensivo mais prescrito, enquanto o hipoglicemiante mais prescrito foi a Metformina (Biguanidas). Quanto às possíveis interações medicamentosas, as mais frequentes foram Enalapril + Glibenclamida, seguida de Hidroclorotiazida + Glibenclamida e Propanolol + Metformina. Esses achados constituem informações importantes que podem contribuir no planejamento e execução de políticas públicas de saúde, assim como para a redução de outras complicações associadas, como doenças cardiovasculares.

Os dados obtidos neste estudo mostram que se fazem necessárias ações de educação em saúde para melhorar ainda mais o controle dessas patologias no município de Catunda, Ceará, com o intuito de garantir a qualidade de serviço prestado na saúde do município e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos pacientes que fazem o uso dos medicamentos.

Portanto, os dados deste estudo podem instituir informações para o planejamento de ações tanto por parte do sistema público como pelos profissionais da saúde para acompanhar os pacientes com HAS e DM e, desse modo, evitar futuras complicações e gastos maiores de recursos públicos voltados ao setor saúde.

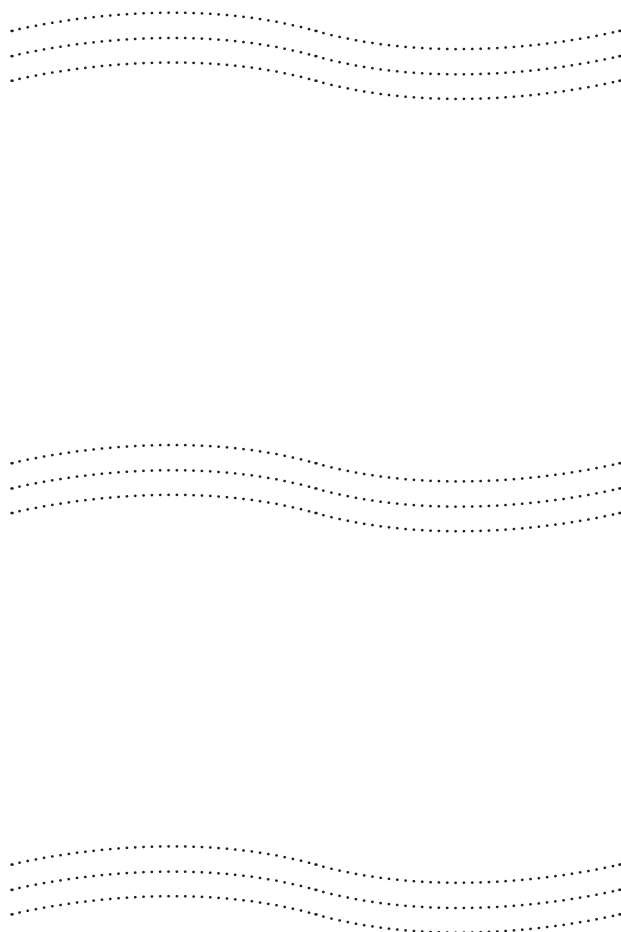
CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Maria Morgana Bezerra Costa contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento e a redação do manuscrito. **Maria Isabel Linhares** contribuiu com a revisão crítica no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Bernal RTI, Oliveira M. Tendências dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, segundo a posse de planos de saúde, Brasil, 2008 a 2013. *Ciênc saúde colet*. 2015; 20(40):1005-16.
2. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciênc saúde colet*. 2018; 23(11):3829-40. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016>

3. Malachias MVB, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7º Diretriz brasileira de hipertensão arterial. Braz J Hypertension. 2017; 24(1). doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20160151>
4. Riddle MC. Standards of Medical Care in Diabetes. J appl res educ. 2019; 42(1).
5. Freitas OS, Matta SR, Mendes LVP, Luiza VL, Campos MR. Uso de serviços de saúde e de medicamentos por portadores de Hipertensão e Diabetes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc saúde colet. 2018; 23(23):2383-92. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21602016>
6. Oliveira DM, Schoeller SD, Hammerschmidt KSA, Vargas MAO, Girondi JBR. Conhecimento da equipe de enfermagem nas complicações do diabetes mellitus em emergência. Acta Paul Enferm. 2014; 27(6):520-25. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400085>
7. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012 [document on the internet]. 2012 [cited 2020 Out 18]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
8. Amaral DMD, Perassolo MS. Possíveis interações medicamentosas entre os anti-hipertensivos e antidiabéticos em participantes do Grupo HIPERDIA de Parobé, RS (Uma análise teórica). Rev Cienc Farm Basica e Apl. 2012; 33(1):99-105. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400085>
9. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. Rev Saúde Pública. 2016; 50(2):1s-9s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006154>
10. Araújo PTB, Uchôa SAC. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. Ciênc saúde colet. 2011; 16:1107-14.
11. Melo DO, Silva SRA, Castro LLC. Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção. Epidemiol Serv Saúde. 2016; 25:259-70.
12. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZL. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saúde Soc. 2006; 15:180-89. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300015>
13. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2013; 29:691-701. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400007>
14. Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, Barzi F. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. Bmj, 2008; 336(7653):1121-23. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39548.738368.BE>
15. Silva MRR, Diniz LM, Santos JBR, Reis EA, Mata AR, Araújo VE. Uso de medicamentos e fatores associados à polifarmácia em indivíduos com diabetes mellitus em Minas Gerais, Brasil. Ciênc saúde colet. 2018; 23:2565-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.10222016>
16. Rempel C, Goetttert MI, Strohschoen AAG, Carreno I, Manfroi M, Moreschi C. Análise da medicação utilizada por diabéticos e hipertensos. Rev Caderno Pedagógico [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 Nov 28]; 12(1)242-52. Available from: <http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/948/936>



RESOLUTIVIDADE E FERRAMENTAS PARA CUIDAR: UM ESTUDO COM MULHERES QUE VIVEM COM CÂNCER DE MAMA

RESOLUTIVENESS AND TOOLS TO CARE: A STUDY WITH WOMEN LIVING WITH BREAST CANCER

RESOLUCIÓN Y HERRAMIENTAS PARA CUIDAR: UN ESTUDIO CON MUJERES QUE VIVEN COM CÁNCER DE MAMA

Marcio Costa de Souza ¹Juliana Costa dos Santos Borges ²Kamila Freitas Trindade ³Bruna Pereira Neves ⁴Evelin Duarte Serpa ⁵Milene Pereira de Souza Santos ⁶**Como Citar:**

Souza MC, Borges JCS, Trindade KF, Neves BP, Serpa ED, Santos MPS. Resolutividade e ferramentas para cuidar: um estudo com mulheres que vivem com câncer de mama. *Sanare* (Sobral, Online). 2021;20(2):54-63.

Descritores:

Neoplasias da mama; Acesso aos serviços de saúde; Continuidade da assistência ao paciente.

Descriptors:

Breast neoplasms; Access to health services; Continuity of patient care.

Descriptores:

Neoplasias de la mama; Acceso a los servicios de salud; Continuidad de la asistencia al paciente.

Submetido:

16/10/2021

Aprovado:

24/11/2021

Autor(a) para Correspondência:

Marcio Costa de Souza
Universidade Estadual da Bahia
Endereço: Rua Silveira Martins,
2555, Cabula, Salvador, Bahia
CEP:41150-000
E-mail: mcsouzafisio@gmail.com

RESUMO

Este artigo objetiva conhecer as ferramentas e a resolutividade do cuidado com mulheres que vivem com câncer de mama. Optou-se pela abordagem qualitativa de caráter exploratório e utilizou-se como técnica para a produção dos dados a entrevista semiestruturada, que teve a participação de 11 mulheres, e a amostra foi definida por saturação das respostas. A pesquisa foi realizada em um centro de referência estadual em oncologia. Para a interpretação dos dados, a análise de conteúdo foi escolhida. No que tange à resolutividade, foi observado que há barreiras de acesso e estas produzem iniquidades, muitas vezes resolvidas a partir de redes vivas de existência estabelecidas pelas mulheres que vivem com câncer de mama. Como ferramentas para a resolutividade do cuidar, operam a necessidade de utilização de tecnologias do cuidado, além do aprimoramento dos fluxos de atenção à saúde construídos. Portanto, a produção do cuidado com o olhar subjetivo configura-se como estratégia fundamental para o alcance da resolutividade em saúde de mulheres acometidas pelo câncer de mama por meio das tecnologias leves e do reconhecimento das redes e tessituras no cotidiano da vida dessas pessoas.

1. Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Estadual da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: mcsouzafisio@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4922-6786>

2. Graduanda em Nutrição da Universidade Estadual da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: jucsborges@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5711-8136>

3. Graduanda em Medicina da Universidade Estadual da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: freitastmila@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1603-8196>

4. Graduanda em Medicina da Universidade Estadual da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: brunaneves212120@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3191-2419>

5. Graduanda em Medicina da Universidade Estadual da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: dserpa99@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0907-1572>

6. Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. UniDomBosco. E-mail: profmilenesmed@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1278-5012>

Cert. de Redação Científica: Central das Revisões. **Edição de texto:** Karina Maria M. Machado. **Revisão de provas:** Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

This article aims to know the tools and the resoluteness of care for women living with breast cancer. A qualitative exploratory approach was chosen, and a semi-structured interview was used as a technique for data production with the participation of 11 women and a sample defined by response saturation. The research was carried out at a state referral center for oncology. Content analysis was chosen for data interpretation. As regards for resoluteness, we observed that there are access barriers and these produce inequities, often resolved from living networks of existence established by women living with breast cancer. As tools for the resoluteness of care, there is the need to use care technologies in addition to the improvement of constructed healthcare flows. Therefore, the production of care with a subjective look is configured as a fundamental strategy for achieving health resolution for women suffering from breast cancer through light technologies, and the recognition of networks, and the fabric of these people's daily lives.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo conocer las herramientas y la resolución del cuidado con mujeres que viven con cáncer de mama. Se ha elegido el abordaje cualitativo de carácter exploratorio y se utilizó como técnica para la producción de los datos la entrevista semiestructurada, que tuvo la participación de 11 mujeres y la muestra fue definida por saturación de las respuestas. La investigación fue realizada en un centro de referencia estadual en oncología. Para la interpretación de los datos, el análisis de contenido fue elegida. En lo que toca la resolución, fue observado que hay barreras de acceso y estas producen iniquidades, muchas veces resueltas a partir de redes vivas de existencia establecidas por las mujeres que viven con cáncer de mama. Como herramientas para la resolución del cuidar, operan la necesidad de utilización de tecnologías del cuidado, además del mejoramiento de los flujos de atención a la salud construidos. Por lo tanto, la producción del cuidado con la mirada subjetiva se configura como estrategia fundamental para lograr la resolución en salud de mujeres acometidas por el cáncer de mama por medio de las tecnologías leves y del reconocimiento de las redes y tesoros en el cotidiano de la vida de esas personas.

.....

INTRODUÇÃO

O câncer de mama configura-se, notoriamente, como um dos principais problemas de saúde pública mundial¹. De acordo com o Global Câncer Observatory da International Agency for Research on Cancer, as taxas estimadas de incidência para o ano de 2020, em todo o mundo, para ambos os sexos e em todas as idades, demonstraram que o câncer de mama é o tipo de neoplasia com maior incidência em âmbito mundial, representando cerca de 47,8% dos casos analisados². No Brasil, com base nos dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, estima-se que ocorrerão 66 mil novos casos de câncer de mama no país para cada ano do triênio 2020-2022¹. Tais dados reforçam e enfatizam ainda mais a necessidade de atenção por parte dos serviços de saúde a este crescente público.

No que concerne à sua tipicidade, é de conhecimento universal que o câncer de mama é uma doença caracteristicamente heterogênea e, assim, o tratamento varia em função de critérios como agressividade do tumor, subtipo molecular

das células cancerígenas, mutações, entre outros. Postula-se, hoje, que o principal tratamento para a cura do câncer é a cirurgia, porém tratamentos adjuvantes como a quimioterapia, a radioterapia, a terapia hormonal e a imunoterapia reduzem o risco de recidiva do câncer de mama e, consequentemente, o risco de morte por essa doença³. No entanto, a literatura tem mostrado que a resolução das necessidades em saúde dos indivíduos acometidos por essa patologia não se limita apenas ao tratamento medicamentoso e cirúrgico⁴.

Isso porque, ao analisarmos os impactos que o câncer de mama pode causar na vida da população diagnosticada, composta majoritariamente pelo público feminino, é perceptível que as repercussões perpassam os danos fisiológicos^{5,6}. Mulheres em tratamento em decorrência de neoplasia mamária enfrentam uma variedade de situações potencialmente estressantes, gerando sérias repercussões não só físicas, como também psicológicas⁷. Sentimentos como medo, angústia, desesperança, dentre outros, são marcantes no cotidiano da mulher com câncer de mama, o que leva

ao isolamento social e familiar, proporcionando, consequentemente, a perda de sua identidade diante da sociedade⁵. Destarte, compreende-se que para que haja uma maior resolutividade das demandas em saúde, é necessária uma atenção à saúde que busque a efetividade, e que assim possa atender às suas necessidades subjetivas⁸.

Diante deste contexto, é importante salientar sobre o conceito de resolutividade em saúde, que pode ser definido como uma resposta satisfatória ofertada pelo serviço à usuária que busca atendimento com o intuito de suprir as suas necessidades em saúde⁹. Porém, o conceito de resolutividade não engloba apenas a cura da doença como objetivo final, mas, também, a garantia da redução do sofrimento, bem como a promoção e a manutenção da saúde e, por consequência, uma melhor qualidade de vida¹⁰.

Não obstante, configura-se de extrema importância a análise da produção de um cuidado resolutivo no serviço de saúde dentro da perspectiva da enfermidade e suas múltiplas repercussões. Dada a relevância, objetiva-se, com este estudo, conhecer as ferramentas e a resolutividade do cuidado em mulheres que vivem com câncer de mama.

METODOLOGIA

O delineamento metodológico escolhido para a construção da pesquisa foi a abordagem qualitativa, de caráter exploratório. A pesquisa foi realizada no Centro Estadual de Oncologia localizado no município de Salvador, estado da Bahia. No que se refere aos participantes da pesquisa, foram escolhidas mulheres que já se encontravam diagnosticadas e/ou em qualquer fase de tratamento do câncer de mama. Dessa forma, optou-se como critério de inclusão mulheres que se encontravam em tratamento do câncer de mama no serviço de referência estadual escolhido de forma intencional. Como critérios de exclusão, foram excluídas aquelas que no momento da pesquisa estavam realizando tratamento concomitante em outra instituição.

O processo de produção de dados findou-se com a saturação das informações obtidas. Conforme Freitas et al.¹¹, considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. De modo congruente a essa afirmativa, o quantitativo total de 11 entrevistas apresentou-se suficiente em decorrência do não

aparecimento de novas informações, gerando uma repetição de dados.

Para a coleta de dados, foram aplicadas entrevistas, norteadas por um roteiro semiestruturado que continha eixos estruturantes: itinerários, resolutividade, redes de cuidado e cuidado em saúde. As perguntas foram realizadas em locais que garantissem o sigilo e foram gravadas em um aparelho Motorola E6s. Na apresentação dos resultados, as participantes são identificadas com o termo Ent. e um número individualizado (Ent. 1, Ent. 2, Ent. 3, etc.).

Na análise dos dados, foram realizadas as seguintes etapas: transcrição das gravações, organização e leitura do material. Por conseguinte, realizou-se a classificação das informações a partir da identificação dos núcleos de sentidos e, por fim, elaboraram-se as chamadas categorias empíricas para uma análise final dialogando com a teoria já produzida sobre a temática. As categorias empíricas produzidas e suas respectivas subcategorias foram: 1) Barreiras de acesso à resolutividade (barreiras e redes vivas) e 2) Ferramentas para a resolutividade na rede de cuidado (Tecnologias do cuidar, Fluxos/caminhos do cuidado, Processo de subjetivação da doença e o impacto na resolutividade; Usuária como participante ativa em busca da resolutividade).

Para a análise final das informações, foram realizadas leituras exploratórias e correlações da literatura científica e referencial teórico com a prática e os fatos experienciados. Houve, assim, a articulação dos dados empíricos com os conteúdos teóricos da pesquisa, o que promoveu a relação entre a teoria e a prática. Consequentemente ocorreram deduções das informações colhidas e, simultaneamente, análise do contexto que originou tais informações, com vistas a responder à questão norteadora.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, e somente foi iniciada após a concordância dos sujeitos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no ano de 2020, sob o parecer de n.º 26049219.7.0000.0057.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Barreiras de acesso à resolutividade

É fundamental conceituar as barreiras de acesso

que se conectam de forma potente à resolutividade; sendo assim, estas podem ser compreendidas como todo e qualquer entrave que impossibilite ou dificulte a satisfação das necessidades do usuário por parte do serviço de saúde e que agem de forma sinérgica por efeitos múltiplos^{12,13}. A compreensão de tais necessidades requer capacidade de escuta, respeito à diversidade humana, cultural e social e, ainda, compreensão para além do processo saúde e doença¹⁴. Concomitantemente, caso não haja esse efetivo acolhimento por parte do serviço, poderá ocorrer a criação de novos espaços de cuidado que perpassam a estrutura formal, denominados de redes vivas¹⁵. Tanto a temática sobre as barreiras de acesso à resolutividade como as redes vivas serão aprofundadas nas subcategorias a seguir.

As barreiras de acesso à saúde podem ser subdivididas em quatro dimensões, sendo elas: acesso econômico, acesso geográfico, acesso funcional e acesso comunicacional. A barreira de acesso que corresponde à dimensão econômica ocorre quando o usuário tem o seu serviço dificultado ou interrompido devido aos custos gerados em busca da assistência. Já a barreira de acesso no âmbito da dimensão geográfica ocorre quando o usuário passa por dificuldades no seu deslocamento para a utilização do serviço, devido à distância e custos de locomoção. No que tange à dimensão funcional, está diretamente relacionada às dificuldades que o usuário enfrenta para adentrar o serviço de saúde propriamente dito. E, por fim, a dimensão comunicacional está ligada aos entraves encontrados pelo usuário no que se refere ao recebimento de informações necessárias (por parte dos trabalhadores que compõem o serviço) para atender às suas demandas em saúde¹².

As barreiras de acesso foram visivelmente apreendidas em meio às falas das entrevistadas:

[...] demorou, para mim, assim refazer de novo, né? Aí eu saí de Canavieiras e vim fazer em Ilhéus (Ent. 1).

[...] eu acho que eu faria diferente, eu não ia ao posto de saúde, se eu pudesse eu viria logo pra cá, entendeu? Porque no posto de saúde lá foi uma perda de tempo, de certa forma, porque eu ainda fiquei umas duas semanas tentando ir lá [...], isso ainda em abril, depois da Semana Santa eu fiquei ainda umas duas semanas tentando ir lá (Ent. 11).

O acesso aos serviços de saúde nada mais é do que a capacidade que as pessoas possuem de adentrar e/ou utilizar o serviço de saúde no momento em que compreendem ser necessário¹⁶. Ao analisar as falas supracitadas, denota-se a existência de diversos obstáculos no acesso aos serviços de saúde por parte das mulheres com câncer de mama, o que contribui expressivamente para um prognóstico desqualificado para essas usuárias^{17,18}. A fala a seguir é uma importante representação das graves consequências para a sobrevivência das mulheres que se deparam com essas barreiras no acesso ao serviço:

[...] depois de um ano e pouco, mais de dois anos, um ano e pouco, aí ela me pediu uma tomografia, aí foi que tinha dado no fígado (Ent. 2).

Dessa forma, apesar da universalidade e da igualdade de acesso serem direitos constitucionalmente instituídos, na prática, ainda se observam inúmeros entraves para a sua operacionalização, tendo como consequência o agravamento do quadro apresentado, o que pode levar ao aumento das incapacidades e/ou à morte¹⁶.

Como dito anteriormente, cada ser possui as suas necessidades em saúde, as quais são vividas e experimentadas de forma singular¹⁹. É justamente nesse processo de busca por resolutividade que o usuário constrói uma trajetória na rede, considerando suas condições sociais, culturais e o próprio acesso aos serviços, o que muitas vezes não é suprido pela rede formal, surgindo as redes vivas¹⁴. Assim, as redes vivas são formadas justamente pela incipiência na formação de redes formais capazes de acolher e resolver as necessidades dos usuários¹⁹.

Pode-se afirmar que as redes vivas são fluxos dinâmicos e mutáveis que surgem de acordo com a singularidade das necessidades de saúde do usuário¹⁹. A seguir, observa-se na fala da entrevistada que ela utilizou das redes vivas para conseguir antecipar o recebimento do resultado do seu exame,

o resultado da biópsia demora muito pra sair [...], uma coisa que é urgente. Eu só consegui esse resultado dia 15 de janeiro, porque eu tive uma pessoa, que ligou para o laboratório, deu o CRM dela de médica, e conseguiu que o meu resultado saísse em 30 dias (Ent. 10).

Tais falas reacendem um debate sobre a importância das redes vivas no cuidado em saúde¹⁵. Isso porque a forma de atuação reproduzida na maioria dos serviços de saúde opera ainda em cima do campo das profissões, procedimentos e protocolos, ou seja, uma lógica burocrática e mecanizada¹⁹. Dessa forma, faz-se necessário acreditar na potencialidade da rede como algo vivo que proporciona a continuidade do cuidado, pelo fato de estar mais próxima do cotidiano e realidade das pessoas, acolhendo, assim, a diversidade inerente ao ser vivente e à própria sociedade que o cerca¹⁵. Nas falas transcritas a seguir é perceptível a importância da rede viva no processo saúde-doença das usuárias,

[...] Desde quando meu marido também era motorista da ambulância, aí sempre Dra. G viajava com ele, então Dra. G foi quem mandou me chamar para explicar tudo (Ent. 2).

[...] Como eu trabalho em São Francisco e conheço o pessoal lá da secretaria de saúde... Aí eu pedi pra conseguir fazer minha USG lá. Nisso, eu consegui marcar... a do abdome e a mamária (Ent. 11).

Sendo assim, conhecer alguém ou um meio que viabilize o acesso contribui significativamente para uma melhor resolutividade. Contudo, apesar dessas possibilidades, as redes vivas não configuram uma fixa garantia de que as pessoas terão o acesso no momento em que precisam¹⁴. Isso acontece porque as redes vivas são fragmentárias e em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam, e, às vezes, elas tornam-se mais estáveis¹⁹.

Ferramentas para a resolutividade na rede de cuidado

Cuidar, uma palavra complexa em significado, pode ser entendida como um ato de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento, exigindo do cuidador conhecimento, sensibilidade e um estado de disponibilidade para o outro⁸. Quando um ser vivente perpassa por um processo de adoecimento, um dos requisitos necessários para se efetivar o cuidado é o seu acesso à saúde, como já discutido anteriormente. Isso significa dizer que, para que haja uma efetiva atenção, não basta

que o usuário adentre o serviço, mas que o serviço ofertado seja resolutivo quanto à sua demanda, o que se apresenta como um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁰.

É importante destacar que a resolutividade deve abranger problemas de saúde das pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social e biológica²¹. No contexto da mulher com câncer de mama, em decorrência do sofrimento causado pelo tratamento e pelo estigma que a doença carrega, ela acaba por vivenciar, de maneira acentuada, essa realidade, que pode exacerbar quando esta apresenta uma linha de cuidado desarticulada e, conseqüentemente, pouco resolutiva^{4,8}.

Sendo assim, o principal desafio a ser enfrentado é a garantia da continuidade do cuidado nos diversos pontos da rede de serviços, através de mecanismos que visem a uma maior resolutividade em saúde, com uma oferta integral de tecnologias moduladas de acordo com as demandas e necessidades de cuidados singulares, em que se deve considerar a prática interprofissional e colaborativa²².

Nos serviços de saúde, a organização do processo de trabalho operando de forma centrada no usuário, de maneira integrada e com ações interprofissionais, ainda configura um dos grandes desafios contemporâneos a serem enfrentados pelos trabalhadores e gestores implicados na produção do cuidado²². A busca objetiva do problema biológico (modelo biomédico) leva à prática de ações centradas nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida, gerando, assim, uma grande dificuldade em produzir um cuidado que perpassasse a ênfase na materialidade do corpo humano²³.

Dessa forma, o cuidado é um somatório da articulação de trabalhadores e ambientes e as escolhas quanto à aplicação de tecnologias (dura, leve-dura e leve), em um determinado tempo e espaço, que devem ser utilizadas no processo de trabalho em saúde²⁴. Em resumo, as tecnologias duras estão relacionadas à utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos, ou seja, os recursos materiais; já as leve-duras estão relacionadas à construção do conhecimento por meio de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado); e, por fim, as tecnologias leves estão relacionadas à constituição de relações para a implementação do cuidado (vínculo, autonomização, gestão de serviços e acolhimento)²⁵.

No que concerne à realidade das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, é inegável

afirmar que a mulher acometida por essa doença enfrenta não apenas alterações físicas em consequência das intervenções, o que produz um comprometimento na sua imagem corporal, na vida social e nos aspectos que envolvem a afetividade⁴. Dessa forma, podemos destacar a relevância do uso das tecnologias leves por parte do serviço na produção do cuidado, como aponta o discurso:

[...] depois que iniciaram esses trabalhos de humanização nos hospitais, eu achei que tudo melhorou, porque a gente consegue ver que, desde a recepção aos atendentes, a técnicos e médicos, e te olham agora na consulta, né? Porque antes a gente não via (Ent. 10).

Apesar da evidente importância do uso dessas tecnologias na rotina do serviço, ainda há uma dificuldade por parte dos trabalhadores de saúde em legitimar e reconhecer essa ferramenta como um instrumento do seu trabalho²⁶. Tal realidade compromete diretamente as relações intersubjetivas entre os trabalhadores de saúde e as usuárias, pois essa visão interfere na possibilidade de ofertar uma atenção humanizada e, consequentemente, acolhedora, sem produção de vínculos, o que dificulta a participação ativa dessas mulheres no tratamento e aumenta as barreiras relacionais essenciais para a comunicação e efetivação do cuidado²⁷.

Quando discutimos no âmbito da mulher com câncer de mama, é salutar o uso das tecnologias leves, e se estas não fazem parte da caixa de ferramentas, pode-se gerar consequências ainda mais acentuadas devido à fragilidade gerada pela enfermidade e revela a necessidade da humanização em saúde como política, o que pode ser observado abaixo,

[...] aqui, logo no início, quando eu cheguei aqui eu não tive vontade de voltar aqui, não. Na médica, é porque ela é direta! Quando eu cheguei aqui, eu não sabia de tudo, mas o jeito de falar me entristeceu, [...] do jeito que ela falou... se tivesse metástase em outras partes, aquilo me doeu! Aí, eu disse, 'não vou voltar aqui mais, não! Eu vou morrer em casa!' (Ent. 8).

Diante do exposto, nota-se que nas falas é apresentada uma relação assimétrica e sem cuidado

no diálogo do trabalhador com a usuária, colocando-se em pauta a necessidade de discutir o modo no qual os profissionais se relacionam no ato de cuidar. Essa análise é atravessada pelos processos formativos, desde as escolas, formação, até as atividades de ensino no cotidiano, o que inclui o debate de instituir práticas humanizadas no cuidado em saúde²³. Nesse sentido, é fundamental que a formação do trabalhador em saúde possa ter entre seus eixos estruturantes a integralidade, com o propósito de colocar na discussão o cuidado em uma perspectiva subjetiva e com destaque nas necessidades da usuária, com a valorização da autonomia, da realidade social e afetiva de cada sujeito⁸.

Vale salientar que, ao afirmar a necessidade de reconhecer a legitimidade das tecnologias leves como ferramenta indispensável para a produção do cuidado no serviço, não se exclui a importância das demais tecnologias. Ou seja, produzir o cuidado em mulheres com câncer de mama é utilizar de forma conjunta os diversos e importantes aspectos das tecnologias, porém, com o devido enfoque para as tecnologias leves, as quais, na maioria das vezes, possuem um impacto direto e principal sobre a vida e o viver dessas mulheres²⁷.

Com a instituição da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, estabelece-se um fluxo de forma regulada e ordenada de usuárias entre os pontos de atenção à saúde, vislumbrando-se práticas resolutivas e orientadas pelo princípio da integralidade. No que se refere às mulheres com câncer de mama, um sistema de referência e contrarreferência eficaz é extremamente essencial para um diagnóstico e tratamento precoces, o que contribui diretamente para um melhor prognóstico^{28,29}. As entrevistadas expuseram essa importância:

[...] aí eu fiz a ressonância magnética lá no Hospital do Subúrbio, não foi pago, foi daqui mesmo que elas me encaminharam aqui para o Hospital do Subúrbio (Ent. 3).

[...] aí me encaminhou lá pra secretaria de saúde de São Francisco, para eles entrarem com um pedido pra eu vim diretamente pro Centro de Referência realizar essa triagem pra fazer essa biópsia, tudo pelo SUS (Ent. 11).

É perceptível a importância da articulação entre os níveis de complexidade para a vida das pacientes. Ao falar de referência e contrarreferência, estamos nos referindo às redes formais para o acesso à saúde, também chamada de Rede de Atenção à Saúde, diferentemente das redes vivas, que são fluxos de acesso à saúde construídos pelas usuárias, que perpassam os muros da rede formal¹⁴.

Podemos definir a Rede de Atenção à Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas e interdependentes, fundamentais para a garantia do acesso universal da população à saúde com equidade^{28,29}. Segundo Paula²⁸, a Rede de Atenção ao Câncer de Mama, em específico, só funciona se houver usuárias, políticos, gestores e trabalhadores comprometidos, sendo esta uma condição indispensável para a atenção aos agravos decorrentes de câncer de mama que, por sua natureza, envolvem a Atenção Básica, média e alta complexidade, em conjunto com as estruturas específicas do campo da oncologia. No entanto, nem sempre essa articulação é harmônica, o que pode ser percebido nas falas a seguir:

[...] eu fui ao consultório lá, numa clínica que tem lá, particular, e fiz! Eu fui à rede SUS, mas eu não consegui! (Ent. 8).

[...] eu liguei várias vezes pra regulação, fui às prefeituras bairro e, a minha busca, a minha procura, não tem vaga, não tem vaga. Para você conseguir vaga você tem que esperar assim, não tem nem data pra longe assim, eles não marcam porque é regulado (Ent. 10).

Percebe-se que as usuárias não conseguem um acesso adequado ao sistema de referência e contrarreferência, o qual utiliza de outros meios, para além dos ditos, que estão nas normativas, o que pode, em alguns casos, gerar custos e retardar ainda mais o tratamento, situação que pode produzir itinerários complexos não lineares⁸. De acordo com Goldman²⁹, juntamente com a análise das entrevistas realizadas neste estudo, afirma-se que os principais motivos que dificultaram essa integração na Rede de Atenção Oncológica são: fragilidade do vínculo por parte dos trabalhadores de saúde com relação às usuárias, ausência de padronização do sistema de referência e contrarreferência e baixa cooperação

entre serviços de saúde municipais e estaduais, o que dificulta para o prognóstico dessas usuárias.

Como dito anteriormente, é inegável afirmar que o câncer de mama é uma doença caracteristicamente estigmatizada e temida pelas mulheres, as quais, na maioria dos casos, associam a doença ao sofrimento e finitude de vida. No entanto, com os avanços científicos e tecnológicos voltados para o diagnóstico e tratamento da doença, somados às ações de promoção à informação e conhecimento sobre o câncer de mama, observa-se, cada vez mais, a relativização dessa visão estigmatizada sobre a doença, potencializando, assim, a autonomia dessas mulheres em busca da resolutividade³⁰.

Entretanto, por intermédio da análise das falas das entrevistadas, tornou-se perceptível, em alguns momentos, que muitas mulheres que enfrentam essa doença tinham a sua autonomia coibida. Temos, portanto, as chamadas “pessoas-cordeiro”, as quais, segundo Seixas²⁷ e colaboradores, são aquelas caracteristicamente dóceis, obedientes, de fácil controle e manejo. Na maioria dos casos, as usuárias que possuem esse perfil são as mais aceitas por parte da equipe de saúde, tendo em vista a não relutância em aceitação sobre as práticas que lhes são atribuídas. Profissionais que assumem tal linha de pensamento, presente no modelo hospitalocêntrico, impossibilitam que as usuárias reflitam sobre as práticas adotadas, os quais assumem a responsabilidade pela prescrição do modo como o outro deve trilhar a sua vida. Tal atitude pode ser percebida na seguinte fala:

Trabalhei [como cabeleireira] e até nos períodos antes de fazer a quimio. Aí ela disse assim [a médica]: você só vai ser R. até o dia da quimio, do dia da quimio pra lá, não vai pegar mais em nada, não pode fazer mais nada [...] (Ent.1).

No entanto, nem sempre haverá “pessoas-cordeiros” nos espaços coletivos, existem aquelas que decidem não mais serem coadjuvantes no seu processo saúde-doença, as quais revelam-se mulheres ativas, em busca da sua resolutividade. Dessa forma, a autonomia em saúde viabiliza a liberdade das cidadãs em gerir livremente as suas vidas, efetuando, racionalmente, as suas próprias escolhas²⁷. Podemos perceber tal afirmativa na fala a seguir:

Quando eu vim pra cá, que disse que não era o meu caso, eu poderia ficar em casa de boa, curtindo, levar minha vida! Mas, não! Eu fui pra outro médico! (Ent. 6).

Operar esse conceito na complexidade do cotidiano do trabalho em saúde não é simples. Sendo assim, vale salientar que o enfoque desta discussão não reside em desvalidar ou desqualificar as ações dos trabalhadores ou estigmatizar negativamente as suas práticas. Porém, é necessário evidenciar a necessidade de reflexão sobre a importância de haver uma construção coletiva do projeto terapêutico com a participação efetiva da usuária em relação ao caminho trilhado a ser escolhido²⁷.

Mais uma vez, evidenciam-se a importância e a urgência em reavaliar e reformular as práticas do serviço e a formação dos futuros trabalhadores, incutindo a perspectiva de integralidade, em que o cuidado engloba as diferentes necessidades, valoriza a autonomia e é compatível com a realidade social e afetiva de cada sujeito⁸.

CONCLUSÃO

A mulher diagnosticada com câncer de mama possui diversas necessidades que não se concentram apenas na esfera fisiológica, mas perpassam as esferas psicológica e social. Dessa forma, é possível afirmar que é necessária a priorização da produção do cuidado por meio do acolhimento e construção de vínculos (tecnologias-leves do cuidar) como estratégias a serem adotadas pelos pontos de atenção com as demais tecnologias a serem ofertadas, de acordo com as necessidades. Somado a isso, também é fundamental um amplo debate sobre os processos formativos no campo da saúde, além de uma discussão referente ao ato de cuidar em saúde no serviço, em que devem ser priorizadas as estratégias que permitam ações humanizadas e respeitadas aos modos de existência da vida dessas mulheres.

Para além disso, o estudo também demonstrou que a linha de cuidado para com as usuárias ainda se apresenta fragmentada, instável e com déficit importante em sua integração, o que pode ser solucionado com políticas que garantam um acesso universal e equânime, por meio de uma rede de atenção que garanta fluxos/caminhos resolutivos no sistema de saúde.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Marcio Costa de Souza e Milene Pereira de Souza Santos contribuíram com o delineamento, a realização da pesquisa, a redação do manuscrito e a revisão crítica do manuscrito. **Juliana Costa dos Santos Borges, Kamila Freitas Trindade, Evelin Duarte Serpa e Bruna Pereira Neves** contribuíram com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
2. Global Cancer Observatory. Taxas estimadas de incidência padronizadas por idade (Mundial) em 2020, em todo o mundo, ambos os sexos, todas as idades. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018.
3. Nascimento AS, Mello EVSL, Schneider LCL, Almeida FLA. Principais tratamentos utilizados no combate ao câncer de mama: uma revisão de literatura. ArqMudi [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 Out 15]; 23(3):201-219. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/51538>.
4. Barros AES, Conde CR, Lemos TMR, Kunz JA, Ferreira MLSM. Sentimentos vivenciados por mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama. Rev enferm UFPE on line [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 Out 15]; 12(1):102-111. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23520>.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. A mulher e o câncer de mama no Brasil. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
6. Sena L, Neves MGC. Os impactos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres Com. Ciências Saúde [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Out 18]; 30(01):19-28. Available from: <http://www.esccs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdaude/article/view/367>.
7. Joaquín-Mingorance M, Arbinaga F., Carmona-Márquez J, & Bayo-Calero J. Estratégias de enfrentamento e autoestima em mulheres com câncer de mama. Annals of Psychology [serial on the internet].

2019 [cited 2021 Out 15]; 35(2):188-194. Available from: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0212-97282019000200003>

8. Souza MC; Borges JCS, Santos RS, Brito VCSG, Souza JN, Quintana RAC, et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com doenças respiratórias crônicas. Rev. Eletrônica Acervo Saúde [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Out 15]; 12(11):e4096. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4096>

9. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Divulg. saúde debate [serial on the internet]. 2014 [cited 2021 Out 15]; 38(103):733-743. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>

10. Rosa RB, Weis Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. Rev. gaúcha enferm. [serial on the internet]. 2011 [cited 2021 Out 15]; 32(2):345-351. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SY5KhYJQg6XzPsZpfDM6P5Q/?lang=pt>

11. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev. Pesquisa Qualitativa [serial on the internet]. 2017 [cited 2021 Out 19]; 5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>

12. Souza MC, Souza JN. Access, Care, Social Inequalities and The Pandemic COVID 19 In Brazil. Biomed J Sci & Tech Res [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Out 15]; 31(4):24327-24329. Available from: <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2020.31.005125>

13. Castro AMM, Silva JS, Macedo LCSA, Rosa NSF, Bertussi DC, Santos MLM, et al. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2021 [cited 2021 Out 15]; 2:e11351. Available from: <https://revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/11351>

14. Hadad ACAC, Jorge AO. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. Divulg. saúde debate [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 Out 15]; 42(spe4):198-210. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qKYndc8VcGL3TgjpRKQDS6w/?lang=pt>

15. Ferreira TPS, Costa CT. Saúde e redes vivas de cuidado integral na atenção básica: articulando ações estratégicas no território. Revisbrato [serial on the internet]. 2017 [cited 2021 Out 15]; 1(3):269-281. Available from: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/4750>

16. Oliveira SB, Soares DA. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. Divulg. saúde debate [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Out 19]; 44(124):169-181. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012412>

17. Guimarães AS, Velloso CS, Pereira ML, Viana TST. Prevenção e detecção precoce do câncer de mama na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Out 19]; 32(3):84-88. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201106_103604.pdf

18. Santos LMVR, Santos MPS, Mercedes MC, Souza JN, Souza MC. Barreiras de acesso em mulheres que vivem com câncer de mama. Revista Unilus Ensino e Pesquisa [serial on the internet]. 2021 [cited 2021 Out 19]; 18(50):26-35. Available from: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/1380>

19. Hadad ACAC, Jorge AO, Melo EM. A construção de redes vivas no percurso de usuários e familiares, vítimas de trauma, em sua trajetória na busca pelo cuidado. Rev. méd. Minas Gerais [serial on the internet]. 2016 [cited 2021 Out 19]; 26(Supl 8):S107-S111. Available from: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2132>

20. Menezes ELC, Scherer MDA, Verdi MI, Pires DP. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. Saúde e Soc [serial on the internet]. 2017 [cited 2021 Out 19]; 26(4):888-903. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MxGqmyYkCy9yjkVnpNz3VbP/?lang=pt>

21. Vasconcelos MIO, Xavier ALC, Nascimento MN, Cavalcante YA, Rocha SP, Gomes JS. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 Out 19]; 17(01):65-73. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1224>

22. Quintana RAC, Souza ICS, Pereira JM, Pires RA, Lima RSGS, Mercedes MC, et al. Production of Interprofessional Care for the Person with Oncological Disease: A Study on the Patient's Perspective. Biomed J Sci & Tech Res [serial on the internet]. 2020 [cited 2021 Out 19]; 29(3):22413-22418. Available from: <https://biomedres.us/fulltexts/BJSTR.MS.ID.004797.php>

23. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DS, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 59-72.

24. Graboys V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Graboys V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p. 153-190.

25. Sabino LMM, Brasil DRM, Caetano JA, Santos MCL, Alves MDS. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. Aquichan [serial on the internet]. 2016 [cited 2021 Oct 15]; 16(2):230-239. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000200010&lng=en

26. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciênc. saúde coletiva [serial on the internet]. 2018 [cited 2021 Out 19]; 23(3):861-870. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/?lang=pt>

27. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface comun. saúde educ. [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 Out 19]; 23:e170627. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/?lang=pt>

28. Paula SHB, Volochko A, Figueiredo R. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contra referência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. BIS, Bol. Inst. Saúde. 2016; 17(2):146-165.

29. Goldman RE, Figueiredo EN, Fusione SM, Souza KMJ, Almeida AM, Gutiérrez MGR. Rede de Atenção ao Câncer de Mama: perspectiva de gestores da saúde. Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2019 [cited 2021 Out 19]; 72(Suppl 1):274-81. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/c7QzYYsSb8hLTyDT6YCKpM/?lang=en>

30. Machado MX, Soares DA, Oliveira SB. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. Physis: Rev. de Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2017 [cited 2021 Out 19]; 27(3):433-451. Available from: <https://www.scielo.br/j/physis/a/sDSBbmp7YKkmMftcxcx98Kt/?lang=pt>



FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA NAS PRÁTICAS COMUNITÁRIAS PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO EM SOBRAL, CEARÁ

PROFESSIONAL TRAINING IN PHYSICAL EDUCATION IN THE COMMUNITY PRACTICES FOR ACTIVE AGING IN SOBRAL, CEARÁ

FORMACIÓN PROFESIONAL EN EDUCACIÓN FÍSICA EN LAS PRÁCTICAS COMUNITARIAS PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN SOBRAL, CEARÁ

Ednanita Alves Arraes ¹

Antonio Germane Alves Pinto ²

Cleide Carneiro ³

Francisco Cavalcante de Alcântara ⁴

Maria do Socorro de Sousa ⁵

Heraldo Simões Ferreira ⁶

Como Citar:

Arraes EA, Pinto AGA, Carneiro C, Alcântara FC, Sousa MS, Ferreira HS. Formação profissional em Educação Física nas práticas comunitárias para o envelhecimento ativo em Sobral, Ceará. Sanare (Sobral, Online). 2021; 20(2):64-71.

Descritores:

Envelhecimento; Formação profissional em saúde; Educação Física e treinamento.

Descriptors:

Aging; Professional training in health; Physical Education and training.

Descriptores:

Envejecimiento; Formación profesional en salud; Educación Física y entrenamiento.

Submetido:

14/04/2021

Aprovado:

18/11/2021

Autor(a) para Correspondência:

Ednanita Alves Arraes
Universidade Regional do Cariri – URCA
Antonina do Norte, CE – R. Antonio Delfino, Centro
CEP: 63.570-000
E-mail: arraesednanita@gmail.com

RESUMO

Envelhecimento ativo é o processo de otimização da saúde com o intuito de ampliar a qualidade de vida no decorrer do processo de envelhecimento. A formação do profissional de Educação Física tem sido associada às práticas de promoção da saúde na população. Objetivou-se analisar o processo formativo dos profissionais de Educação Física que atuam com grupos de práticas corporais com foco no envelhecimento ativo, em Sobral-CE, no período de março a novembro de 2019. Foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, com nove profissionais atuantes na rede de saúde. Aplicaram-se entrevistas semiestruturadas e os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Evidenciaram-se potencialidades e fragilidades no contexto da atuação e formação profissional. Existem lacunas no conteúdo específico sobre saúde na graduação. No envelhecimento ativo, a integração das práticas no território amplia o alcance das intervenções e as práticas corporais incorporam significados para aprimoramento de profissionais e melhoria na qualidade de vida dos usuários. Conclui-se pela necessária implementação dos currículos na graduação com integração de temáticas relacionadas às políticas públicas de saúde e qualidade de vida, bem como pela ampliação de intervenções comunitárias para envelhecimento ativo integradas à Educação Física.

1. Enfermeira. Estomaterapeuta. Especialista em Gestão Hospitalar. Pós-graduanda em Urgência e Emergência e Saúde da Família. Universidade Regional do Cariri. E-mail: arraesednanita@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2913-6000>.

2. Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Pós-doutor em Educação. Universidade Regional do Cariri. E-mail: germane.pinto@urca.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4897-1178>.

3. Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Universidade Estadual do Ceará. E-mail: cleide.carneiro@uece.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7095-1691>.

4. Doutor em Ciências da Educação. Universidade Estadual do Ceará. E-mail: ncavalcanteconsultoria@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2438-3782>.

5. Pedagoga. Pós-doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. E-mail: sousams3@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1009-0973>.

6. Pós-doutor em Educação Física Escolar. Universidade Estadual do Ceará. E-mail: heraldo.simo@uece.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1999-7982>.

ABSTRACT

Active aging is the process of optimizing health in order to improve quality of life during the aging process. The training of Physical Education Professionals has been associated with health promotion practices for the population. The objective was to analyze the training process of Physical Education Professionals who work with groups using bodily practices focused on active aging in Sobral/CE from March to November 2019. A descriptive research with qualitative approach was carried out with nine Professionals working in the health network. Semi-structured interviews were applied, and data were submitted for content analysis. Potentialities and weaknesses were highlighted in the performance context and professional training. There are gaps in the specific content addressing health during the undergraduate course. In active aging, the integration of practices in the territory expands the scope of interventions, and bodily practices incorporate meaning to the development of professionals and in improving the users' quality of life. We concluded for the necessary implementation of curricula at graduation integrating themes related to public health policies and quality of life, as well as the expansion of community interventions for active aging integrated with Physical Education.

RESUMEN

Envejecimiento activo es el proceso optimización de la salud con el objetivo de ampliar la calidad de vida en el proceso de envejecimiento. La formación del Profesional de Educación Física ha sido asociada a las prácticas de promoción de la salud en la población. Se objetivó analizar el proceso formativo de los Profesionales de Educación Física que actúan con grupos de prácticas corporales con foco en el envejecimiento activo en Sobral/CE en el periodo de marzo a noviembre de 2019. Fue realizada una investigación descriptiva con abordaje cualitativo, con nueve Profesionales actuantes en la red de salud. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas y datos fueron sometidos a análisis de contenido. Se evidenciaron potencialidades y debilidades en el contexto de la actuación y formación profesional. Existen vacíos en el contenido específico sobre salud en la graduación. En el envejecimiento activo, la integración de las prácticas en el territorio amplía el alcance de las intervenciones y las prácticas corporales incorporan significados para mejoramiento de profesionales y de la calidad de vida de los usuarios. Se concluye por la necesaria implementación de los currículos en la graduación con integración de temas relacionados a las políticas públicas de salud y calidad de vida, así como, ampliación de intervenciones comunitarias para envejecimiento activo integradas con la Educación Física.

.....

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a noção de envelhecimento humano vem sendo ressignificada e tornou-se um fenômeno emergente em âmbito global. Envelhecer é um processo natural, complexo e comum à coletividade. Segundo estimativas, em 2025 haverá 1,2 bilhão de pessoas com 60 anos e, até 2050, esse contingente populacional poderá atingir 2 bilhões de idosos¹.

No Brasil, o último Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) projetou que, em 2050, quase um terço da população do país deverá ter 60 anos ou mais. Já a partir de 2060, as pessoas idosas devem representar 32% da população, enquanto apenas 15% serão crianças. Entretanto, o envelhecimento populacional também pode originar novas oportunidades e contribuir com o bem-estar geral se forem adotadas políticas públicas adequadas diante desse contexto².

Ao final da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou o termo “Envelhecimento Ativo” para descrever o processo do envelhecimento saudável, buscando ampliar essa concepção para além dos cuidados em saúde, definindo-o ainda como “o processo de otimização da saúde, participação e segurança, tendo como objetivo primordial melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem³.”

É produtivo que o processo de envelhecimento seja encarado como natural, e não como um problema. Contudo, para que seja vivenciado com autonomia e independência, é necessária uma mudança nos hábitos da população, formação de profissionais que intervenham na saúde e no apoio social. A preocupação com a formação de profissionais de Educação Física com conhecimentos em envelhecimento ativo é uma realidade.

Nos cursos de Educação Física das universidades brasileiras, públicas e privadas, o interesse pelo

tema tem se constituído objeto de análise. Ao mesmo tempo, as Diretrizes e Políticas de formação profissional para o atendimento do idoso previstas na Portaria n.º 56, da Secretaria de Ensino Superior (SESU) do Ministério da Educação, e a Lei Federal n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003, artigo 22, versam sobre a inclusão de conteúdos e disciplinas nos currículos dos diversos níveis de ensino formal sobre o processo de envelhecimento, favorecendo e embasando as práticas desses profissionais de modo cada vez mais recorrente⁴.

Este estudo se justifica pelo impacto social que as inclusões de disciplinas obrigatórias acerca do envelhecimento ativo na matriz curricular nos diversos cursos de Educação Física de universidades brasileiras podem proporcionar no âmbito da saúde e da sociedade, uma vez que há relação com a melhoria da qualidade de vida.

Neste estudo, objetiva-se analisar o processo formativo dos profissionais de Educação Física que atuam com grupos de práticas corporais com foco no envelhecimento ativo em Sobral, Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada no município de Sobral, localizado na região Noroeste do estado do Ceará, no período de março a novembro de 2019. Participaram da pesquisa nove profissionais graduados em Educação Física, egressos de instituições públicas e privadas, que atuavam nos grupos de práticas corporais das academias populares de saúde do referido município.

Para a obtenção e produção de informações, partiu-se da utilização de uma entrevista semiestruturada (gravada e, posteriormente, transcrita), aplicada aos profissionais de Educação Física (PEF), com a finalidade de conseguir dados sobre a formação destes e suas ações em grupos. A entrevista, por sua vez, visou extrair informações acerca da formação inicial dos PEF, identificando se estes possuem formação complementar (extensão, produção científica, dentre outros, na área de envelhecimento ativo ou afins) e compreender, na perspectiva dos PEF: a) conhecimentos na área de envelhecimento ativo; b) qual relevância estes atribuem aos saberes relacionados ao envelhecimento ativo na formação inicial dos PEF; c) se identificam a inserção de conteúdos acerca do envelhecimento ativo nas ações dos grupos de práticas corporais; e d) se possuem alguma proposta de como os valores preconizados

pela Política Nacional de Envelhecimento Saudável podem estar presentes na sua formação e/ou futura prática profissional.

Os participantes assinaram devidamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados foram resguardados e mantidos em total sigilo, preservando, desse modo, a identidade dos participantes. A fim de respeitar o sigilo e o anonimato, os entrevistados foram denominados de "PEF" e enumerados com algarismos arábicos conforme sequência de entrevistas: PEF 01 a PEF 09.

Os dados foram submetidos à análise das entrevistas por meio de análise de conteúdo⁵, que visa enumerar ou medir os eventos estudados, e não é dependente de um instrumental estatístico, no entanto, parte de questões de interesses amplos que tendem a se definir à medida que a pesquisa se desenvolve.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, por meio do Parecer Consubstanciado do CEP n.º 3.458.615 e CAAE n.º 14743619.2.0000.5534, cumprindo todos os preceitos éticos e legais da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados coletados, estabeleceram-se as seguintes categorias: a) Perfil dos profissionais de Educação Física; b) Formação profissional em Educação Física; c) Envelhecimento ativo e práticas corporais: experiências nos cenários de atuação profissional.

Perfil dos profissionais de Educação Física

Participaram da pesquisa nove profissionais graduados em Educação Física. A faixa etária dos entrevistados diversificou-se entre 20 e 31 anos. Dos nove profissionais, cinco eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Quanto à Instituição de Ensino, oito deles eram egressos do curso de uma Instituição de Ensino Superior pública e um egresso de uma Instituição de Ensino Superior privada. Todos possuíam pós-graduação, sendo dois na modalidade licenciatura, dois na modalidade bacharelado e três na modalidade plena. Quanto ao contexto de atuação profissional anterior ao trabalho com a temática envelhecimento ativo, um atuava na rede de educação de nível fundamental e oito atuavam em

outras áreas.

Desse modo, constatou-se que, dentre as três modalidades acadêmicas, o bacharelado detém maior percentual de egressos que atuam na área da saúde pública e que as predominâncias dos egressos são de origem da universidade pública, todos com nível de especialização e suas ocupações anteriores eram em outras áreas de atuação da categoria.

Formação profissional em Educação Física

Segundo os PEF, a formação em licenciatura e bacharelado desconsidera algumas das disciplinas e conteúdos que fundamentam a inserção dos mesmos no chamado “mercado de trabalho”, uma vez que não os prepara para a atuação nos diversos espaços, muito menos na Saúde Coletiva, como evidenciam nas falas:

Na minha graduação, não foi ofertada nenhuma disciplina sobre saúde pública. Minha primeira experiência foi através do PET-saúde e, após, fiz cursos voltados à área e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PEF 01).

Não tive nenhuma disciplina na Universidade, assim como nenhuma vivência na saúde pública, fui aprendendo no dia a dia (PEF 02).

A Educação Física é reconhecida como profissão da saúde por meio da Resolução n.º 218 de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁷. Entretanto, a formação profissional em Educação Física ainda possui limites e lacunas: conhecimento interdisciplinar; trabalho em equipe multidisciplinar; diálogo com outros campos do conhecimento; mudanças nas matrizes curriculares⁸.

Por anos, a educação física, sendo uma área da saúde, esteve influenciada pelo modelo biomédico no qual se originaram práticas mecanicistas, biologizadas, segregacionistas e seletivas que visavam um corpo desprovido do seu caráter social⁹. Por vezes, ela foi usada para disciplinar ou como recreação para a ocupação do tempo livre, na tentativa de docilizar e normatizar os corpos utilizando padrões de homogeneização que não consideram a singularidade humana¹⁰.

Ratificando a fala dos entrevistados, para Palhoni¹¹, a formação em saúde precisa estar orientada

para as necessidades em saúde. Às vezes, ressalta-se o quantitativo de consultas para o alcance de metas em saúde, sem levar em consideração o significado que um determinado atendimento profissional teve para aquela pessoa.

Ainda corroborando as falas anteriores, os profissionais relataram que, em suas formações, não tinham preparo para a atuação na Saúde Coletiva.

Na época da minha graduação, não tivemos nenhuma preparação para atuar no campo da saúde pública, mas houve uma grande mudança na matriz curricular que inseriu disciplinas e estágios na Saúde Coletiva (PEF 04).

No ano de 2018, a Resolução CNE/CES n.º 6 trouxe mudanças para a formação em Educação Física, definindo que para o curso de bacharelado sejam contemplados conteúdos referentes ao campo de atuação em saúde. Assim, espera-se que o SUS e a Saúde Coletiva não estejam apenas em disciplinas optativas ou projetos eventuais, mas que componham a grade curricular obrigatória; todavia, vale pontuar que o curso de licenciatura não compreende essa inclusão para a formação em saúde¹².

Para romper com os moldes tradicionais baseados apenas em conhecimentos técnicos-procedimentais e prescritivos, é preciso adequar-se às Diretrizes Curriculares Nacionais, e é necessária também uma nova organização do currículo na saúde. Nesse contexto, a formação profissional de saúde pode ser considerada um desafio. Para atender a essas novas necessidades, os espaços de formação precisam ser democráticos, abertos a debates, soluções, reflexões e sistematização de sua própria experiência¹³.

Os modelos de formação dos profissionais de Educação Física vigentes nos cursos de licenciatura e bacharelado estão necessitando de novos rumos a serem delineados a partir de conhecimentos construídos por meio da pesquisa. Em consonância, temos estas narrativas:

A formação em Educação Física é muito limitada, no tocante no campo da saúde pública com relação à matriz curricular da universidade. Particularmente, tenho uma formação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família que foi de extrema importância para minha atuação (PEF 08).

Na minha grade curricular não havia a disciplina Saúde Pública, mas participei de um Projeto de Extensão na Faculdade voltado para o público idoso, onde pude ganhar experiência para trabalhar com esse público (PEF 09).

Percebe-se que há uma limitação na formação inicial (graduação) dos profissionais de Educação Física. A reestruturação do Projeto Pedagógico Curricular (PPC), com um direcionamento mais específico das disciplinas e conteúdos para a formação do PEF, capacitando-o para atuar na área da saúde, significa uma transformação nas práticas futuras dos acadêmicos. As instituições precisam disponibilizar, em suas matrizes curriculares, mais disciplinas que tratem de saúde pública, de políticas públicas e do trabalho multiprofissional, para agregar mais conhecimento e maiores competências aos futuros profissionais¹⁴.

É fundamental que a academia busque preparar os profissionais que atuarão a seguir para a reflexão crítica de seus saberes, de suas práticas, do seu entorno e das relações sociais postas¹⁵.

Envelhecimento ativo e práticas corporais: experiências nos cenários de atuação profissional

Os entrevistados citam a importância das práticas corporais, seu embasamento teórico e qual a fundamentação para utilizá-las durante as práticas.

As vivências voltadas ao público em processo de envelhecimento têm início em minha trajetória desde a graduação. Na Secretaria de Esportes de Sobral, participei enquanto estagiária de um programa voltado à promoção das práticas corporais na comunidade, ofertando atividades como: alongamento, recreação, ginástica aeróbica e localizada, jogos e brincadeiras populares (PEF 07).

Sendo o envelhecimento um fenômeno universal e um processo multifatorial que acomete de maneira diferenciada todos os indivíduos, faz-se necessário que, no Brasil, os gestores dos serviços de Atenção Primária, bem como a equipe de saúde, conheçam a realidade sanitária dessa população¹⁶. Em equivalência

ao fenômeno biológico de envelhecimento, surgem novas variáveis capazes de intervir e aumentar não só a expectativa de vida, mas a qualidade de vida. Tal condição é adquirida por meio do envelhecimento ativo¹⁷.

A preocupação com a formação de profissionais na área da Educação Física com conhecimentos em envelhecimento ativo já é uma realidade. Nos cursos de Educação Física das universidades brasileiras, públicas e privadas, o interesse pelo tema envelhecimento ativo tem se constituído em objeto de análise que tem favorecido as práticas profissionais, cada vez mais recorrentes¹⁸. Ainda sobre o desenvolvimento das práticas corporais, os entrevistados afirmam que elas são desenvolvidas conforme a necessidade do público-alvo e isso implica em avaliar o grau de limitação que o idoso apresenta, como a redução de força, massa muscular e equilíbrio. Dessa forma, cabe o preparo de atividade e exercícios adaptados às condições encontradas para reverter-las ou reduzi-las¹⁹.

Na cidade de Sobral-CE, foram implantadas as Práticas Corporais como via de intervenção dos profissionais de Educação Física na Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre as estratégias de práticas corporais e atividade física desenvolvidas sistematicamente nos territórios da ESF, destacam-se a caminhada, a ginástica comunitária e o grupo de convivência (lazer). Essas estratégias têm potencializado a transformação do modelo de atenção à saúde, com ampliação de ambientes de cuidado e de intervenção de profissionais de Educação Física em parceria com os demais membros das equipes²⁰.

Tais práticas são desenvolvidas a partir das especificidades dos grupos e da situação dos territórios, que se diferenciam em consequência das condições locais, como espaços físicos, articulação comunitária, perfil epidemiológico e atuação dos PEF, com o apoio das equipes e da comunidade em geral²¹.

A apropriação do conhecimento das práticas corporais apresenta-se como um elemento fundamental para a atuação do profissional, quando descrevem acontecimentos a partir do uso dessa tecnologia pedagógica em saúde, no cenário de práticas da categoria, conforme pode-se observar na fala a seguir:

Os grupos de práticas corporais é uma ferramenta de muita relevância como estratégias de promoção de saúde e do

autocuidado apoiado dos usuários do SUS. É um espaço bastante rico sobre vários aspectos, como, por exemplo, empoderamento, de consciência corporal, de se permitir ao novo, onde são realizados no próprio território, dando uma sensação de pertencimento do espaço onde vive (PEF 08).

A utilização dessa ferramenta pedagógica pelo PEF é de fundamental importância na consolidação do seu papel perante a sociedade, aprimorando a condição de saúde dos usuários dos serviços da ESF, possibilitando, de acordo com as características locais, uma melhor adaptação às ações de proteção, prevenção e promoção da saúde, com orientações sobre um estilo de vida e envelhecimento saudáveis²¹.

A partir dessa perspectiva, compreendem-se as atividades físicas/práticas corporais, não como um acúmulo de tempo e gasto calórico durante o dia e suas contribuições à saúde física, e sim como uma atuação pedagógica que promove a organização do tempo dos usuários em parceria com os demais profissionais de saúde na realização de encontros para os cuidados com a saúde, primando pela qualidade das relações na construção de vínculos e de pessoas mais sábias e saudáveis, unindo atividade física e boa alimentação.

Nesse sentido, outra experiência bem-sucedida pelos PEF constitui-se na organização das atividades na saúde mental. O Serviço de Saúde Mental na Atenção Primária tem características particulares e requer um conjunto de profissionais com campos de saberes diversos para identificar a demanda, diagnosticar, avaliar, compartilhar saberes e práticas para o acompanhamento e cuidados com as pessoas que convivem com sofrimentos mentais.

Com relação ao conhecimento relacionado ao processo de organização dos cenários para intervenção da Educação Física na Saúde Mental, o PEF 06 argumenta:

Os grupos de práticas corporais têm um papel importante na vida dos participantes, pois ajudam na promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, além de agir nos aspectos físicos e psicológicos, contribuindo na melhoria da saúde mental (PEF 06).

É a partir dos planos de cuidados pactuados entre

a equipe multiprofissional e usuários que o PEF colabora na articulação da rede de práticas corporais do território, nas visitas domiciliares e estimula a recreação com enfoque terapêutico²².

CONCLUSÃO

A realização deste estudo revelou a existência de desafios para a formação do profissional de Educação Física como atuante na área da saúde. Desafios esses que perpassam por um maior reconhecimento da profissão na área da saúde e possibilidades de uma formação mais consistente com o desenvolvimento das competências necessárias para uma melhor atuação.

Os resultados da pesquisa apontam uma série de situações em que os profissionais de Educação Física relataram que a base da construção de suas metodologias deu-se após a graduação e que as disciplinas relacionadas à Saúde Coletiva foram pouco relevantes ou inexistentes. Percebe-se também que existe a necessidade de investigar se há, de fato, subsídios teórico-práticos que justifiquem o reconhecimento da Educação Física como profissão da área da saúde, e se realmente estamos no melhor caminho para a expansão e divulgação dessa categoria profissional.

Dessa forma, espera-se que o desenvolvimento desta pesquisa possa colaborar na reflexão a respeito da formação dos PEF no que diz respeito às suas práticas e à influência que uma base bem fundamentada acarreta no curso e desenvolvimento da vida profissional.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francisco Cavalcante de Alcântara e **Antonio Germane Alves Pinto** contribuíram com o delineamento do estudo, realização da pesquisa, redação e revisão crítica do manuscrito. **Ednana Alves Arraes** contribuiu com a redação, revisão crítica e formatação do manuscrito. **Cleide Carneiro**, **Heraldo Simões Ferreira** e **Maria do Socorro de Sousa** contribuíram com a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Bidel RMR. Envelhecimento ativo na concepção de um grupo de enfermeiros. Rev Kairós Gerontol [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Aug 20]; 19(22):207-25. Available from: <https://www.Downloads\Documents\32627-Texto do>

[artigo-87988-1-10-20170422.pdf](#)

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População (revisão 2018) [homepage on the internet]. Rio de Janeiro, 25 jul. 2018 [cited 2019 Aug 20]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.ht>
3. Menezes JNR, Tomaz BS, Pontes VF, Belchior LD. A autopercepção de idosos sobre o processo de envelhecimento. *Estud interdiscipl envelhec* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Aug 20]; 21(1):135-48. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-868953>
4. Brasil. Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, artigo 22, destaca a inclusão de conteúdos e disciplinas nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal sobre o processo de envelhecimento, 2003. Brasília, DF; 2003.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF; 2012.
7. Brasil. Resolução n. 218, de 6 de março de 1997. Reconhecimento de profissionais de saúde de nível superior. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 maio 1997.
8. Oliveira RC, Andrade DR. Formação profissional em Educação Física para o Setor da Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais. *Pensar a Prática* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Aug 20]; 19(4):721-33. Available from: <https://revistas.ufg.br/fef/article/view/42255>
9. Nascimento PMM, Oliveira MRR. Perspectivas e possibilidades para a renovação da formação profissional em educação física no campo da saúde. *Pensar a prática* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Aug 20]; 19(1). Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/36253>
10. Gomes TC. A atuação do/a assistente social em uma instituição de longa permanência para idosos/as [monografia]. Fortaleza: Centro de Ensino Superior do Ceará Faculdade Cearense; 2013. 83 p.
11. Palhoni, A. R. G. Teoria sobre atenção às necessidades em saúde: um olhar sensível para além da doença. 2018. [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilatel Brasil 2017* [document on the internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Aug 20]. Available from: https://www.Downloads\Documents\vigilancia_doencas_agravos_nao_transmissiveis_promocao_saude.pdf
13. Silva FC, Iop R, Arancibia BA, Gutierrez Filho B, Silva R, Machado MO, et al. Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. *J Sport Psychol* [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Aug 20]; 26(1):13-25. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235149687002.pdf>
14. Tavares NS, Wittizorecki ES, Molina Neto V. Representações de estudantes ingressantes na ESEF/UFRGS sobre a formação inicial em Educação Física. *Cad Educação Física e Esporte* [serial on the internet]. 2014 [cited 2019 Aug 20]; 12(2):39-51. Available from: <http://wwwrbceonline.org.br/pt--re-investimento-na-integralidade-da-formao-articulo-S0101328915001390>
15. Rocha JCS, Nascimento JV. (Re)investimento na integralidade da formação do licenciado em educação física. *Rev Bras Ciênc Esporte* [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Aug 20]; 39(1). Available from: <http://wwwrbceonline.org.br/pt--re-investimento-na-integralidade-da-formao-articulo-S0101328915001390>
16. Banzatto S, Alves AGRC, Silva CM, Viana MO, Freitas IM, Menezes JN. Psicomotricidade em idosos institucionalizados. *Rev Bras Prom Saúde* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Aug 20]; 28(1):119:25. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3263/pdf>
17. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2015.
18. Marques MCMP, Mendes FRP, Serra ICC. Estilos de vida: representações sociais construídas por doentes com infarto do miocárdio e familiares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 38(2). doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62593>
19. Pereira RA, Souza RAA, Vale GS. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Cient Fac Educ e Meio Ambiente* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 May 28]; 6(1):99-108. Available from: <https://revista.faema.edu.br/ind ex.php/Revista-FAEMA/article/view/322>
20. Mendes VM, Carvalho IM. Práticas corporais e clínica ampliada. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
21. Andrade DR, Oliveira RC. Formação profissional

em Educação Física para o setor da saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais. Pensar a Prática [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Aug 20]; 16(4):722-33. Available from: <https://revistas.ufg.br/fef/article/view/42255>.

22. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Souza JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. Ciênc saúde colet [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Aug 20]; 20(6):1763-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601763&lng=en&nr



LENTE DOS VALORES E PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE SOBRE A COVID-19

LENSES OF VALUES AND PRINCIPLES FOR HEALTH PROMOTION REGARDING COVID-19

LENTE DE LOS VALORES Y PRINCIPIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD ACERCA DEL COVID-19

Maria Socorro de Araújo Dias ¹**Como Citar:**

Dias MSA. Lentes dos valores e princípios da promoção da saúde sobre a covid-19. Sanare (Sobral, Online). 2021; 20(2):72-78.

Descritores:

Promoção da Saúde; Pandemias; covid-19.

Descriptors:

Health promotion; Pandemics; Covid-19.

Descriptores:

Promoción de la Salud; Pandemias; covid-19.

Submetido:

17/09/2021

Aprovado:

17/11/2021

Autor(a) para Correspondência:

Maria Socorro de Araújo Dias
Universidade Estadual Vale do Acaraú
Rua Maestro José Pedro, 170 –
Centro, Sobral – CE, 62010-260
E-mail: socorroad@gmail.com

RESUMO

Este ensaio teórico desenvolve um argumento: os valores e princípios da promoção da saúde demarcados na Política Nacional de Promoção da Saúde e sua pertinência para um agir ético-político apresentam potencial contributivo para a indução e implementação de medidas de proteção social por meio de políticas públicas, de produção de saberes e práticas com participação da sociedade civil, que visam colaborar na efetivação e na tomada de decisão em saúde ancoradas no reconhecimento dos múltiplos determinantes do processo de produção de saúde e de vida, com efeitos no contexto pandêmico da covid-19 e de seus desdobramentos no curso do pós-pandemia.

1. Enfermeira. Doutora em Enfermagem, com Pós-doutoramento em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: socorroad@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7813-547X>.

ABSTRACT

This theoretical essay develops an argument: the values and principles for health promotion outlined in the National Policy for Health Promotion, and their relevance to an ethical-political act, have the potential to contribute in inducing and implementing social protection measures by means of public policies, for the production of knowledge and practices with the participation of civil society, which aim to collaborate in realizing and making health-related decisions, based on the recognition of the multiple determinants of the life and health production process, with effects in the pandemic context of covid-19 and its consequences in the post-pandemic course.

RESUMEN

Este ensayo teórico desarrolla un argumento: los valores y principios de la promoción de la salud demarcados en la Política Nacional de Promoción de la Salud y su relevancia para un actuar ético-política presentan potencial de contribución a la inducción e implementación de medidas de protección social a través de políticas públicas, de producción de saberes y prácticas con participación de la sociedad civil que tienen como objetivo colaborar en la implementación y tomada de decisiones en salud, anclado en el reconocimiento de los múltiples determinantes del proceso de producción de vida y salud con efectos en el contexto pandémico de COVID-19 y su evolución en el curso de la postpandemia.

INTRODUÇÃO

Na história moderna, nenhuma outra situação de saúde teve tanto impacto mundial e desafiou cosmovisões de sociedade saudável como a vivenciada pela covid-19¹. O mundo vive a maior crise sanitária deste século. Alinhada a esta, tem-se o reconhecimento de uma conjuntura política e econômica ancorada na defesa intransigente do capital que acentua políticas de austeridade e exacerba as desigualdades sociais. Este contexto requer mobilidade de todos para a adoção e/ou reinvenção de valores na tomada de decisões socialmente responsáveis.

Uma crise sanitária produz repercussões em escala global e tem como consequências imediatas a perda de vidas ou o agravamento de condições de adoecimento prévio. Ademais, agravam-se os impactos não somente de cunho epidemiológico, há evidências de crescentes repercussões políticas, econômicas e sociais na vida humana. Pessoas e comunidades padecem com os efeitos da covid-19.

A pandemia ocasionada pelo SARS-CoV-2 mostrou que os avanços na luta contra a pobreza e a fome são insuficientes, acentuou a visibilidade da intrínseca relação corpo-mente e desnudou o potencial maléfico, multideterminado e determinante das desigualdades sociais na vida em sociedade.

O enfrentamento da covid-19 e de suas repercussões requer dos governantes tomar medidas urgentes e corajosas². Além disso, fazem-se necessários sólidos embasamentos científicos e diretrizes operacionais que subsidiem o desenvolvimento de ações

impostergáveis para melhor lidar com os múltiplos desafios originados ou potencializados por esta pandemia, para os quais a promoção da saúde tem acúmulo para induzir e produzir respostas “por meio de uma abordagem integrativa”¹.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2006, passou por processo de atualização em 2014. Nesta, a conceitualização de Promoção da Saúde se vincula coerentemente ao conceito ampliado de saúde e sinaliza que sua materialização dar-se-á por meio de estratégias para a produção de saúde individual e coletiva, a partir de articulações e cooperações intra e intersectorial, pela formação de redes de atenção à saúde e de proteção social. Enfatiza ainda a necessária participação social neste processo^{3,4}.

Ademais, apresenta valores e princípios indutores para o campo de práticas da promoção da saúde. Estes fundam-se na premissa máxima de defesa da saúde e da vida, reconhecendo o processo de subjetivação de pessoas e coletivos⁴.

Com base nessas considerações iniciais, admite-se, neste ensaio, que os princípios e valores da promoção da saúde expressos na PNPS apresentam potencial indutor para a formulação e implementação de políticas públicas para o enfrentamento das desigualdades potencializadas e desnudadas no contexto da covid-19 e seus efeitos previsíveis no curso do pós-pandemia.

Política e Saúde: é possível dissociá-las?

A pandemia de covid-19 sugere que não. Aliás,

essa máxima – associação entre política e saúde – já é reconhecida. Portanto, a premissa verdadeira é: não podemos dissociar a saúde da política. É na sinergia entre política e saúde ou na ausência dela que se instauram em maior ou menor proporção os efeitos na saúde pública. Similarmente, políticas públicas podem ser intensamente afetadas por eventos adversos na saúde.

A crise econômica global foi profundamente intensificada pela circulação do SARS-CoV-2, as taxas de desemprego aumentaram e a insegurança social se instaurou. Contudo, é preciso reconhecer que “as pandemias raramente afetam todas as pessoas de maneira uniforme”⁵. As taxas de mortalidade são desproporcionais entre os extratos sociais, afetando acentuadamente os pobres e os desfavorecidos. Mitigar os efeitos devastadores da atual pandemia requer tomar em consideração o impacto dos determinantes sociais da saúde e reconhecer a necessidade de políticas intersetoriais coordenadas.

No Brasil, a crise sanitária se conjugou às crises política e econômica. É no contexto desta tríade que, em fevereiro de 2020, o Brasil teve seu primeiro caso confirmado. Sete meses depois, o país registrou, oficialmente, 4.624.885 casos e 138.997 óbitos (em 23 de setembro de 2020)⁶. Em uma análise espacial entre as unidades federativas, todos os 23 estados e o Distrito Federal registraram indicadores que denotam a acentuação da doença em nosso país, embora com variação temporal nas curvas epidemiológicas.

Marcada por antecedentes históricos de pobreza estrutural indutora de desigualdades sociais, a população brasileira tem enfrentado os efeitos consideráveis destes nos indicadores epidemiológicos relativos à covid-19 e em suas repercussões socioeconômicas e culturais. Concernente a este pensamento, autores⁷ advertem que embora tenha sido atribuído à pandemia em curso um efeito equalizador ao requerer de todos medidas de distanciamento físico, ficou evidente que os determinantes sociais da saúde acentuam profunda e desigualmente a morbidade e mortalidade relacionada à covid-19, sendo consistente esta associação.

No Brasil, o Plano Nacional de Enfrentamento à pandemia de covid-19, elaborado por um conjunto de organizações que atuam no campo da saúde, cunhou que os desafios para o enfrentamento da covid-19 no

país são mais contundentes dada a complexidade de grande desigualdade econômica e social. Outrossim, reconhece que o controle da pandemia e a redução dos seus impactos sociais e sanitários requerem políticas que priorizem as vidas com proteção social em detrimento dos lucros⁸.

Este país extremamente desigual dispõe de um sistema de saúde que tem em seu bojo os princípios da universalidade e da igualdade, lido por muitos sanitaristas como equidade. É o Sistema Único de Saúde (SUS) que busca, cotidianamente, responder, sistemicamente, da Atenção Primária à oferta de atenção à saúde em contexto hospitalar ultraespecializado, às conhecidas e novas necessidades de saúde da população.

No curso da pandemia, o SUS e suas políticas estão sob análise. Dentre estas, a PNPS. Em evento organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva, por meio do Projeto Ágora, foram discutidas “As contribuições do campo da Promoção da Saúde para o enfrentamento da pandemia”¹. Neste colóquio virtual, problematizou-se sobre as contribuições do campo da Promoção da Saúde para a pandemia e vice-versa. Acenou-se à convergência e pertinência da promoção da saúde enquanto referencial teórico-metodológico e, no caso brasileiro, como política pública para a análise meticulosa das repercussões da pandemia de covid-19 e de suas consequências, partindo-se do entendimento de que a pandemia não é problema exclusivo do setor saúde, e sim de toda a esfera governamental, incluindo a econômica, e da sociedade em sua pluralidade. O debate também foi permeado pela afirmação da necessidade de sustentabilidade do SUS como política de Estado, inclusiva e universal.

Ademais, Marcos Akerman abordou a necessidade de engajamento da população e de uma boa governança como postura política para não deixar “o cavalo de Tróia invadir”. Regiane Rezende apregoou que “a geografia da desigualdade se acentua cada vez” no contexto da pandemia e que é necessário por em cena os ensinamentos da Promoção da Saúde; Samuel Moyses advertiu para as consequências do ato humano, por vezes predatório, e que conduzem a tragédias humanas, para as quais a promoção da saúde tem discutido e apontado caminhos. Socorro Dias afirmou que: “A promoção da saúde tem muito a dizer para o enfrentamento da pandemia causada

1. Colóquio realizado em 18 de junho de 2020, que contou com a participação dos professores Marco Akerman (ESP-USP), Regiane Rezende (OPAS/OMS), Samuel Moyses (PUC PR) e Socorro Dias (UVA/ESP-VS), coordenado por Dais Rocha (UNB). Todos os integrantes do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (GTPSD-ABRASCO).

pelo novo coronavírus, porque produziu, desnudou e anuncia várias estratégias que visam à garantia da saúde e da vida como direito supremo”. E indicou a defesa “quase intransigente” de sistemas de saúde universais e equânimes como reafirmação da saúde enquanto direito, admitindo ser inconcebível fazer a travessia da pandemia de covid-19 sem a presença do SUS⁹.

Estatísticas realçaram os efeitos consideráveis dos determinantes sociais como indutores de maior exposição ao vírus, atestados por estudos que demonstram que a taxa de infecção de covid-19 chega a ser três vezes maior em condados negros e/ou pobres do que em brancos. Quando se refere à mortalidade, a taxa passa a ser mais expressiva, alcançando seis vezes mais⁷.

Do exposto, deduz-se que a produção de saúde é multideterminada, requer ação política coordenada das várias instâncias de saberes e atuação e que essa associação está mais aclarada diante da pandemia. Outrossim, visualiza-se que a PNPS assume em seu texto essa compreensão e que tem o potencial de, enquanto política, por essência transversal às demais políticas, orientar e instrumentalizar processos e práticas que sejam convergentes com a defesa da vida, com o agir pautado na equidade e guiado pela busca da superação das desigualdades.

Valores e princípios da Promoção da Saúde: Caixa de Ferramenta para mitigar iniquidades acentuadas pela covid-19

Consideram-se como valores basilares da promoção da saúde: a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social⁴. Numa sociedade historicamente marcada pelo predomínio da exclusão social, potencializada por interesses individuais traduzidos em competitividade, o exercício da solicitude para com o outro, da repartição equitativa e da justiça com vistas à garantia de acesso aos benefícios da vida para todos, orientados para a redução das iniquidades, é um desafio a ser superado. Desafio este que se apresentou ainda mais expressivo no decorrer da pandemia.

O curso da pandemia de covid-19 registrou, no Brasil, a luta pelo acesso à atenção à saúde especializada. Popularizou-se o termo “respirador” como dispositivo essencial à vida, e assim o é quando a condição clínica requer, a exemplo de muitos

casos vividos por brasileiros – e no mundo inteiro. Entretanto, não parece ter sopesado o acesso, também, a insumos básicos para a manutenção mínima de um estado de higidez; visto que as recomendações necessárias para o contingenciamento do vírus requeriam como estratégia de mitigação do SARS-CoV-2 o confinamento domiciliar, difícil de ser aderido por razões relativas às condições de moradias compartilhadas por mais de uma família, área física reduzida, urgência em se manter em atividades – ainda quando não desejada e não permitida, além da população que vive em situação de rua. Abrams e Szeffler⁷ reconhecem que os efeitos da pandemia de covid-19 permitiram lançar luz sobre as disparidades presentes nas sociedades contemporâneas, a exemplo dessas mencionadas.

É fato, porém, que se presenciou um apelo ao exercício da solidariedade e foram registrados muitos movimentos nessa procura. Situações que mobilizaram pessoas da comunidade e grandes empresas. Ousa-se dizer que, em história recente, não se reconhecem movimentos similares; o que não o torna suficiente, porém, denota uma chama acesa a aclarar esse valor nas relações humanas. Contudo, com os movimentos de retomadas das atividades “cotidianas”, os sinais aclarados por alguns para o exercício dessa solicitude humana parecem desvairar. Solidariedade é grafada na PNPS como “razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergência ou dificuldades”⁴. Definição que expressa em sua intencionalidade plena pertinência à experiência da pandemia em curso, mas que não pode limitar-se a esta. Ademais, há uma falsa sinalização de fim da pandemia, e torna-se importante elucidar que esta não finalizará com a diminuição ou ausência da circulação do vírus, pois suas consequências sociais perdurarão por período indefinido.

Outrossim, faz-se mister tencionar como esses valores expressos na PNPS são incorporados nas políticas públicas e na formação de cidadãos. A exemplo da solidariedade, a justiça e inclusão social, a corresponsabilização e o agir ético pressupõem condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, pautadas para o bem comum. Valores expressos na PNPS e que devem ser requeridos aos tomadores de decisões e, em especial, acionados pelos gestores no decorrer da pandemia, orientando uma postura de liderança ativa com capacidade de agregar instituições, pessoas e processos com vistas a mitigar os danos

desta emergência sanitária. Sucede, no entanto, que foram presenciadas posturas díspares, gestores que se posicionaram e agiram na defesa intransigente da vida, diante do dilema da manutenção do isolamento como estratégia de controle da disseminação do vírus e proteção à vida. E outros que subestimaram as consequências e indicadores epidemiológicos e se posicionaram favoráveis à reabertura da economia, com posturas, muitas vezes, que revelavam a normalização da morte e negacionismo da ciência. O Estado não pode negligenciar o seu papel.

O coletivo de associações na Frente pela Vida, ao sistematizar o Plano Nacional de Enfrentamento da pandemia de covid-19⁸, cunhou a necessidade de descolonizar este modo de pensar e de agir com fulcro na supremacia patriarcal e capitalista e avançar para a construção de novas narrativas com valorização da Ciência e de outros conhecimentos produzidos por experiências e linguagens advindas dos movimentos sociais. Ademais, é requerido do Estado o protagonismo no enfrentamento do controle e consequências oriundas ou agravadas pela pandemia.

Em recente editorial, Buss e Belfort Jr.¹⁰ reconhecem a importância do auxílio emergencial, enquanto estratégia em curto prazo, por parte do Estado brasileiro, como medida que proporcionou alívio às pessoas mais despossuídas. Outrossim, advertem a urgência de adoção de medidas perenes de proteção social como atitude política para que a população brasileira não decline vertiginosamente em sua qualidade de vida e bem-estar, com riscos para as atuais e futuras gerações.

E esta é uma mensagem da promoção da saúde, ao se posicionar na defesa da vida, do ecossistema, na desnaturalização das desigualdades e integração de políticas para a potencialização de ações mais incluídas e dirigidas, sobretudo para a população mais vulnerável. Isso posto, remete-se aos princípios assumidos pela PNPS: equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade⁴. Esses princípios são âncoras para políticas públicas mais efetivas, justas e igualitárias, com potencial responsivo ao enfrentamento das desigualdades estruturais presentes na sociedade brasileira.

Estudos alertam para a acentuação das desigualdades no período pós-pandemia de covid-19. No contexto nacional, esse alerta ganha mais força diante da combinação de crises: econômica,

sanitária e política. Além disso, é necessário reconhecer a pobreza estrutural que existe no Brasil alinhada à alta concentração de renda em um pequeno grupo. O Plano Nacional de Enfrentamento à covid-19⁸ registra o desafio de busca de soluções integradoras diante dos problemas complexos desencadeados/agravados pela pandemia e visualiza a intertransdisciplinaridade e participação coletiva como vias de superação. Portanto, é mister considerar os princípios aqui registrados na estruturação de políticas públicas que visem uma adequada proteção social com vistas à superação das desigualdades e respeito às singularidades.

O foco no território, na comunidade, nas pessoas, permite reconhecer que as vulnerabilidades sociais estão mais presentes nas periferias geográficas e/ou sociais e, nesta senda, dirigir o apoio às populações mais vulneráveis e assegurar a equidade. Mas é preciso atentar-se para que esse agir não reforce as desigualdades; desse modo, é importante lembrar que determinadas formas de cuidar e comunicar podem ser excludentes. No curso da pandemia, pode-se até mencionar que não faltam informações sobre medidas protetivas, mas como essas informações são traduzidas de modo a alcançar diferentes comunidades, diferentes territórios? Como se dá a tradução do conhecimento? Com quem e como compartilhamos nossos saberes? Como a população tem participado?

Estratégias de comunicação em saúde para mobilizar as comunidades à participação mais ativa requer incorporação de diversas linguagens e abordagens de temas que percorram, no escopo da pandemia, tanto medidas de prevenção do contato com o vírus quanto o aumento da resiliência individual e social. É imperativo ampliar as formas de tradução do conhecimento e reconhecer que desigualdades sinalizam para a não uniformização de ações. Ampliar as linguagens é perpassar pelas diversas atividades humanas, imaginativas, emotivas, lógicas ou científicas, conforme já anunciado no Plano Nacional de Enfrentamento à covid-19⁸.

Quando as pessoas entendem a dinâmica do contágio, as vias de transmissão, as medidas adotadas e seus benefícios, tendem a aumentar a adesão e o sentimento de copartícipes e, dessa forma, lidar melhor com a situação. Assim, a abordagem orientada pela comunicação comunitária é necessária para favorecer a escuta e a vocalização de todos, envolvendo-os no planejamento, na

execução, reconhecendo os resultados e impactos. A comunicação comunitária baseia-se nos princípios da comunicação popular e caracteriza-se por trabalhar de forma orgânica em âmbito local, mobilizando a participação na transformação do cotidiano das comunidades e grupos populares¹¹.

Uma outra situação que tem permeado a pandemia é o distanciamento físico, apregoadado como “social”, com consequente diminuição de contato e manifestação de afetos físicos, gerando em muitos problemas relacionados à saúde mental. Implantação de intervenções direcionadas para reduzir as situações estressoras advindas ou agravadas por este distanciamento são necessárias. Entende-se que uma rede de apoio socioprofissional se constitui em estratégia importante para a efetivação da atenção oportuna e resolutive, particularmente quando se consideram as vozes da periferia, historicamente caladas pelo capitalismo. Dito isso, são requeridos princípios, tais como a intersetorialidade e a interprofissionalidade para a superação da fragmentação do cuidado e para que seja assegurada a equidade.

A intersetorialidade e a interprofissionalidade são importantes aliadas no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nas condições de vida das pessoas e das comunidades; oportunizam articulação de saberes e vivências, induzem práticas colaborativas, criação de canais para a intervenção nas situações-problema que afligem as comunidades e ainda têm maiores chances de obter resultados satisfatórios e sustentáveis em esfera local^{12,13}. O exposto reforça a perspectiva de que a Promoção da Saúde não se constitui fim em si mesma, mas fundamentalmente se faz presente nos meios, mediada por seus valores e princípios, e isso inclui a forma como as ações são planejadas e executadas¹⁴.

A incorporação do conjunto dos princípios aqui mencionados na orientação de políticas e práticas convergirão para que as pessoas se desenvolvam com maior autonomia e participação nos seus modos de viver e promover sua saúde, colaborando para que estas experiências sejam mais sustentáveis e, consequentemente, produzam respostas mais perenes e equânimes para a redução das desigualdades e efetivação de respostas do Estado e da sociedade.

CAMINHOS A SEGUIR: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crise social, política, econômica e sanitária

desnudada pela covid-19 realça a necessidade de fortalecimento de sistemas públicos. No que concerne à saúde e ao Estado brasileiro, é requerido o fortalecimento do SUS como sistema público e universal de saúde, com base no reconhecimento da saúde como direito de cidadania, e integrado a outras políticas econômicas e sociais.

Nesta senda, é razoável reconhecer que o campo da Promoção da Saúde apresenta acúmulo com consistência teórica e metodológica para contribuir nas respostas ao enfrentamento da pandemia de covid-19. Estratégias estas que visem assegurar a garantia da vida e dos direitos, a superação das desigualdades, ampliação de cooperações inter e intrasetoriais, comunicação efetiva com a comunidade e trabalho em rede, movidos pelos sentidos e expressões da solidariedade, da justiça e da coesão social como experiências que permitam a (re)criação e ampliação do espaço social.

Adicionalmente, defende-se uma possível materialidade dos princípios e valores da Promoção da Saúde, convertendo-os, analogamente, em potente caixa de ferramentas para a tomada de decisão, que pode ser acionada no contexto imediato e mediato à pandemia, reconhecendo, entretanto, que a doença e seu entorno transpõem barreiras geográficas e métricas locais, haja vista que, apesar desta “universalidade”, viver o fenômeno da covid-19 é experiência singular, portanto, faz-se necessário pensar global e agir de forma situada.

A pandemia deixará fortes marcações. Transformá-las em vetores de mudança de valores e práticas pode ser uma oportunidade de sustentarmos a defesa e a prática da Promoção da Saúde.

CONTRIBUIÇÃO DA AUTORA

Maria Socorro de Araújo Dias contribuiu na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação e revisão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Saboga-Nunes L, Levin-Zamir D, Bittlingmayer U, Contu P, Oinheiro P, Ivassenko V, et al. A Health Promotion Focus on COVID-19: Keep the Trojan horse out of our health systems. Promote health for ALL in times of crisis and beyond! EUPHA-HP, IUHPE, UNESCO Chair Global Health & Education [document on the internet]; 2020 [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpenews/1366-covid19-health-promo>

2. Buss PM. A pandemia e a cooperação internacional em saúde. Blog da Saúde [homepage on the internet]; 2020 [cited 2020 Aug 12]. Disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/a-pandemia-e-a-cooperacao-internacional-em-saude/>
3. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde – PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
5. Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C, Stiglitz J. Why inequality could spread COVID-19. Lancet [serial on the internet]. Apr 2020 [cited 2020 Aug 12]; 5. Available from: www.thelancet.com/public-health
6. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the internet]. Painel Coronavírus [cited 2020 Sept 23]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
7. Abrams EM, Szefer SJ. COVID-19 and the impact of social determinants of health. Lancet [serial on the internet]. July 2020 [cited 2020 Aug 12]; 8. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30234-4/fulltext#back-bib1](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30234-4/fulltext#back-bib1)
8. Frente Pela Vida [homepage on the internet]. Plano Nacional de Enfrentamento da Covid-19 [cited 2020 Aug 18]; 2020. Available from: https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf
9. Ágora Abrasco [homepage on the internet]. As contribuições do campo da Promoção da Saúde para o enfrentamento da pandemia [cited 2020 Aug 17]; 2020. Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/agora-abrasco-as-contribuicoes-do-campo-da-promocao-da-saude-para-o-enfrentamento-da-pandemia/49559/>
10. Buss PM, Belfort Jr., editorial. Epidemia pela Covid-19: em tempos heterodoxos, medidas heterodoxas. An Acad Nac Med. 2020; 191(2):7-11.
11. Zanchett SA. Reflexões sobre comunicação popular e comunitária: Uma análise a partir das estratégias de comunicação de CPT/MS. Rev Passagens [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 Sept 22]; 6(2):108-124. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/46155>
12. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersetorialidade e ESF: tudo ou quase nada a ver? Ciênc Saúde Colet. 2014; 19(11). doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11442014>
13. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab educ saúde [online]. 2020; 18(supl. 1). doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
14. Dias MSA, Oliveira IP, Silva LMS, Vasconcelos MIO, Machado AFAS, Forte FDS, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. Jan 2018 [cited 2020 Sept 25]; 23(1):103-114. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100103&lng=en&nrm=iso



NÃO HÁ MENTIRAS NEM VERDADES AQUI: REVISÃO NARRATIVA SOBRE A POPULAÇÃO BRASILEIRA EM SITUAÇÃO DE RUA

THERE ARE NO LIES OR TRUTHS HERE: NARRATIVE REVIEW ON THE BRAZILIAN POPULATION IN STREET SITUATION

NO HAY MENTIRAS TAMPOCO VERDADES AQUÍ: REVISIÓN NARRATIVA SOBRE LA POBLACIÓN BRASILEÑA EN SITUACIÓN DE CALLE

Larissa de Andrade Carmo ¹

Jhennifer de Souza Góis ²

Como Citar:

Carmo LA, Góis JS. Não há mentiras nem verdades aqui: revisão narrativa sobre a população brasileira em situação de rua. *Sanare (Sobral, Online)*. 2021; 20(2):79-87.

Descritores:

Pessoas em situação de rua; Política pública; Vulnerabilidade social; Revisão Sistemática.

Descriptors:

Homeless people; Public policy; Social vulnerability; Systematic review.

Descriptores:

Personas en situación de calle; Política pública; Vulnerabilidad social; Revisión Sistemática.

Submetido:

23/09/2020

Aprovado:

16/09/2021

Autor(a) para Correspondência:

Larissa de Andrade Carmo
Escola de Saúde Pública do Ceará
Endereço: Avenida B, 791 A. Prefeito Jose Walter. Fortaleza - Ceará
CEP: 60750-010
E-mail: lalajate@gmail.com

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi discutir sobre produções científicas que têm sido realizadas acerca das pessoas em situação de rua. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura por meio do levantamento bibliográfico no sítio eletrônico Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre junho e agosto de 2020. Doze publicações foram analisadas e organizadas em categorias para discutir três eixos temáticos: "Sinto muito, ela não mora mais aqui", no qual a população em situação de rua será caracterizada; "Olha o tumulto: Façam fila por favor", sobre as ações, o acesso e as políticas públicas; e "Não temos tempo a perder", voltado para a saúde mental e os Consultórios na Rua. Concluiu-se que os dados obtidos são genéricos, sendo necessário evidenciar essa lacuna e incentivar para que pesquisadores vejam a rua como fonte de relações e subjetividades que precisam ser examinadas e conhecidas, além de pressionar para que as políticas públicas direcionadas a essa população sejam implementadas com qualidade.

1. Graduada em Serviço Social. Especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade Residência Multiprofissional. Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: lalajate@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1590-6756>

2. Graduada em Serviço Social. Mestra em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. E-mail: jhennifergois@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0386-2939>

ABSTRACT

The objective of the research was to discuss scientific productions that have been carried out regarding people living in street situation. A narrative review of the literature was carried out by means of a bibliographic survey on the website Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), between June and August 2020. Twelve publications were analyzed and organized into categories to discuss three thematic axes: "I'm sorry she doesn't live here anymore", where the homeless population will be characterized; "Look at the commotion: line up, please", on actions, access, and public policies; and "We have no time to lose", focused on mental health and Street Clinics. We concluded that the data obtained were generic, and that it is necessary to highlight this gap and encourage researchers to see the street as a source of relationships and subjectivities that need to be examined and known. In addition to pressing for public policies aimed at this population to be implemented with quality.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue discutir acerca de producciones científicas que han sido realizadas sobre las personas en situación de calle. Fue realizada en una revisión narrativa de la literatura por medio del levantamiento bibliográfico en el sitio electrónico Biblioteca Virtual en Salud (BVS), entre junio y agosto de 2020. Doce publicaciones fueron analizadas y organizadas en categorías para discutir tres ejes temáticos: "Lo siento mucho, ella no vive aquí todavía", donde la población en situación de calle será caracterizada; "Mira el lío: hagan una cola, por favor", sobre las acciones, el acceso y las políticas públicas; y "No tenemos tiempo que perder", que se relaciona a la salud mental y los Consultorios en la Calle. Se concluye que los datos obtenidos son genéricos, siendo necesario evidenciar este vacío e incentivar para que investigadores vean la calle como fuente de relaciones de subjetividades que necesitan ser examinadas y conocidas. Además de presionar para que las políticas direccionadas a esa población sean implementadas con calidad.

.....

INTRODUÇÃO

Residentes da Saúde da Família e Comunidade do Programa da capital do estado do Ceará, no Nordeste brasileiro, foram encaminhados para a Unidade de Atenção Primária à Saúde localizada no bairro de Mucuripe. Este sendo um dos bairros da orla do município, conhecido por ser uma região de movimentação turística, embora seja um local em que há visualmente uma densa população em situação de rua.

Também era um dos pontos de acolhimento e abordagem do Projeto Corre Pra Vida, do Governo do Estado do Ceará, em que era oferecido em contêineres o acesso a chuveiros, sanitários e produtos de higiene, e funcionava como referência de apoio, com o suporte de uma equipe interdisciplinar e de redutores de danos, com os quais os residentes realizaram uma parceria em que organizavam atividades e acolhiam a população que era encaminhada pelos profissionais do projeto, permitindo a criação de um laço.

Dessa forma, durante o cotidiano, conhecemos algumas pessoas desse grupo que buscaram atendimento na Unidade Básica de Saúde e cada uma trouxe uma história de vida singular, mas todas tinham algo em comum: a rua. Uma palavra e lugar que deixou de ter um significado de movimento e

encontros, tornando-se um espaço que tornou esses sujeitos invisíveis, que os deixou sem esperanças e excluídos diante da sociedade¹.

De acordo com De Lucca², viver na rua é um sofrimento morno, ininterrupto e silencioso, contínuo e não verbalizado. Essa população é considerada um incômodo por ser uma resistente presença em via pública, sendo vista como vidas sem valor, incorrigíveis e inúteis para o mundo. A rua é local que não oferece garantias, apenas indeterminações, em que suas vidas estão expostas e abandonadas.

Até mesmo diante do Estado essas pessoas não eram alcançadas pelas políticas públicas, pois, durante longos períodos, foram negligenciadas e não se possuíam dados e informações o suficiente para que fosse realizado algum trabalho que pudesse fornecer respostas para os problemas que se apresentavam¹.

No Brasil, apenas no ano de 2009 ocorreu a construção do I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizado apenas em 71 municípios, e organizado pelo então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, após uma longa demanda por parte dos movimentos sociais. Essa ainda é a maior pesquisa realizada em âmbito nacional³.

Também em 2009, foi instituído pelo Decreto Presidencial n.º 7.053⁴ a Política Nacional para a População em Situação de Rua, reconhecendo, assim, sua existência para a sociedade e o Estado:

considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória⁴.

Após anos, em nosso país, ainda não existem dados oficiais sobre esse grupo, visto que os censos demográficos são realizados coletando dados nos domicílios. Em 2016, houve uma nova tentativa de se realizar uma estimativa, pois os números apresentados já não abrangiam a realidade daquele momento. Essa nova pesquisa foi realizada por intermédio dos dados fornecidos pelos próprios municípios, que retiravam esses números dos seus Censos dos serviços executados pela Assistência Social³.

Em 2020, realizou-se uma nova estimativa, dessa vez, além dos dados fornecidos pelas pesquisas realizadas pelos municípios, também foram acrescentadas as pessoas em situação de rua que estão sendo inseridas no Cadastro Único, possibilitando uma melhoria dos dados. Nessa estimativa, observou-se o aumento de 140% no período de 2012 a 2020 dessa população⁵.

Apesar de existir a proposta de que no próximo Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também sejam contabilizadas as pessoas em situação de rua, um teste executado na cidade do Rio de Janeiro mostrou que há muitas dificuldades para que seja incluso esse público na pesquisa, principalmente por haver uma necessidade na mudança da metodologia-padrão utilizada atualmente³.

Nos últimos 11 anos persiste a dificuldade desse público em ter acesso aos equipamentos sociais, pois ainda há uma burocratização em que exigem documentação de pessoas que estão fora do sistema social. Além de existir uma rede fragilizada que, muitas vezes, não se apresenta capacitada para

guiar essa pessoa em situação de rua pelos serviços⁶.

Então, este estudo torna-se relevante por tratar de uma questão de saúde pública e social, em razão de que essa população está mais vulnerável ao adoecimento mental e físico, exposta à violência e à pobreza extrema⁷.

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo discutir sobre a produção científica que tem sido produzida acerca das pessoas em situação de rua.

METODOLOGIA

A presente pesquisa é caracterizada como um estudo de abordagem qualitativa, realizada por meio de uma revisão narrativa da literatura, a qual tem caráter inventariante e descritivo, em que se busca agrupar em categorias o tema investigado e analisá-lo⁸, pois, se queremos produzir práticas sociais que tenham a dimensão do coletivo, temos que dialogar com saberes múltiplos, temos que pesquisar e pesquisar com qualidade⁹.

A revisão consiste em um levantamento bibliográfico sobre determinado assunto, em que os resultados obtidos por outros autores serão descritos, interpretados e utilizados para fundamentar e atualizar o conhecimento sobre a temática durante uma análise crítica do(a) autor(a)¹⁰. A pesquisa teve o intuito de discutir sobre quem era essa população em situação de rua, em que circunstâncias chegaram e se adaptaram, além de delinear quais ações estão sendo realizadas pelo governo e quais políticas públicas estão atuando para atender a esse público. Além disso, a relevância deste estudo justifica-se pela importância em compreender como as referidas informações estão sendo obtidas e processadas pelos pesquisadores por meio da análise de sua metodização nos trabalhos científicos acerca da população em situação de rua.

A produção de dados ocorreu entre junho e agosto de 2020. A fonte das produções científicas foi o sítio eletrônico Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em que se encontram indexadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), entre outros. Realizou-se a busca utilizando a associação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “pessoas em situação de rua”; “política pública” e “vulnerabilidade social”, com a utilização do marcador booleano “and”.

Os critérios de inclusão foram trabalhos publicados entre 2010 e 2020, com o intuito de

mapear as publicações após a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), publicações no idioma português e relacionadas ao tema. A busca foi realizada resultando em 187 estudos, sendo eles 162 artigos, dez teses, uma monografia e 14 manuais.

Portanto, feita a leitura do resumo de todos os estudos e, em alguns casos, a apreciação dos resultados e discussões para se ter um melhor entendimento da pesquisa, definiram-se como critérios de exclusão: os trabalhos que não estavam disponíveis na íntegra, manuais do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde com recomendações para os profissionais da saúde sobre o novo coronavírus, textos com títulos somente em inglês, arquivos duplicados no portal e os que não se apresentaram pertinentes para esta revisão. Desse modo, destacaram-se 33 publicações, as quais foram lidas na íntegra, e selecionadas 12 pesquisas para este estudo.

Os resultados serão apresentados por meio da exposição dos artigos escolhidos, além de pontuar os assuntos de acordo com o período das publicações, focando-se nos temas mais recorrentes. Serão sinalizadas as revistas de origem, os tipos de estudos e a sistematização realizada.

RESULTADOS

Das 12 publicações eleitas, todas são de abordagem qualitativa, e o ano de 2019 apresentou a maior produção científica, sendo seguido por 2018 e 2016. Porém, apenas 33,33% são dos primeiros cinco anos examinados, pois nesses anos há uma menor quantidade de pesquisas relacionadas ao tema voltadas para as discussões sociais, enquanto a maioria discutia a associação de pessoas em situação de rua com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) ou relacionadas ao uso de drogas lícitas e ilícitas.

Nos demais anos, as temáticas mais presentes ainda possuíam uma inclinação para conectar essa população ao uso de alguma substância psicoativa ou enfermidade, entretanto utilizando de outras referências, como saúde mental, Consultório na Rua e o tratamento da tuberculose. Além de temáticas que foram menos exploradas, como a relação com seus animais de estimação; o tratamento de câncer; envelhecimento; criança e adolescente; Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e mais (LGBTQIA+); mulher; gestação e pré-natal.

Dos anos de 2010 a 2019, houve a seleção de, no mínimo, uma publicação por ano, com exceção dos anos de 2011 e 2012, em virtude das poucas produções e pelo fato de que não se adequavam ao objetivo da pesquisa. Após leituras aprofundadas, os artigos foram fichados e organizados através da utilização de 17 palavras-chaves mais recorrentes nos textos, empregues para nortear as discussões nos três eixos temáticos: perfil, motivação para rua, trabalho, tempo na rua, violência, família, novas relações, mulher, envelhecimento, ações, acesso, consultório na rua, acolhimento/cuidado, rua, políticas públicas, doenças e saúde mental.

Quadro 1. Caracterização dos estudos quanto ao título, ano, revista, autores e tipo de estudo.

Nº	TÍTULO	ANO	REVISTA	AUTORES	TIPO DE ESTUDO
1	Quem mandou ficar velho e morar na rua?	2010	Rev esc enferm	Bretas et al.	Estudo de caso
2	Uma casa sem teto: influência da família na vida das pessoas em situação de rua.	2013	Ciênc cuid saúde	Marchi, Carreira, Salci	Descritivo-exploratório
3	A rua tem um imã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo.	2014	Saúde Soc	Andrade, Costa, Marquetti	Pesquisa social
4	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade.	2015	Cad saúde pública	Hallais, Barros	Observação participante
5	As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico.	2016	Rev gaúcha enferm	Fiorati et al.	Etnográfico
6	Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática.	2016	Ciênc saúde colet	Paiva et al.	Revisão integrativa

7	Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde.	2017	Cad saúde pública	Abreu, Oliveira	Não citado pelos autores
8	Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto.	2018	Interface	Santos, Ceccim	Cartografia
9	Por um devir de bicicleta no apoio à rede de saúde.	2018	Psicol soc	Londero, Paulon	Pesquisa-intervenção cartográfica
10	MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua.	2019	Textos contextos	Sanchotene, De Antoni, Munhós	Exploratório
11	O acesso da população em situação de rua é um direito negado?	2019	REME	Lira et al.	Qualitativo
12	Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa.	2019	Ciênc saúde colet	Wijk, Mangia	Revisão integrativa

Fonte: Dados da pesquisa.

As publicações apresentadas foram organizadas no quadro por ordem crescente de ano, assinalando seus autores e as revistas de onde foram retirados os artigos. Houve uma tendência de periódicos relacionados à Saúde Coletiva, Saúde Pública e Enfermagem. Em relação aos tipos de estudo, estes foram citados de acordo com o informado pelos pesquisadores, em suas metodologias, trazendo uma rica diversidade de abordagens.

As informações analisadas nos artigos foram organizadas em três eixos temáticos: *“Sinto muito, ela não mora mais aqui”*¹¹, no qual a população em situação de rua foi caracterizada; *“Olha o tumulto: Façam fila por favor”*¹², sobre as ações, acesso e as políticas públicas; e *“Não temos tempo a perder”*¹³, voltado para a saúde mental e os consultórios na rua.

Por fim, observa-se que o título *“Não há verdades nem mentiras aqui”*¹⁴, assim como as designações das subseções da discussão, faz referência a canções do álbum musical *“Dois”*, da banda brasileira Legião Urbana. Esses trechos foram inspiração para a organização dos itens supramencionados.

DISCUSSÃO

Sinto muito, ela não mora mais aqui

Em 2009, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua¹ e traçado o perfil dessas pessoas. Por meio da análise dos estudos

realizados nos anos seguintes, os dados obtidos fortalecem e concordam com a Pesquisa Nacional, apontando para a sua maior parcela ainda ser predominante do sexo masculino e na faixa etária considerada como produtiva para a sociedade. Todavia, a permanência na rua apresentou, em média, ser superior a cinco anos, indicador que aumentou desde a pesquisa; o que é um alerta, uma vez que, quanto maior o tempo que a pessoa se encontra em situação de rua, menores as chances de conseguir superar essa condição¹⁵.

Marchi¹⁵ e Fiorati¹⁶ trazem uma discussão quando indicam o alto índice de desvinculação com parentes e sobre as relações com a família como uma das motivações para se estar na rua. Apesar de o uso de drogas surgir como principal motivação, é necessário perceber que há a sua influência no contexto familiar, podendo acarretar desentendimentos e expulsão do lar. E até mesmo ter sido ocasionado devido ao fato de já estarem inseridos em um ambiente de vulnerabilidade social, o qual serviu como determinante histórico que os condicionaram para as suas atuais conjunturas de vida.

Com o aprofundamento da análise, surgem outros fatores importantes, tais como: o abandono, a morte do provedor da renda familiar ou sua privação de liberdade em instituições prisionais, a perda do emprego ou de suas outras fontes de remuneração, o rompimento de laços afetivos com o divórcio, o ingresso de novos companheiros de genitores e atritos entre familiares. A violência também se manifesta como uma das razões, por meio de agressão

física, moral e abuso sexual dentro dos lares, sendo a violência doméstica a principal causa da saída da mulher para as ruas^{16, 17}.

Pesquisar e compreender essas motivações é um dos passos iniciais para se desenvolver ações e políticas públicas que previnam a saída de outras pessoas de suas casas, promovendo meios de mediações para esses conflitos e ofertando oportunidades de superação para aqueles que já estão em vulnerabilidade¹⁵.

Ser da rua ultrapassa residir em logradouros públicos e utilizar de seus meios para a subsistência. A rua é um espaço pulsante que possui sua própria estrutura, com regras e códigos implícitos que se tornam essenciais para a sobrevivência^{5, 18}. É conviver com o medo, ser roubado, ter seu corpo exposto às mais diversas violências, sofrer preconceito, ter seus direitos negados pela sociedade e ser estigmatizado^{16, 19}.

Diante dessas experiências, emergem novas relações e estratégias de proteção. Constrói-se uma singular rede de suporte e vínculos de amizade com outras pessoas que se encontram nas ruas, objetivando-se enfrentar em conjunto os riscos e adversidades. Uma das táticas é evitar dormir sozinhos, criando apoio e cuidado mútuos. No entanto, ainda há aqueles que preferem vagar sozinhos^{15, 18}.

Historicamente, as mulheres estão mais suscetíveis à violência; nas ruas, isso é acentuado. Geralmente, elas procuram se associar a alguma figura masculina na busca de anteparo, e, em situação de precariedade, submetem-se a serem exploradas e trocam favores sexuais por alimento e objetos. Sendo a minoria, as mulheres buscam fortalecer a união feminina como confrontação¹⁷.

Para garantir o seu sustento, grande parte dessa população exerce atividade remunerada. Peregrinam próximos às zonas comerciais e com grande fluxo de pessoas no intuito de exercer funções como vigia de carro, descarga de caminhões e pequenos “bicos”. A coleta de material reciclável é uma dessas principais ocupações, de modo que muitos são vistos puxando carroças carregadas pela cidade. Como essas atividades exigem da força física, é evidenciado que nem todos possuem capacidade funcional para realizá-las, principalmente o(a) idoso(a)¹⁹.

Os dados acusam que há uma baixa expectativa de vida dessa população e que ela é alvo de assassinatos, de doenças que foram adquiridas na rua ou agravadas nessas condições¹⁶. No entanto, ocorre o aumento

do fenômeno do envelhecimento do povo de rua. São pessoas que não conseguiram reverter sua situação ou não quiseram e que agora estão com sua capacidade de autocuidado limitada, uma vez que sua saúde e capacidade física se fragilizam com o passar dos anos e nem sempre conseguem ter acesso aos seus benefícios sociais¹⁹.

Olha o tumulto: Façam fila por favor

As ações realizadas pelo Estado foram caracterizadas como fiscalizadoras, punitivas e de controle, as quais não visavam beneficiar nem reconhecer socialmente a população em situação de rua, excluindo-a enquanto moradores da cidade. Os agentes de segurança não tinham como um de seus papéis resguardá-los(as), mas proteger todas as outras pessoas daqueles que estavam em situação de rua. Os seus poucos pertences eram retirados, sua documentação perdida, suas casas improvisadas eram derrubadas e os forçavam a sair da área em que estavam para promover a higienização e revitalização dos espaços públicos que eram degradados por sua permanência^{5, 18, 20}.

As ofertas assistenciais das instituições também são taxadas como reguladoras em consequência de suas regras, das famílias que são separadas por sexo e idade, da imposição de convivência com desconhecidos, da falta de privacidade, da sua autonomia limitada com todos os seus horários determinados e até mesmo a insegurança de sofrer alguma violação ou perda dos seus objetos dentro do local^{18, 19}. Portanto, antes da criação de políticas públicas para um segmento populacional, deve-se conhecer sua heterogeneidade, suas histórias, particularidades e suas reais necessidades para que possam ser concebidas alternativas que sejam de natureza de inclusão e não de cerceamento e opressão¹⁸.

A invisibilidade dessa população é reforçada quando o seu acesso aos serviços e benefícios é dificultado por diversos fatores, por mais que a universalidade de acesso aos atendimentos seja garantida desde a Constituição de 1988^{5, 21}. A barreira já começa na porta de entrada. Quando não se têm documentos e comprovante de endereço para realizar os cadastros, a burocracia desanima a busca desse serviço – mais um “não” na infinidade dos que já lhes foram ditos^{5, 22}.

Quando conseguem garantir o primeiro atendimento, estes geralmente são de urgência,

emergência e pontuais. Não há uma continuidade do acompanhamento da sua situação de saúde ou a comunicação da rede socioassistencial com os demais serviços. Isso dificulta a criação de vínculos do(a) sujeito(a) com a unidade e a responsabilização para o cuidado. O pouco conhecimento da Política Nacional não é só por parte dos(as) usuários(as). Muitos(as) profissionais de saúde não possuem entendimento dos direitos ou até mesmo está velado o seu preconceito²¹.

O acolhimento é uma estratégia para superar as barreiras, é um ponto de encontro com os(as) usuários(as), em que há uma troca de saberes e respeito, visando não só à agudização do seu atual problema, mas à busca, em suas histórias, dos significados e da promoção do cuidado⁵. O trabalho em equipe e o matriciamento com os demais serviços são os meios que permitem a visão integral da pessoa rompendo com o modelo médico-centrado. O compartilhamento dos conhecimentos/saberes aprimora os atendimentos²³.

A população em situação de rua não quer só sobreviver em circunstâncias precárias, não quer ser culpabilizada por suas condições de vida. Ela quer ser reconhecida como cidadã, quer moradia, saúde, trabalho, família, alimentação de qualidade, educação e que seus direitos sejam válidos²⁰. Para isso, necessita-se de planejamento, organização e gestão de políticas sociais setoriais que garantam o acesso²⁴.

Não temos tempo a perder

Nas produções científicas, a saúde mental se mostrou presente, no entanto, focaram no uso de drogas por parte da população em situação de rua. Em alguns casos, evidenciaram o agravamento das pessoas que têm transtornos mentais, as dificuldades para o tratamento e o uso da medicação, causando o abandono do acompanhamento²³. Um dos aliados da Rede de Atenção Psicossocial são as equipes do Consultório na Rua²⁵, as quais atuam como uma extensão da Atenção Primária, sendo o tema de maior recorrência nas pesquisas dos últimos seis anos.

O Consultório na Rua é um trabalho vivo, itinerante, que percorre e adentra territórios para ir ao encontro de seu público fora dos espaços institucionais, com uma dinâmica de desterritorialização. É uma proposta de ampliação do acesso e de aproximação para a criação de vínculos e empatia que facilitem a escuta, os cuidados primários em saúde, a redução

de danos e apoio socioassistencial^{5,22,26}.

Os modos do trabalho do Consultório na Rua são singulares, fora do padrão hegemônico de localidade, em que o usuário precisa ir em busca desse atendimento. E com profusa procura que não pede só o cuidado, mas também o afeto, suporte e perspectivas. Um desafio ao apresentar a oferta de olhar para essa população a partir de um novo ângulo, dentro do ambiente onde são negados os seus direitos e sendo um serviço de resistência^{5, 22,26}.

Como o Consultório na Rua possui uma demanda complexa, o compartilhamento de ações e o fortalecimento dos laços interdisciplinares são imprescindíveis, valorizando a educação permanente e as discussões dos casos²⁴. Entretanto, nem sempre conseguem solucionar os problemas apenas em seu meio, por isso funcionam como rede e fazem a ligação com os demais serviços, redirecionando para outras unidades mais próximas⁵.

Santos e Ceccim²⁴ aludem sobre essa clínica montada a céu aberto e que não oferta consultas, e sim olhares, escutas e falas; realiza encontros, mas não qualquer encontro, é a reunião de afetos. É a imersão na subjetividade, a problematização e o entrelaçar de vozes. Ressignificar vivências para conceber possibilidades, tornando essa estratégia uma potência por reinventar o cuidado.

CONCLUSÃO

Identificou-se nesta pesquisa que a produção científica sobre a população em situação de rua ainda é tímida. Os primeiros anos ainda foram voltados para o corpo e doença, sem se entranhar em seu íntimo, enquanto focam nos estigmas como as drogas. Sobre gênero, sexualidade e geração, seus dados são escassos, principalmente em relação às crianças e adolescentes, já que os estudos, em sua maior parte, são feitos com pessoas acima dos 18 anos – até mesmo a pesquisa realizada pelo governo não produziu números oficiais acerca dessa faixa etária.

O envelhecimento é pautado, embora não se aprofundem nesse fenômeno, trazendo questionamentos se todos os idosos encontrados apenas envelheceram nesse ambiente ou ingressaram na rua já nessa idade devido às desigualdades sociais e ao fato de a sociedade não estar preparada para quem envelhece.

As particularidades sobre a sexualidade não são exploradas, demonstrando que o público LGBTQIA+

é constante alvo de preconceitos e de conflitos familiares por falta de aceitação, gerando, muitas vezes, quebra dos laços afetivos. Assim como questões de gênero, em que mulheres, travestis e transexuais são focos de violências no cotidiano e que se intensificam nas ruas.

Concluiu-se que os dados obtidos são genéricos e as suas discussões eram voltadas para as políticas de saúde que estavam sendo discutidas no seu período, sendo necessário evidenciar essa lacuna e incentivar que pesquisadores vejam a rua como fonte de relações e subjetividades que precisam ser examinadas e conhecidas, além de pressionar para que as políticas públicas direcionadas a essa população sejam implementadas com qualidade.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Larissa de Andrade Carmo contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Jhennifer de Souza Góis** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2009.
2. De Lucca D. Morte e vida nas ruas de São Paulo: a biopolítica vista do centro. In Rui T, Martinez M, Feltran G, organizadores. Novas faces da vida nas ruas. São Carlos: EdUFSCar; 2016. p. 19-43.
3. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Brasília (DF): Ipea; 2016.
4. Brasil. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União; Seção 1, 24 dez. 2009.
5. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília (DF): Ipea; 2020.
6. Hallais J, Barros N. Consultório de rua: visibilidades, invisibilidade e hipervisibilidade. Cad saúde pública [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 Jun 05]; 31(7):1497-1504. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701497&lng=en
7. Santana CL, Rosa AS. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidauros Medicina e Arte; 2016.
8. Ferreira NSA. As pesquisas denominadas "estado da arte". Educ Soc [serial on the internet]. 2002 [cited 2020 May 09]; 23(79):257-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302002000300013&lng=en&nrm=iso
9. Martinelli ML. Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras; 1999.
10. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul enferm [serial on the internet]. 2007 [cited 2020 May 09]; 20(2):v-vi. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en
11. Villa-Lobos D, Russo R, Rocha R, Bonfá M. Acrílico on Canvas. In Legião Urbana. Dois [álbum musical]. Brasil: EMI – Odeon; 1986. Áudio: 4:40 min.
12. Russo R. Metrôpole. In Legião Urbana. Dois [álbum musical]. Brasil: EMI – Odeon; 1986. Áudio: 2:50 min.
13. Russo R. Tempo Perdido. In Legião Urbana. Dois [álbum musical]. Brasil: EMI – Odeon; 1986. Áudio: 5 min.
14. Russo R. Música Urbana 2. In Legião Urbana. Dois [álbum musical]. Brasil: EMI – Odeon; 1986. Áudio: 2:42 min.
15. Marchi JA, Carreira L, Salci MA. Uma casa sem teto: influência da família na vida das pessoas em situação de rua. Ciênc cuid saúde [serial on the internet] 2013 [cited 2020 Aug 01]; 12(4):640-7. Available from: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22554/pdf_60
16. Fiorati RC, Carreta RYD, Kebbe LM, Cardoso BL, Xavier JJS. As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. Rev gaúcha enferm [serial on the internet]. 2016 [cited 2020 Aug 01]; 37(spe):e72861. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500427&lng=en
17. Sanchotene IP, De Antoni C, Munhós AAR. MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua. Textos contextos [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Aug 03]; 18(1):146-60. Available from: <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.15448%2F1677-9509.2019.1.29297>

18. Andrade LP, Costa SL, Marquetti FC. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. Saude Soc [serial on the internet]. 2014 [cited 2020 Aug 03]; 23(4):1248-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401248&lng=en

19. Bretas ACP, Brêtas ACP, Marcolan JF, Rosa AS, Fernandes FSL, Raizer MV. Quem mandou ficar velho e morar na rua? Rev esc enferm USP [serial on the internet]. 2010 [cited 2020 Aug 04]; 44(2):476-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200033&lng=en

20. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. Ciênc saúde colet. [serial on the internet]. 2016 [cited 2020 Aug 04]; 21(8):2595-2606. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802595&lng=en

21. Lira C, Justino JM, Paiva IK, Miranda M, Saraiva AK. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? REME [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Aug 06]; 23:e1157. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190004>

22. Londero MFP, Paulon SM. Por um dever de bicicleta no apoio à rede de saúde. Psicol Soc [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Aug 06]; 30:e169755. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822018000100212&lng=en&nrm=iso

23. Wijk LBV, Mangia EF. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. Ciênc saúde colet [serial on the internet]. 2019 Sep [cited 2020 Aug 07]; 24(9):3357-68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903357&lng=en

24. Santos CF, Ceccim RB. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. Interface (Botucatu) [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Aug 07]; 22(67):1043-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401043&lng=en

25. Brasil. Portaria no 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União; 2012.

26. Abreu D, Oliveira WF. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. Cad saúde pública [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Aug 09]; 33(2):e00196916. Available from: <http://www.scielo.br/>

[sciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000207001&lng=pt](http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000207001&lng=pt)



SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS: REVISÃO INTEGRATIVA

BURNOUT SYNDROME IN PHYSICAL THERAPISTS IN THE ICU: INTEGRATIVE REVIEW

SÍNDROME DE BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS: REVISIÓN INTEGRATIVA

Francisco Jairo Medeiros de Almeida ¹Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula ²Athus Bastos Brandão ³**Como Citar:**

Almeida FJM, De Paula JMSF, Brandão AB. Síndrome de burnout em fisioterapeutas intensivistas: revisão integrativa. Sanare (Sobral, Online). 2021; 20(2):88-96.

Descritores:

Fisioterapeutas; Burnout; Esgotamento psicológico; Unidades de Cuidados Intensivos.

Descriptors:

Physical therapists; Burnout; Psychological exhaustion; Intensive Care Units.

Descriptores:

Fisioterapeutas; Burnout; Agotamiento psicológico; Unidades de Cuidados Intensivos.

Submetido:

02/01/2021

Aprovado:

17/11/2021

Autor(a) para Correspondência:

Francisco Jairo Medeiros de Almeida
Escola de Saúde Pública do Ceará
Rua Maria Alice Barreto Lima, 890 -
Coração de Jesus, Sobral-CE
CEP: 62043-225
E-mail: fjm Almeida@hotmail.com

RESUMO

Este artigo tem por objetivo identificar a prevalência da síndrome de burnout em fisioterapeutas que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil. Optou-se por uma revisão integrativa da literatura, sendo realizada uma busca eletrônica entre maio e agosto de 2020, nas bases MEDLINE, LILACS, EMBASE e Index Psi – Periódicos Técnico-Científicos, com inclusão de estudos originais, publicados, disponíveis na íntegra, que foram realizados no Brasil, e excluídos aqueles que não utilizaram o Maslach Burnout Inventory como instrumento de avaliação da síndrome de burnout, validado para o português falado no Brasil, e os que não responderam aos objetivos da pesquisa. Foram incluídos quatro artigos nos quais se observou uma concordância quanto à prevalência do burnout quando utilizados os mesmos critérios de diagnóstico. Na presença de alteração nas três dimensões, observou-se uma variação de 3,4% a 5,3%, já na alteração de apenas uma dimensão, verificou-se uma variação de 31,1% a 48,2% de presença de síndrome de burnout. Pelo critério adotado por Maslach e Jackson, o desequilíbrio nas três dimensões do burnout, a prevalência da síndrome de burnout em fisioterapeutas intensivistas brasileiros varia de 3,4% a 5,3%.

1. Fisioterapeuta. Servidor Público da Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Amarante/CE. Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: fjm Almeida@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3482-8482>

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem do Campus Amílcar Ferreira Sobral (UFPI/CAFS). Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: janainasantos_upe@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5898-3201>

3. Fisioterapeuta. Especialista em Osteopatia Clínica. Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: athusbrandao@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4767-5983>

ABSTRACT

This article aims to identify the prevalence of Burnout Syndrome in Physical Therapists working in Intensive Care Units in Brazil. We chose to perform an integrative literature review with electronic search between May and August 2020, in databases MEDLINE, LILACS, EMBASE e Index Psi – Periódicos Técnico-Científicos, with the inclusion of original studies, published and available in full, carried out in Brazil, and with the exclusion of those that did not use the Maslach Burnout Inventory, validated for Brazilian Portuguese, as an assessment tool for Burnout Syndrome and, also, of those that were not pertinent to the research objectives. Four articles were included in which an agreement was observed regarding the prevalence of burnout when using the same diagnostic criteria. In the presence of changes in the three dimensions, we observed that the Burnout Syndrome varied from 3.4% to 5.3%, while in the presence of changes in only one dimension, the variation went from 31.1% to 48.2%. According to the criterion adopted by Maslach and Jackson, the imbalance in all three burnout dimensions, the prevalence of Burnout Syndrome in Brazilian Physical therapists working in ICUs varies from 3.4% to 5.3%.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo identificar la prevalencia de síndrome de burnout en Fisioterapeutas que actúan en Unidades de Terapia Intensiva en Brasil. Se eligió por revisión integrativa de la literatura, siendo realizada una búsqueda electrónica entre mayo y agosto de 2020, en las bases MEDLINE, LILACS, EMBASE e Index Psi – Periódicos Técnico-Científicos, con inclusión de estudios originales, publicados, disponibles integralmente, realizados en Brasil, y rechazados aquellos que no utilizaron el Maslach Burnout Inventory como herramienta de evaluación de la síndrome de burnout, validado para el portugués de Brasil, y los que no respondieron a los objetivos de la investigación. Fueron añadidos cuatro artículos los cuales se observó una concordancia cuanto a la prevalencia del burnout cuando utilizados los mismos criterios de diagnóstico. En la presencia de la alteración en las tres dimensiones, observamos una variación de 3,4% a 5,3%, ya en la alteración de apenas una dimensión, verificamos una variación de 31,1% a 48,2% de presencia de síndrome de burnout. Por el criterio adoptado por Maslach y Jackson, el desequilibrio en las tres dimensiones de burnout, la prevalencia de la Síndrome en fisioterapeutas intensivistas brasileños está entre 3.4% a 5.3%.

.....

INTRODUÇÃO

O conceito de síndrome de burnout (SB) foi criado nos anos 1970, para nomear uma reação de esgotamento físico e mental vivenciada por profissionais de saúde envolvidos na assistência a usuários de drogas¹.

Ela é descrita por meio de três dimensões: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP) e Realização Profissional (RP)². A EE é caracterizada pela ausência ou déficit de energia associada à sensação de que todos os recursos emocionais e físicos se esgotaram; a DP apresenta-se como a perda da sensibilidade emocional associada a reações negativas e impiedosas direcionadas àqueles para os quais os serviços são prestados; e a RP caracteriza-se por autoavaliação negativa por parte do profissional sobre o seu desempenho pessoal e no ambiente de trabalho³.

O *Maslach Burnout Inventory* (MBI), instrumento de investigação mais utilizado na literatura para a detecção da SB, foi elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson, traduzido e validado para o

português falado no Brasil por Lautert em 1995⁴.

O surgimento do MBI e a tradução deste para vários idiomas, além de permitir o desenvolvimento da pesquisa epidemiológica, estendeu esse conceito a diversos países e amostras populacionais, ampliando a detecção do agravo em outras ocupações fora das tradicionais áreas de saúde. Dessa forma, a percepção de que a organização do trabalho e a relação com o trabalho em si, não necessariamente as atividades específicas, são consideradas seus principais determinantes, implica aos gestores a adoção de medidas que promovam a saúde mental no ambiente laboral como forma de mitigação deste agravo¹.

Criada a partir da necessidade de aperfeiçoamento para o atendimento a pacientes em estado crítico, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) configuram-se como um dos ambientes mais agressivos, sobrecarregados e exaustivos do hospital, é um local onde a tensão e a ocorrência de óbitos são constantes, onde os profissionais necessitam estar em alerta permanente para qualquer situação de emergência e estão expostos a ruídos excessivos,

rotinas rígidas e inflexíveis. Profissionais que trabalham nesses ambientes, dentre eles, o fisioterapeuta, estão propensos ao desenvolvimento de sofrimento psíquico, dada a complexidade das ações ali realizadas, bem como o estresse gerado durante sua realização⁵.

A síndrome de burnout trata-se de uma condição de saúde que afeta de maneira significativa a qualidade do atendimento, que pode estar associada a elevados índices de absenteísmo e ao aumento de erros nas condutas profissionais. O entendimento sobre sua prevalência poderá fornecer indícios para que os gestores implantem medidas de adoção de um ambiente laboral mais saudável. Assim, justifica-se a realização desta pesquisa.

O objetivo deste estudo é identificar a prevalência da síndrome de burnout em fisioterapeutas que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil.

METODOLOGIA

O presente estudo se trata de uma revisão integrativa da literatura em que a busca eletrônica, elaborada com base nos critérios estabelecidos pelo Cochrane Handbook, incluiu estudos originais, publicados, disponíveis na íntegra e que foram realizados no Brasil, e excluídos aqueles que não utilizaram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) como instrumento de avaliação para a síndrome de burnout validado para o português falado no Brasil e os que não responderam aos objetivos da pesquisa; não houve delimitação de ano ou idioma na seleção dos estudos⁶.

Por tratar-se de uma condição de saúde que sofre influência de fatores individuais, sociais e laborais, optou-se por restringir a estudos realizados apenas no Brasil, haja vista as diferenças no contexto de trabalho e/ou sociais, pelas quais os profissionais estudados são submetidos em outras realidades.

A pergunta norteadora foi desenvolvida por meio da estratégia PICo, acrônimo para as palavras “População, Interesse e Contexto”, e permitiu que a equipe de pesquisadores, na fase de construção, combinasse os descritores controlados e não controlados, possibilitando as respostas apropriadas aos questionamentos e identificando a melhor evidência científica sobre o tema⁷.

Portanto, adotou-se a seguinte pergunta norteadora: Qual a prevalência da síndrome de burnout em fisioterapeutas que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil?

Os dados foram coletados nos meses de maio a agosto de 2020, por intermédio do Portal de Periódicos Capes, com acesso pelo sistema da Comunidade Acadêmica Federada – Universidade Federal do Piauí (CAFe/UFPI), nas bases da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Excerpta Medica dataBASE (EMBASE) e Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos.

A Figura 1 ilustra os descritores controlados de dados obtidos por meio de consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH), Terminologia Psi e Emtree thesaurus, a partir do acrônimo PICo.

Figura 1. Levantamento dos termos a partir dos descritores DeCS/MeSH/Terminologia Psi e Emtree thesaurus.

Descritores em Ciências da Saúde – DeCS		
P	DC	Physical Therapists/Fisioterapeutas/Fisioterapeutas/Physical Therapist Assistants/Assistentes de Fisioterapeutas/Assistentes de Fisioterapeutas
I	DC	Burnout, Psychological/Agotamiento Psicológico/Esgotamento Psicológico/Depersonalization/Despersonalización/Despersonalização/Work Engagement/Compromiso Laboral/Engajamento no Trabalho/Burnout, Professional/Agotamiento Profesional/Esgotamento Profissional/Compassion Fatigue/Desgaste por Empatía/Fadiga por Compaixão/Occupational Stress/Estrés Laboral/Estresse Ocupacional
Co	DC	Intensive Care Units/Unidades de Cuidados Intensivos/Unidades de Terapia Intensiva/Intensive Care Units, Pediatric/Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico/Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica/Intensive Care Units, Neonatal/Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal/Unidades de Terapia Intensiva Neonatal/Critical Care/Cuidados Críticos/Cuidados Críticos

Medical Subject Headings – MeSH		
P	DC	Physical Therapists
I	DC	Burnout, Psychological/Burnout, Professional/Stress, Psychological
Co	DC	Intensive Care Units/Intensive Care Units, Pediatric/Intensive Care Units, Neonatal/Critical Care
Terminologia Psi		
P	DC	Terapeutas/Therapists/Terapéutas/Fisioterapeutas/Phisycal Therapists/Fisioterapeutas
I	DC	Stress Ocupacional/Occupational Stress/Estres Ocupacional/Burnout/Depersonalização/Depersonalization/Depersonalización
Co	DC	UTI/Unidades de Terapia Intensiva/Intensive Care Units/Unidades de Terapia Intensiva/CTI
Emtree thesaurus		
P	DC	Physiotherapist/respiratory Therapist
I	DC	Burnout/professional Burnout/compassion fatigue/job stress/emotional stress
Co	DC	Intensive care unit/neonatal intensive care unit/pediatric intensive care unit/intensive care

* DC: Descritores controlados.

Fonte: Dados da pesquisa.

Para guiar a redação do protocolo e do resultado final da revisão, utilizou-se o *Checklist Preferred Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), que é composto por 27 tópicos para assegurar o desenvolvimento adequado da pesquisa, utilizando-se o fluxograma para a discriminação das etapas de seleção dos artigos incluídos⁸.

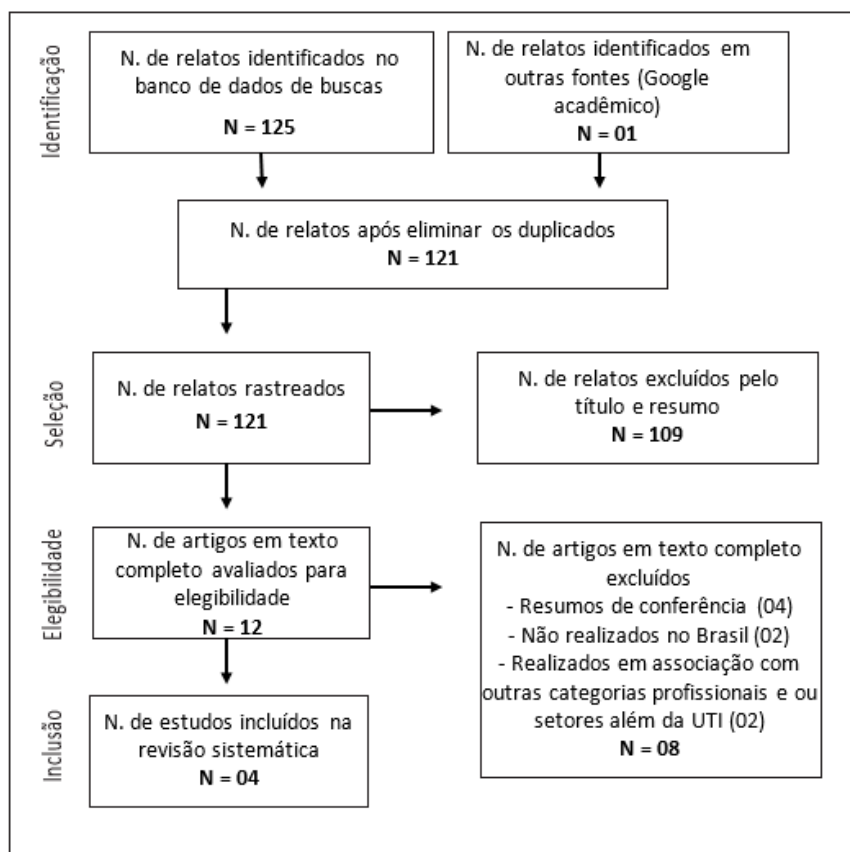
A seleção dos estudos foi realizada de forma independente por dois pesquisadores a partir da leitura dos títulos e resumos de cada artigo. Foram eliminados numa primeira etapa aqueles que claramente não se enquadraram nos critérios de elegibilidade, os aprovados foram lidos na íntegra para ratificar sua inclusão ou não na pesquisa. Na ocorrência de discordâncias, estas foram resolvidas por consenso. A qualidade dos estudos foi avaliada pela *Critical Appraisal Checklist for Prevalence Studies*⁹.

Os dados foram extraídos a partir de um formulário elaborado pelos autores e organizados em tabelas, contemplando as características dos estudos incluídos (autoria, ano de publicação, desenho do estudo, número de amostra, local da pesquisa), critérios de diagnóstico, prevalência e percentual dos domínios da SB. As discordâncias foram resolvidas por consenso ou por um terceiro revisor independente.

A análise de dados foi realizada por meio de uma síntese descritiva com análise qualitativa.

RESULTADOS

A busca identificou 126 estudos nas bases de dados MEDLINE, LILACS, EMBASE e Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos quatro artigos, conforme detalhado no fluxograma de discriminação das etapas de seleção dos artigos ilustrado na Figura 2.

Figura 2. Fluxograma de discriminação das etapas de seleção dos artigos.

Fonte: Dados da pesquisa.

O Quadro 1 traz as características dos estudos incluídos e os achados referentes às dimensões da síndrome de burnout.

Quadro 1. Características dos estudos incluídos na revisão.

Caracterização geral dos estudos				
Autores	Nascimento <i>et al.</i>	Rosa <i>et al.</i>	Santos <i>et al.</i>	Silva <i>et al.</i>
Ano	2017	2018	2018	2018
Local	UTI em Vitoria da Conquista-BA	5 hospitais Salvador-BA	7 hospitais Feira de Santana-BA	5 hospitais Recife-PE
Tipo de estudo	Transversal	Transversal	Transversal	Transversal
Número da amostra	25	45	60	56
Percentual das dimensões da síndrome de burnout				
Exaustão Emocional (EE)	Alta 12,0%	Alta 20,0%	Alta 38,3%	Alta 58,9%
	Média 36,0%	Média 35,6%	Média 31,7%	Média 32,2%
	Baixa 52,0%	Baixa 44,4%	Baixa 30,0%	Baixa 08,9%
Despersonalização (DP)	Alta 08,0%	Alta 02,2%	Alta 16,7%	Alta 17,9%
	Média 28,0%	Média 20,0%	Média 11,7%	Média 26,8%
	Baixa 64,0%	Baixa 77,8%	Baixa 71,7%	Baixa 55,3%
Realização Profissional (RP)	Alta 76,0%	Alta 13,3%	Alta 15,0%	Alta 37,5%
	Média 04,0%	Média 22,2%	Média 40,0%	Média 34,0%
	Baixa 20,0%	Baixa 64,4%	Baixa 45,0%	Baixa 28,5%

Fonte: Dados da pesquisa.

Os estudos foram realizados no Nordeste brasileiro, sendo três deles conduzidos em hospitais do estado da Bahia, sua totalidade foi composta por estudos de corte transversal. A amostra dos estudos foi de 186 indivíduos, sendo o sexo feminino o que mais se destacou dentro da amostra, 107 (57,5%).

Em se tratando das dimensões do burnout, que são classificadas em alta, média e baixa, a partir de pontos de corte predefinidos, observou-se uma variação para o nível alto de EE de 12,0% a 58,8%; nível alto de DP de 02,2% a 17,9%; e nível baixo de RP de 20,0% a 64,4% entre os estudos.

O Quadro 2 apresenta a prevalência e critérios de diagnóstico da SB.

Quadro 2. Prevalência e critérios de diagnóstico da síndrome de burnout.

Estudo	Critérios de diagnóstico da síndrome de burnout	Síndrome de burnout
Rosa et al. ¹⁰	Desequilíbrio em pelo menos uma dimensão. Nível alto de EE (≥ 27 pontos) ou DP (≥ 13 pontos) ou baixo na RP (≤ 31 pontos)	01 dimensão: 14 (31,1%)
Nascimento et al. ¹¹	Nível alto nas dimensões EE (≥ 26 pontos) e DP (≥ 13 pontos) e baixo na RP (≤ 31 pontos)	03 dimensões: 01 (04%)
Silva et al. ¹²	Desequilíbrio em três ou pelo menos uma dimensão. Nível alto de EE (≥ 27 pontos) e/ou DP (≥ 13 pontos) e/ou baixo na RP (≤ 31 pontos)	01 dimensão: 27 (48,2%) 03 dimensões: 03 (5,3%)
Santos et al. ¹³	Desequilíbrio em três ou pelo menos uma dimensão. Nível alto de EE (≥ 27 pontos) e/ou DP (≥ 13 pontos) e/ou baixo na RP (≤ 31 pontos)	01 dimensão: 20 (33,3%) 03 dimensões: 02 (3,4%)

EE: Exaustão Emocional; DP: Despersonalização; RP: Realização Profissional.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos aspectos relacionados à SB, foi possível observar que, embora as idealizadoras do instrumento MBI configurem o diagnóstico de burnout apenas na presença de desequilíbrio nas suas três dimensões, não houve um consenso quanto aos critérios utilizados para a constatação da presença desta; dessa forma, o estudo de Rosa et al.¹⁰ tomou como referência o desequilíbrio em apenas uma dimensão, Nascimento et al.¹¹ considerou o desequilíbrio nas três dimensões, já Silva et al.¹² e Santos et al.¹³ tomaram como base os dois métodos citados anteriormente. Observa-se que nos estudos selecionados há uma concordância quanto à prevalência do burnout quando utilizados os mesmos critérios de diagnóstico. Na presença de alteração nas três dimensões, existe uma variação de 3,4% a 5,3%, já na alteração de apenas uma dimensão, verifica-se uma variação de 31,1% a 48,2% de presença de SB.

A qualidade dos estudos selecionados, realizada através da *Critical Appraisal Checklist for Prevalence Studies*, está descrita no Quadro 3.

Quadro 3. Avaliação da qualidade dos estudos.

Estudos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Score
Nascimento et al. ¹¹	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	08
Rosa et al. ¹⁰	Y	Y	U	Y	Y	N	Y	Y	Y	07
Silva et al. ¹²	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	08
Santos et al. ¹³	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	09
1. Was the sample frame appropriate to address the target population? 2. Were study participants sampled in an appropriate way? 3. Was the sample size adequate? 4. Were the study subjects and the setting described in detail? 5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample? 6. Were valid methods used for the identification of the condition? 7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants? 8. Was there appropriate statistical analysis? 9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately? Y = yes; N = no; U = unclear										

Fonte: Dados da pesquisa.

A escala *Critical Appraisal Checklist for Prevalence Studies* pontua a qualidade dos estudos de prevalência em uma escala de 0 a 9 pontos; os estudos selecionados apresentaram pontuação de 7 a 9. Os itens não pontuados foram: o 3, que questiona sobre o tamanho da amostra – nesse quesito, apenas o estudo de Santos et al.¹³ trouxe uma amostra adequada para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 0,05; e o item 6, que questiona sobre a utilização de métodos válidos para a identificação da doença – neste, apenas o estudo de Rosa et al.¹⁰ não cumpriu o requisito, pois, embora tenha utilizado o MBI como instrumento, os autores não realizaram a interpretação do mesmo seguindo os critérios propostos pelo estudo que validou o MBI para a população brasileira.

DISCUSSÃO

Pela falta de consenso na avaliação e diagnóstico da SB por meio do MBI entre os estudos selecionados, a discussão será realizada considerando os autores que utilizaram os mesmos critérios entre si. No entanto, vale salientar que Maslach e Jackson¹⁴, as idealizadoras do MBI, consideram o diagnóstico da SB na presença de disfunção nas três dimensões, ou seja, grau alto nas dimensões de EE e DP e baixo na RP para a determinação do burnout.

Existem relatos na literatura quanto à falta de um consenso literário a respeito dos critérios diagnósticos para SB; Barros et al.¹⁵ observaram que tanto os valores conceituais utilizados como referência quanto as características populacionais podem justificar a variação da prevalência de SB tão presentes nos estudos¹⁵.

Os autores Rosa et al.¹⁰, Silva et al.¹² e Santos et al.¹³ consideraram para o diagnóstico da SB o desequilíbrio em pelo menos uma dimensão, eles obtiveram como prevalência 14/31,1%, 20/33,3% e 27/48,2%, respectivamente, valores esses muito abaixo dos encontrados em outro estudo³ que obteve 62,9% de prevalência de SB em uma amostra de 27 fisioterapeutas intensivistas de um hospital de alta complexidade da cidade de Recife. Essa divergência pode ser justificada pela diferença nos pontos de corte das dimensões de DP e RP que foram diferentes em relação aos estudos selecionados, estes consideraram pontuações ≥ 10 para DP como nível alto e ≤ 33 para RP como nível baixo; já aqueles ≥ 13 para DP como nível alto e ≤ 31 para RP como nível baixo.

Os autores Rosa et al.¹¹, Silva et al.¹² e Santos et al.¹³ obtiveram nos seus estudos uma prevalência de SB de 01/4,0%, 03/3,4% e 03/5,3%, respectivamente; eles consideraram o desequilíbrio nas três dimensões. Resultados similares a esses puderam ser observados no estudo de Ferreira et al.¹⁶, que observaram que 3 fisioterapeutas estiveram dentro dos critérios de diagnóstico de SB em uma amostra de 65 profissionais intensivistas que atuavam em um hospital de referência da cidade de Fortaleza. Salienta-se que, em sua pesquisa, estavam incluídas outras categorias profissionais.

É importante destacar que variáveis sociodemográficas não são preditivas da SB, elas funcionam apenas como facilitadoras ou inibidoras, já que o burnout não é caracterizado por um problema pessoal e exclusivo do trabalhador, e sim do ambiente social onde este se encontra inserido¹⁷.

A respeito dos percentuais obtidos em cada dimensão de forma isolada, a discussão pontuará as alterações que levam à ocorrência da SB, ou seja, escore alto em EE e DP e baixo na RP. Foi observada uma variação considerável entre os estudos e, embora os pontos de corte entre os autores tenham sido os mesmos, a EE apresentou valores de 12,0% a 58,9%, a DP de 2,2% a 17,9% e RP de 20,0% a 64,4%. Em um estudo realizado por Fumis et al.¹⁸, observou-se uma prevalência de 50,0%, 41,0% e 59,0% de EE, DP e RP, respectivamente, em uma amostra de 57 fisioterapeutas – valores esses dentro da variação encontrada nos estudos selecionados, exceto para a DP, que alcançou valores maiores.

Em outro estudo³, que teve como objetivo caracterizar a presença da SB nos fisioterapeutas de um hospital público de alta complexidade e verificar uma possível relação da síndrome com variáveis demográficas e laborais, obteve-se uma prevalência de alta EE e DP com valores de 35,4% e 29,2%, respectivamente, e baixa RP, com 6,3%.

Estudos nos mostram que o número excessivo de pacientes está relacionado a sintomas depressivos em profissionais de saúde², além de elevados níveis de EE em unidades com maiores taxas de fatalidade, número elevado de óbitos e elevada proporção de pacientes idosos. Os aspectos organizacionais como o número insuficiente de pessoal, longas jornadas de trabalho, a falta de reconhecimento profissional, o funcionamento da equipe e o estilo de liderança das chefias são fatores importantes na ocorrência de EE¹⁹.

Nos fisioterapeutas, a resposta crônica à tensão

emotiva do exercício profissional e aos cuidados envolvidos com seres humanos é considerada um tipo de tensão do trabalho, que é criada entre o terapeuta e o paciente. Ao diminuir a emoção sentida durante o trabalho, é desencadeado um processo de despersonalização do profissional, definido como um estado no qual não há mais compaixão, respeito ou pensamentos positivos do profissional para com o paciente; dessa forma, desenvolve-se uma avaliação negativa referente ao seu local de trabalho¹⁶.

CONCLUSÃO

Pelo critério adotado por Maslach e Jackson, ou seja, o desequilíbrio nas três dimensões do burnout, a prevalência da síndrome de burnout em fisioterapeutas intensivistas brasileiros varia de 3,4% a 5,3%.

Os estudos que avaliam a presença da SB em fisioterapeutas intensivistas no Brasil ainda são muito escassos, pontuais e com amostras muito pequenas, o que dificulta a comparação entre outros estudos nacionais.

Outro fator fundamental é a falta de consenso e critérios no método de avaliação da SB, bem como dos pontos de corte nas suas dimensões, isso acaba trazendo resultados muito heterogêneos, sendo assim, abre-se uma oportunidade para alavancar mais pesquisas a serem realizadas na área em questão, adequando e tornando o desenho metodológico de modo mais específico, a fim de homogeneizar os achados entre os pesquisadores.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francisco Jairo Medeiros de Almeida contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula** contribuiu com a orientação, o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Athus Bastos Brandão** contribuiu com o delineamento da pesquisa, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Vieira I, Russo JA. Burnout e estresse: entre medicalização e psicologização. *Physis* [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Apr 11]; 29(2):1-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200604
2. Ferreira GB, Aragão AEA, Oliveira PS. Síndrome de burnout na enfermagem hospitalar/intensivista: o que dizem os estudos? *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Apr 11]; 16(1):100-8. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1100>
3. Santos ER, Neri, LV, Wanderley ELS. Síndrome de Burnout em fisioterapeutas de um hospital público de alta complexidade da cidade do Recife, Pernambuco. *Acta Fisiatr* [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Apr 11]; 250(1):31-5. Available from: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/158832>
4. Zanatta AB, Lucca SR. Prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 May 20]; 49(2):253-60. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0253.pdf
5. Cruz SP, Abellan MV. Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Lat-Am Enferm* [serial on internet]. 2015 [cited 2020 May 20]; 23(3):543-52. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Xn3jBc6TsNwMf3fTXb9JJbD/?lang=pt>
6. Donato H, Donato M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. *Acta Med Port* [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Nov 20]; 32(3):227-35. Available from: https://www.researchgate.net/publication/332084935_Etapas_na_Conducao_de_uma_Revisao_Sistemica
7. Araújo WCO. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *ConCi: Com Ciênc Inform* [serial on the internet]. 2020 [cited 2020 May 20]; 3(2):100-34. Available from: <https://seer.ufs.br/index.php/conci/article/view/13447>
8. Galvão TF, Pansani ASA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde* [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 Apr 12]; 24(2):335-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335
9. Munn Z, Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *Int J Evid Based Healthc* [serial on the internet]. 2015 [cited 2020 Nov 20]; 13(3):147-53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26317388/>
10. Rosa FWC, Silva TB, Maciel RRB, Portella DDA, Duarte ACM, Mercês MC. Frequência da Síndrome de Burnout em uma amostra de fisioterapeutas intensivistas. *Rev Pesq e Fisio* [serial on the internet]. 2021 Jul-Dez;20(2):88-96 - 95

internet]. 2018 [cited 2020 Apr 11]; 8(2):258-68. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1962/1545>

11. Nascimento CP, Morais KCS, Miranda VC, Ferreira JB. Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas Intensivistas. Rev Pesq Fisio [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Apr 11]; 7(2):188-98. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1302>

12. Silva RAD, Araújo B, Morais CCA, Campos SL, Andrade AD, Brandão DN. Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas? Fisioter Pesqui [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Nov 18]; 25(4):388-394. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502018000400388&lng=en&nrm=iso

13. Santos CLC, Barbosa GB, Nascimento DSS, Martins Junior DV, Nascimento Sobrinho CL. Prevalência de Síndrome da Etna Profissional e fatores associados em fisioterapeutas intensivistas. Rev Pesq Fisio [serial on the internet]. 2018 [cited 2020 Apr 2020]; 8(3):336-344. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-915946>

14. Maslach, C, Jackson S. The measurement of experienced Burnout. J Occup Behav [serial on the internet]. 1981 [cited 2020 Nov. 21]; 2(1):99-113. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030020205>

15. Barros DS, Tironi MO, Sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt AG, Almeida AM, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. Rev Bras Ter Intensiva [serial on the internet]. 2008 [cited 2020 Dec 11]; 20(3):35-240. Available from https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2008000300005&script=sci_abstract&tlng=pt

16. Ferreira TS, Pereira PMC, Silva KR, Nobrega TO, Bastos VPD. Investigação da Síndrome de Burnout no ambiente de terapia intensiva. Cadernos ESP Ceará [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Apr. 9]; 13(1):19-26. Available from: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/165/158>

17. Alkimim CFC, Prado BMP, Carreiro DL, Coutinho LTM, Lima MRR, Martins AME, et al. Fatores associados à Síndrome de Burnout entre profissionais intensivistas de hospital universitário. Tempus, actas saúde colet [serial on the internet]. 2014 [cited 2020 Apr 9]; 8(4):157-76. Available from: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1590>

18. Fumis RRL, Amarante GAJ, Nascimento AF, Junior JMV. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among

critical care providers. Ann Intensive Care [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 Apr 12]; 7:71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5479870/>

19. Sacadura-Leite E, Sousa-Uva A, Ferreira S, Costa PL, Passos AM. Condições de trabalho e exaustão emocional elevada em enfermeiros no ambiente hospitalar. Rev Bras Med Trab [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 Apr 9]; 17(1):69-75. Available from: <http://www.rbmt.org.br/how-to-cite/422/pt-BR>



VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

OCCUPATIONAL VIOLENCE IN PRIMARY CARE AND INTERFACES WITH WORK CONDITIONS AND ORGANIZATION

VIOLENCIA OCUPACIONAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS INTERFACES CON LAS CONDICIONES Y LA ORGANIZACIÓN LABORAL

Anny Caroline dos Santos Olímpio¹Roberta Cavalcante Muniz Lira²João Breno Cavalcante Costa³Bianca Waylla Ribeiro Dionisio⁴Adriana Vasconcelos Gomes⁵**Como Citar:**

Olímpio ACS, Lira RCM, Costa JBC, Dionisio BWR, Gomes AV. Violência ocupacional na Atenção Primária e as interfaces com as condições e a organização do trabalho. *Sanare* (Sobral, Online). 2021; 20(2): 97-106.

Descritores:

Violência no trabalho; Saúde do trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Condições de trabalho.

Descriptors:

Violence at work; Worker's health; Primary Health Care; Family Health Strategy; Work conditions.

Descriptores:

Violencia laboral; Salud del trabajador; Atención Primaria a la Salud; Estrategia Salud de la Familia; Condiciones de trabajo.

Submetido:

01/07/2021

Aprovado:

17/11/2021

Autor(a) para Correspondência:

Anny Caroline dos Santos Olímpio
Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Padre Eudes
Fernandes, n.º 258, Coração de
Jesus, Sobral, Ceará
CEP: 62043-215
E-mail: carolfloc@hotmail.com

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas que tratam sobre a violência ocupacional na saúde e as interfaces com as condições e organização do trabalho. Trata-se de uma revisão integrativa considerando artigos originais publicados em periódicos nacionais e internacionais. Foram cruzados os descritores "Violência no Trabalho", "Saúde do Trabalhador" e "Atenção Básica à Saúde", no período de 2008 a 2018. O tipo de violência ocupacional mais prevalente foi a física, seguida da violência psicológica; os pacientes foram os principais perpetradores, seguidos dos próprios colegas de trabalho. Investimentos nas condições e organização do trabalho reduzem as chances de violência no local de trabalho. Há necessidade de desenvolver estratégias organizacionais e políticas em geral para a proteção dos profissionais de saúde. A violência ocupacional é multicausal, com repercussões negativas no contexto laboral dos trabalhadores violentados. Dessa maneira, o maior envolvimento de gestores públicos e ações de planejamento estratégico podem auxiliar com mudanças desse paradigma.

1. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. E-mail: carolfloc@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3656-6001>

2. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Universidade Federal do Ceará. E-mail: beta_lira74@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2163-4307>

3. Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. E-mail: brenocavalcanteenfermagem@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4512-1944>

4. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. E-mail: biancawdionisio@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0628-5807>

5. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. E-mail: adriannavigomes@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9522-9200>

ABSTRACT

The study aimed to analyze the scientific evidence dealing with occupational violence in health and the interfaces with work conditions and organization. This is an integrative review which takes in account original articles published in national and international journals. The descriptors "Violence at work", "Worker's Health" and "Basic Health Care" were crossed in the period from 2008 to 2018. The most prevalent type of occupational violence was physical, followed by psychological violence, patients were the main perpetrators, followed by their own co-workers. Investments in work conditions and organization reduce the chances of workplace violence. There is the need for the development of organizational strategies and policies in general for the protection of health professionals. Occupational violence is multi-causal with negative repercussions in the work context of the workers victims of abuse. Thus, the greater involvement of public managers and strategic planning actions can help with changes in this paradigm.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo analizar las evidencias científicas que tratan acerca de la violencia ocupacional en la salud y las interfaces con las condiciones y organización laboral. Se trata de una revisión integrativa considerando artículos originales publicados en periódicos nacionales e internacionales. Fueron cruzados los descriptores "Violencia Laboral", "Salud del Trabajador" y "Atención Básica a la Salud", en el periodo de 2008 a 2018. El tipo de violencia ocupacional más prevalente fue la física, seguida de la violencia psicológica, los pacientes fueron los principales perpetradores seguidos de los propios colegas de trabajo. Inversiones en las condiciones y organización del trabajo reducen las chances de violencia en el local de trabajo. Hay necesidad de desarrollar estrategias organizacionales y políticas en general para la protección de los profesionales de salud. La violencia ocupacional es multicausal con reflejos negativos en el contexto laboral de los trabajadores violentados. De esa manera, el mayor involucramiento de gestores públicos y acciones de plan estratégico pueden auxiliar con los cambios de ese paradigma.

.....

INTRODUÇÃO

A violência é compreendida como um problema social e de saúde pública mundial de difícil enfrentamento em razão de sua etiologia multicausal¹. Por ser inerente ao convívio social, às relações grupais e interpessoais, a violência também está projetada nas relações trabalhistas, campo propício para a prática de todas as formas de violência².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação. A violência ocupacional é resultado da soma de diversos fatores, dentre os quais se destacam as condições de trabalho, a organização dos processos de trabalho e a interação trabalhador/agressor³. Esta é considerada um problema de saúde pública que resulta em danos na saúde do profissional, levando-o, por vezes, à dificuldade em reconhecer e enfrentar o fenômeno⁴.

De forma mais específica, a Organização Internacional do Trabalho (OIT)⁵ considera a expressão *workplace violence* – violência no local de trabalho – como qualquer ação, evento ou comportamento voluntário, em consequência dos quais uma pessoa é agredida, ameaçada ou sofre algum dano ou lesão, durante a realização de seu trabalho ou como resultado de suas atividades laborais; dessa forma, nesses contextos há os riscos ocupacionais.

Concebe-se como riscos ocupacionais quaisquer elementos inerentes às situações de trabalho que podem provocar desequilíbrio físico, mental e social, superando a lógica restrita relacionada às doenças ou acidentes ocupacionais. Dessa forma, rejeita-se a ideia de que a violência ocupacional comporte fatores unicamente pessoais e passa-se a considerá-la como resultante de uma combinação de causas relativas às pessoas, ao entorno, ao ambiente físico e social do trabalho e às condições organizacionais e contratuais de emprego, bem como às formas de interação entre os próprios trabalhadores, entre os clientes e os trabalhadores e entre esses e empregadores⁶.

Atualmente, a violência ocupacional é considerada um fenômeno em avanço no mundo, em especial no que diz respeito ao setor da saúde, o qual é apontado como o campo mais suscetível de ocorrência⁷, uma vez que a prevalência da violência na área da saúde varia entre 17% a 94%, e mais de 50% dos profissionais são afetados¹.

Esse tipo de violência, potencialmente, acarreta absenteísmo, licenças, rotatividade ou mesmo mudança de profissão, devido ao adoecimento psíquico, como depressão, sintomas psicossomáticos, desânimo, além de conflitos nos relacionamentos entre colegas de trabalho^{1,8}. Estudos internacionais que abordaram o fenômeno da violência ocupacional em serviços de saúde demonstraram preocupação com esses episódios⁹⁻¹¹, fato também evidenciado em investigações brasileiras¹²⁻¹⁵, embora ainda se apresentem incipientes e em diversos contextos. É válido destacar que há violência ocupacional em todos os níveis de saúde no Brasil.

Contudo, os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) veem sendo alvos das comunidades nas quais estão inseridos¹⁶⁻¹⁸. Historicamente, a Atenção Básica à Saúde (ABS) é um serviço que funciona como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, conforme as necessidades e problemas dos usuários. Esta tem como pressuposto a oferta de atenção e cuidado longitudinal, para todas as condições, além de coordenar e integrar a Rede de Atenção à Saúde¹⁹.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aposta na ESF enquanto ação prioritária para a expansão, consolidação e qualificação da ABS no Brasil²⁰, sobretudo por reconhecê-la como cenário onde os profissionais atuam diretamente com a comunidade e suas demandas sociofamiliares. Tal característica pode afetar não só os usuários, mas também os profissionais de saúde, tanto no acesso territorial como no desenvolvimento e planejamento de processos de trabalho. É possível, ainda, observar que situações de violência geram uma maior rotatividade dos profissionais, gerando descontinuidade nos processos de trabalho e enfraquecimento do vínculo entre usuário e profissional na ESF²¹.

Há alguns fatores que podem potencializar e predispor ocorrências de situações de violência no trabalho, estes são fatores ambientais e organizacionais²², dentre eles: trabalhar com usuários que possuem histórico de violência, trabalhar sozinho, ambientes mal iluminados e que possuem

alta circulação de pessoas não identificadas, déficit de trabalhadores, ausência de treinamentos para identificar possíveis agressores, falta de segurança e regiões com altas taxas de criminalidade²².

Na ABS, os aspectos referentes às regiões com altas taxas de criminalidade e com pouco fluxo de pessoas podem ser os fatores que merecem maior atenção, tendo em vista que as unidades das ESF têm como princípio básico a aproximação com a comunidade e o domicílio das pessoas. Dessa forma, entende-se que trabalhar nas comunidades em que a criminalidade é constante pode potencializar a chance de exposição dos profissionais da ABS à violência laboral¹².

Cabe mencionar, ante o exposto, que ancorar-se no aprofundamento sobre a violência ocupacional a partir da exploração de produções científicas, por meio da revisão integrativa, torna-se essencial. Com vistas a fomentar novas pesquisas e enriquecer a literatura na área, reduzindo as lacunas do conhecimento existentes, tendo como foco a melhoria da qualidade dos serviços e a proteção à saúde dos profissionais de saúde, em especial dos trabalhadores da ESF.

Assim, objetivou-se analisar as evidências científicas que tratam sobre violência ocupacional na Atenção Básica à Saúde e suas interfaces com as condições e a organização do trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada de maio a junho de 2019, seguindo as etapas: definição da questão norteadora; estabelecimento das informações a serem investigadas nos estudos; análise dos estudos que integram a amostra; síntese dos resultados; e apresentação da revisão²³.

Utilizou-se do acrônimo PICO para a formulação da pergunta de pesquisa: P – corresponde ao problema e é representado pelo trabalhador(a); I – é o fenômeno de interesse, caracterizado pela violência ocupacional; e Co – o contexto, que consiste na Atenção Básica. Assim, o estudo teve como questão norteadora: A quais tipos de violência no trabalho os profissionais estão expostos e quais são as interfaces com as condições e a organização do trabalho na ABS?

A sistematização da busca de dados iniciou-se pela procura de artigos publicados entre 2008 e 2018. Pontua-se que a abrangência de dez anos se deu devido à escassez da temática na literatura,

portanto, decidiu-se expandir o período de publicação a fim de manter o rigor da revisão. A busca inicial foi feita por meio do levantamento das produções relacionadas à temática na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e *PubMed/MEDLINE*. Na busca realizada, utilizou-se como estratégia os descritores: “Violência no Trabalho”, “Saúde do Trabalhador” e “Atenção Básica à Saúde”, combinados com o operador booleano *and*, bem como os termos MeSH: “Workplace Violence”, “Occupational Health Primary” e “Health Care”, também combinados com o operador *and*.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: estudos originais, sistemáticos, disponíveis na íntegra, publicados entre 2008 e 2018 e nos idiomas português e inglês. Foram excluídas as produções duplicadas, bem como estudos de revisão e aqueles que não abordassem temática relevante ao alcance do objetivo da pesquisa. O resultado final da busca resultou em 13 artigos científicos.

RESULTADOS

A partir da análise dos 13 artigos selecionados, nota-se que os anos de 2015 e 2016 sobressaíram-se no que diz respeito ao maior número de publicação, seis. Os achados sobre a origem das pesquisas foram equilibrados, seis internacionais e sete nacionais, mas cabe sublinhar que, mesmo com a escassez de pesquisas voltadas para essa área, o Brasil se destacou.

A fim de ensejar a caracterização dos estudos, elaborou-se o Quadro 1, que visa apresentá-los quanto ao título do artigo, objetivo, tipo de estudo, principais resultados e ano de publicação.

Quadro 1. Caracterização das produções científicas acerca da violência no trabalho na Atenção Básica à Saúde, no período de 2008 a 2018.

Título	Objetivo	Tipo de estudo	Principais resultados	Ano
A violência e os profissionais da saúde na Atenção Primária	Conhecer as situações em que se dão as agressões aos profissionais de saúde na Atenção Primária em saúde	Estudo qualitativo	Os fatores associados ao risco de exposição à violência e suas implicações pelos profissionais poderiam ser amenizados por meio de educação permanente e autodesenvolvimento	2008
Percepção do risco no trabalho em Saúde da Família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil	Identificar a percepção dos trabalhadores da ESF a respeito dos riscos a que se expõem no seu processo de trabalho	Estudo transversal	A percepção de risco foi apreendida como um conjunto de significados construídos individual e coletivamente a partir dos trabalhadores que produzem e reproduzem formas semelhantes e diversas ao mesmo tempo	2009
Violência no trabalho em saúde: análise em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais	Investigar e compreender a violência vivenciada em unidades básicas de saúde (UBS) da perspectiva dos processos de trabalho em saúde	Estudo qualitativo	O enfrentamento da violência implica na formulação de políticas gerais e implantação de ações voltadas para o processo de trabalho nas UBS e no sistema de saúde como um todo	2011

Safety measures to prevent workplace violence in emergency primary care centres- a cross-sectional study	Investigar até que ponto os clínicos gerais trabalham sozinhos nos Centros de Atendimento Primário de Emergências (EPCCs) na Noruega e estimar a prevalência de outras medidas preventivas contra a violência no local de trabalho	Estudo quantitativo	Há diferenças consideráveis entre as EPCCs norueguesas, em relação às medidas preventivas aplicadas, e uma maior prevalência de medidas de proteção nas EPCCs com funcionários 24 horas por dia.	2013
Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study	Explorar como o pessoal lida com as ameaças e violência dos visitantes ou pacientes, com ênfase em como os fatores organizacionais interferem nos incidentes	Estudo qualitativo	Existe um potencial para o desenvolvimento de estratégias organizacionais para proteger o pessoal da ABS que corre risco de violência no local de trabalho	2015
Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia	Estimar a prevalência de violência no local de trabalho e identificar potenciais preditores de violência no trabalho em centros de cuidados primários à saúde	Estudo transversal	Mais da metade dos funcionários foram expostos a diferentes tipos de violência no local de trabalho. Há necessidade de intervenções para proteger os profissionais de saúde e proporcionar ambientes de trabalho mais seguros	2015
Validade aparente de um questionário para avaliação da violência no trabalho	Elaborar um questionário para avaliação da violência no trabalho, sofrida ou testemunhada por trabalhadores de enfermagem, e avaliar sua validade aparente	Estudo metodológico	Espera-se que o questionário possa representar, aos interessados, mais uma possibilidade de mensuração da ocorrência de violência no ambiente de trabalho na enfermagem e na saúde	2015
Aggressions towards Primary Health Care Workers in Madrid, Spain, 2011-2012	Caracterizar agressões na Atenção Primária em Madrid	Estudo transversal multicêntrico	O risco de agressão é maior nos profissionais de saúde, principalmente nos médicos. Houve diferenças significativas por sexo e idade, tanto no perfil do agressor quanto na vítima	2016

Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument.	Estudar a prevalência de violência no trabalho em profissionais da Atenção Primária à saúde (APS), adaptando a Escala de Comportamento Agressivo do Trabalhador da Saúde (HABS-U)	Estudo misto	A distribuição da violência dos usuários não é homogênea entre os diferentes grupos profissionais da APS. A adaptação da escala pode ser útil para detectar a violência do usuário, bem como avaliar a eficácia dos programas de intervenção	2016
Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências	Refletir acerca das consequências da violência no trabalho experienciada por profissionais de enfermagem	Estudo reflexivo	Aponta-se para o potencial nocivo e oneroso deste fenômeno, por ser capaz de ocasionar sofrimento, adoecimento, afastamentos do trabalho e até a morte	2016
Estratégias utilizadas pela enfermagem em situações de violência no trabalho em hemodiálise	Identificar as estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise, em situações de violência perpetrada por pacientes durante a assistência.	Estudo qualitativo	Evidencia-se a necessidade de mobilização coletiva dos trabalhadores e, principalmente, da instituição como mediadora, na busca pela prevenção e não propagação da violência no ambiente de trabalho	2011
A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco	Conhecer os tipos de violência e os fatores que contribuem para os atos violentos sofridos pela equipe de enfermagem no acolhimento com classificação de risco (ACCR)	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	É necessário trabalhar a educação continuada com profissionais de saúde e atividades educativas com usuários do ACCR, para promover relações harmoniosas entre profissionais e usuários	2018
Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde	Analisar a presença da violência física e psicológica entre trabalhadores da saúde, identificar seus perpetradores e compreender a origem das agressões	Estudo de abordagem mista	A violência psicológica foi prevalente; mulheres e técnicos de enfermagem foram os mais expostos e pacientes os principais perpetradores. São necessárias medidas de contenção e prevenção e investimentos sobre as condições e a organização do trabalho no hospital	2018

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação às publicações internacionais, países como Noruega e Espanha foram evidenciados nas buscas, e, em âmbito brasileiro, as regiões Sudeste e Sul se sobressaíram. No tocante ao idioma, observou-se que

quatro dos artigos foram publicados em inglês, dois em espanhol e sete em português.

DISCUSSÃO

O estudo realizado com profissionais de saúde da Atenção Primária em Madri, na Espanha, apresentou que, dentre as 1.157 agressões notificadas, 53% foram sofridas por médicos. Em 4,7% dos casos houve agressão física. O principal motivo foi devido à insatisfação com o atendimento recebido (36,1%). Outra pesquisa pontua que profissionais que não são da saúde apresentaram menor risco de agressão física. A agressão foi cometida por homens em 56,8% dos casos e na faixa etária entre 31-40 anos em 26,8%. A mulher foi o sexo mais acometido pelas agressões, em 84% dos casos, com idades entre 45 e 60 anos²⁴.

No estudo¹⁷ realizado em Belgrado, na Sérvia, com 1.526 profissionais médicos e não médicos, 803 (52,6%) sofreram violência no trabalho, dos quais 147 (18,3%) foram expostos à violência física, não havendo diferença significativa na exposição à violência no local de trabalho de acordo com sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade ou anos de experiência do profissional. No entanto, a prevalência no trabalho foi significativamente maior entre os funcionários que trabalhavam no turno noturno e que interagiam diretamente com os pacientes ($P < 0,001$).

Nesse mesmo estudo, percebeu-se a violência mais prevalente entre os funcionários que trabalhavam com crianças em idade pré-escolar. Entre os principais tipos de violência cometida, a verbal foi a mais prevalente e um terço dos profissionais entrevistados experimentaram dois tipos de violência: a verbal e o assédio moral¹⁷.

Na pesquisa²⁵ desenvolvida na Noruega, a violência no trabalho destacou-se como um dos principais problemas e, apesar do alto risco de exposição, o conhecimento sobre as medidas preventivas aplicadas eram limitados. Como exemplos de medidas de segurança mais comuns, foram citadas as fechaduras automáticas ($p < 0,001$), disposição dos móveis na sala de consulta ($p = 0,014$), a possibilidade de trazer uma pessoa extra durante chamadas de emergência ou visitas domiciliares quando necessário, por razões de segurança ($p = 0,014$), e organização de treinamento sobre violência ($p < 0,001$).

A literatura revela os riscos que os trabalhadores da ESF no Rio Grande do Sul estão expostos, destacando

algumas categorias importantes: acidente de trabalho típico (ocorrendo no ambiente de trabalho), doença relacionada ao trabalho, exaustão emocional, falta de habilidade para resolver problemas e violência física e moral. Dos 48 trabalhadores entrevistados, 23 mencionaram a percepção de risco para “violência física e moral”, quando afirmaram que a violência parece estar diretamente ligada ao objeto/sujeito da ação, ou seja, o elemento condicionador centrado nas características sociocomportamentais dos grupos nas comunidades relacionadas²⁶.

Uma nova perspectiva desse cenário foi proposta em uma pesquisa²⁷ que visou conhecer as situações em que se dão as agressões aos profissionais de saúde, destacando-se sete diferentes categorias: o processo de trabalho na Atenção Primária; as necessidades de saúde da população; o risco de exposição à agressão; o agressor; os tipos de agressão sofridos; o papel da gestão e do profissional da saúde no contexto da Atenção Primária. Evidenciaram-se, portanto, alguns fatores associados ao risco de exposição à violência e suas implicações, contribuindo com informações e conhecimentos que podem atenuar esses eventos²⁷.

Nesse sentido, foram citadas também quatro principais formas de minimizar a violência sofrida pelos profissionais: (1) uso de alarme sonoro com capacidade de convocar alguém em uma situação ameaçadora; (2) reunir o máximo de informação sobre o paciente, para caso necessário alertar os colegas de trabalho e acionar a polícia quando a consulta tornar-se complicada; (3) resolver o descompasso entre as expectativas do paciente e o serviço oferecido, melhorando as condições e organização do trabalho; e (4) resposta de apoio do gerente – participantes descreveram o papel fundamental do gerente em fornecer suporte no acompanhamento de episódios²⁵.

Ao investigar e compreender a violência vivenciada em Centros de Saúde da Família (CSF) em Minas Gerais, da perspectiva dos processos de trabalho em saúde, evidenciou-se a necessidade de fortalecer não só a humanização e a gestão do trabalho em saúde, mas também a formação dos profissionais, atreladas às melhorias nas condições e no ambiente de trabalho e, conseqüentemente, na prestação dos serviços de saúde¹⁵.

O estudo supracitado identificou como eixos relevantes para o tema: as estratégias individuais diante da violência; respostas institucionais e mecanismos de apoio e suporte; conseqüências e impactos da violência; e ações preventivas. Essas

ações preventivas foram elencadas como: conduta pessoal ou a forma de contato com o paciente com uma abordagem mais cordial e com disponibilidade, estratégias preventivas, o programa HumanizaSUS, o vínculo com a comunidade e a medida institucional considerada de maior impacto, com a atuação da Guarda Municipal nos centros de saúde¹³.

A respeito dos tipos de violências no trabalho que os profissionais da ABS estão expostos, as pesquisas evidenciam que mais da metade dos funcionários foram expostos a diferentes tipos de violência, desde violência verbal, psicológica à agressão física, sendo praticadas, em especial, por pacientes/clientes, mas também propagadas por colegas de trabalho. As implicações da violência laboral se apresentam de modo direto e indireto nas condições e na organização do trabalho desses profissionais, ocasionando sofrimento, adoecimento, afastamentos do trabalho e até a morte.

Tanto nos estudos internacionais quanto nos nacionais a violência ocupacional se destaca como problema de saúde pública. Notou-se que esta pouco tem sido identificada, mensurada e prevenida; em contraponto, muitas vezes, vem sendo naturalizada no cotidiano dos serviços de saúde²⁸. Seja por sua etiologia, que é multicausal e com elevadas repercussões não só no contexto laboral dos trabalhadores violentados, seja no contexto pessoal, especificamente envolvendo a autoestima, vida familiar e relações pessoais; por isso, esse fenômeno merece a atenção especial dos gestores públicos e profissionais de saúde. A partir dessas premissas, torna-se crucial o envolvimento dos trabalhadores, gestores, universidades e representantes políticos em reconhecerem as causas e as consequências da violência ocupacional, elaborando estratégias pertinentes para a sua superação e prevenção.

CONCLUSÃO

A partir de tais resultados, enfatiza-se que o estudo possa vir a contribuir com uma visão mais crítica no que diz respeito à análise do fenômeno da violência ocupacional em profissionais de saúde, com foco na Atenção Básica, já que se considera, após a análise, que há a necessidade de realizar mais pesquisas que correlacionem o tema e a ABS, em específico com os profissionais que compõem a ESF, pois há lacunas no conhecimento sobre as violências ocupacionais neste cenário. Ainda que mantendo o rigor exigido na revisão integrativa e ampliando

a busca em bases nacionais e internacionais, localizaram-se poucas pesquisas sobre a temática. Fato que reverbera na compreensão da necessidade de implementar e realizar pesquisas que investiguem e correlacionem o tema.

Desse modo, se há informações pertinentes e relevantes sobre o tema, pode-se refletir criticamente, criar estratégias que visem prevenir os atos violentos – realizados pelos usuários ou mesmo colegas de trabalho –, ou seja, ao caracterizar os tipos de violência que os profissionais são acometidos, pode-se elaborar condutas mais eficientes e efetivas diante dos casos, sejam os mais leves e/ou graves, e, por fim, suprimindo a escassez de estratégias para a abordagem das violências ocupacionais.

Consiste em uma limitação deste estudo a não inclusão de outras fontes de literatura científica. Outro ponto a ser considerado diz respeito à não utilização de termos não controlados e outros idiomas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Anny Caroline dos Santos Olímpio contribuiu no delineamento do estudo, interpretação e análise dos dados, estruturação crítica da redação científica e revisão da versão final do manuscrito. **João Breno Cavalcante** participou da produção e delineamento do estudo. **Adriana Vasconcelos Gomes** e **Bianca Waylla Ribeiro Dionisio** contribuíram na interpretação e análise dos resultados, estruturação crítica da redação científica e revisão final do manuscrito. **Roberta Cavalcante Muniz Lira** contribuiu na estruturação crítica da redação científica, leitura e revisão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Neto EMN, Araújo TM, Sousa CC, Souza Soares JF, Lua I. Violência no trabalho em saúde nos serviços de média complexidade. Rev saúde colet UEFS. 2018; 8(1):62-69. doi: <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v8i1.2115>
2. Ramos RWC. Uma análise do assédio moral na relação entre clube e atleta profissional de futebol [monografia]. Guanambi: Centro Universitário Faculdade Guanambi; 2021. 25 f.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Geneva: OMS; 2002.

4. Cordenuzzi OCP. Violência no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2011. 101 p.
5. Organização Internacional do Trabalho; International Council of Nurses; Organização Mundial da Saúde. Workplace violence in the health sector – country case studies research instruments. Research protocol. Genebra: OIT; 2003.
6. Nascimento CL et al. Violência na Estratégia de Saúde da Família: riscos para a saúde dos trabalhadores e ao atendimento. Rev enferm UERJ. 2020; 28:45789.
7. Rocha MAS, Silva ACA, Assis MA. A prática da violência voltada aos profissionais da enfermagem. Diálogos int. 2018; 7(2):100-108.
8. Almeida NR, Bezerra Filho JG, Marques LA. Análise da produção científica sobre a violência no trabalho em serviços hospitalares. Rev bras med trab. 2017; 15(1):101-112. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.45789>
9. Escribano RB, Beneit J, Garcia JL. Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector. Heliyon. 2019; 5(3):e01283. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01283>
10. Pien LC, Cheng Y, Cheng WJ. Internal workplace violence from colleagues is more strongly associated with poor health outcomes in nurses than violence from patients and families. J adv nurs. 2019; 75(4):793-800. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13887>
11. Cheung T, Yip PSF. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. BMC public health. 2017; 17(1):196.
12. Sturbelle ICS. Violência no trabalho em unidades de saúde da família e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018. 109 p.
13. Dal Pai D, Sturbelle ICS, Santos CD, Tavares JP, Lautert L. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. Texto contexto enferm. 2018; 27(1):e2420016.
14. Pedro DRC, Silva GKTD, Lopes APAT, Oliveira JLCD, Tonini NS. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. Saúde debate. 2017; 41:618-629.
15. Batista CB, Souza Campos A, Carmo Reis J, Schall VT. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trab. educ saúde. 2011; 9(2):295-317.
16. Lima TF. Exposição à violência comunitária durante o trabalho e seus efeitos na prática profissional na estratégia saúde da família: um estudo de corte-transversal no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. 118 p.
17. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-mikanovic VM, Terzic-supic ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. Eur J Public Health. 2015; 25(4): 693-98.
18. Brasil. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco; 2002.
20. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
21. Silva ATC, Peres MFT, Lopes CS, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. Soc Psychiatry Epidemiol. 2015; 50:1347-55.
22. Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers. In Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers. OSHA; 2004.
23. Doricci GC; Guanaes-Lorenzi C. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. Ciênc saúde colet. 2021; 26:2949-59.
24. Rincón-Del TT, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, GregorioEscrivá BDR, et al. Aggressions towards primary health care workers in Madrid, Spain, 2011-2012. Rev española de salud pública. 2016; 90:e1-e12.
25. Morken T, Johansen IH, Alsaker K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. BMC family practice. 2015; 16(1):51.
26. Cezar-Vaz MR, Souza Soares JF, Figueiredo PP, Azambuja EP, Sant'Anna CF, Costa VZ. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil. Rev Latino-Am Enferm. 2009; 17(6):961-67.
27. Kaiser DE, Bianchi F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. 2008; 29(3):362-366.

28. Benício LFS, Barros JPP. Estratégia Saúde da Família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. *Sanare* (Sanare, Online). 2017; 16(1):102-112.



PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESENHANDO POSSÍVEIS CENÁRIOS DE ATUAÇÃO A PARTIR DA FORMAÇÃO

PSYCHOLOGY IN PRIMARY HEALTH CARE: DRAWING POSSIBLE SCENARIOS OF ACTION BASED ON TRAINING

PSICOLOGÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD: DISEÑANDO POSIBLES ESCENARIOS DE ACTUACIÓN A PARTIR DE LA FORMACIÓN

Ana Ester Maria Melo Moreira ¹Brenda Brito Ramos ²Thalia Ariadne Peña Aragão ³Letícia Dias Baroni ⁴Kerolayne Castro Fontenele ⁵José Lucas Soares Araújo ⁶**Como Citar:**

Moreira AEM, Ramos BB, Aragão TAP, Baroni LD, Fontenele KC, Araújo JLS. Psicologia na Atenção Primária à Saúde: desenhando possíveis cenários de atuação a partir da formação. *Sanare (Sobral, Online)*. 2021; 20(2):107-114.

Descritores:

Psicologia; Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.

Descriptors:

Psychology; Public Health; Primary Health Care.

Descriptores:

Psicología; Salud Pública; Atención Primaria a la Salud.

Submetido:

01/06/2020

Aprovado:

16/10/2021

Autor(a) para Correspondência:

Ana Ester Maria Melo Moreira
Universidade Federal do Piauí
Endereço: Avenida São Sebastião,
2819, Nossa Senhora de Fátima
CEP: 64202-020
E-mail: estermelouniversidade@gmail.com

RESUMO

A Psicologia na Atenção Primária à Saúde (APS) é um campo recente de estudos e práticas. O objetivo deste artigo é apresentar um relato de experiência do estágio profissional em Psicologia na Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Compreende-se que o processo de inserção da Psicologia no SUS abrigou como marcador ideológico o movimento da Reforma Psiquiátrica. Considerando a atuação da Psicologia na APS, o processo de institucionalização ocorre com a implantação do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família. Diversos movimentos da academia, dos sistemas de saúde e dos movimentos sociais mobilizaram esforços para pensar a atuação. A metodologia deste relato de experiência tem como foco a observação participante. A estratégia de coleta de dados envolveu o uso do diário de campo. O processo de análise se deu por meio da sistematização do diário de campo. Com a análise e a discussão dos resultados, emergiram os seguintes cenários de atuação: a) territorialização; b) clínica ampliada; c) abordagens comunitárias; d) educação permanente em saúde; e e) fortalecimento da participação e do controle social. Por fim, aponta-se que esse cenário de prática se mostra ameaçado pelas recentes mudanças nas políticas públicas de saúde.

1. Psicóloga. Doutoranda de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Piauí. E-mail: estermelouniversidade@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8313-4375>

2. Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família. Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia. E-mail: brendabritoramos@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4646-4826>

3. Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE. E-mail: thaliariadne.pena@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6370-5612>

4. Psicóloga. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Universidade Federal Delta do Parnaíba. E-mail: alegria.baroni@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5825-1385>

5. Psicóloga. Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Piracuruca-PI. E-mail: kerolayne.amaral@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3387-6327>

6. Psicólogo. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Delta do Parnaíba. E-mail: joselucas2126@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4541-9329>

Cert. de Redação Científica: Central das Revisões. **Edição de texto:** Karina Maria M. Machado. **Revisão de provas:** Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

Psychology in Primary Health Care (PHC) is a recent field of studies and practices. This article aims to present an experience report of the professional internship in Psychology in Primary Health Care in the scope of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS). We understand that the insertion process of Psychology in the SUS sheltered the Psychiatric Reform movement as an ideological marker. Considering the role of Psychology in PHC, the institutionalization process occurs with the implementation of the support center for the Family Health Strategy. Several movements in academia, health systems, and social movements mobilized efforts to think about this action. The methodology of this experience report is focused on participant observation. The data collection strategy involved the use of the field diary. The analysis process took place by means of the systematization of the field diary. With the analysis and discussion of the results, the following scenarios emerged: a) territorialization; b) expanded clinic; c) community approaches; d) permanent health education; and e) strengthening of participation and social control. Finally, we pointed out that this practice scenario is threatened by recent changes in public health policies.

RESUMEN

La psicología en la Atención Primaria a la Salud (APS) es un campo reciente de estudios y prácticas. El objetivo del artículo es presentar relato de experiencia de la pasantía profesional en Psicología en la Atención Primaria a la Salud en el ámbito del Sistema Único de Salud. Se comprende que el proceso de inserción de la Psicología en SUS abrigó como marcador ideológico el movimiento de la Reforma Psiquiátrica. Considerando la actuación de Psicología en APS, el proceso de institucionalización ocurre con implementación del núcleo de apoyo a la Estrategia Salud de la Familia. Diversos movimientos de la academia, los sistemas de salud y los movimientos sociales movilizaron esfuerzos para pensar la actuación. La metodología del relato de experiencia tiene como foco observación participante. La estrategia de coleta de datos involucró el uso del diario de campo. El proceso de análisis se dio por la sistematización del diario de campo. Con el análisis y la discusión de los resultados, emergieron los siguientes escenarios de actuación: a) territorialización; b) clínica ampliada; c) abordajes comunitarios; d) educación permanente en salud; y e) fortalecimiento de participación y control social. Por fin, se apunta que ese escenario de práctica se muestra amenazado por recientes cambios en las políticas públicas de salud.

.....

INTRODUÇÃO

O processo de organização da inserção da Psicologia na Saúde Coletiva é recente. Seu marco inicial consistiu na Reforma Sanitária, na Reforma Psiquiátrica e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de inserção da Psicologia na Atenção Primária à Saúde (APS) ocorreu especificamente a partir desses movimentos históricos de ampliação da luta pelo direito à saúde e tem como matriz jurídico-normativa a portaria de implantação e regulamentação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹. É importante relembrar que o processo de inserção histórica da Psicologia na Atenção Básica à Saúde (ABS)¹⁻⁵ tem na Reforma Psiquiátrica² seu marcador mais relevante, sendo consensual na literatura a relevância desse movimento como sujeito político que tensiona o lugar do manicômio na atenção à saúde mental e na reorganização do modelo de atenção à saúde mental.

A partir desse momento, teve início a organização

da atuação da psicologia nas políticas públicas de saúde e na abertura de campos de atuação profissional com a criação do SUS. A Reforma Psiquiátrica² foi um processo crítico à psiquiatria tradicional e à organização da atenção à saúde mental centrada na estrutura manicomial, apontando a necessidade de organização desse modelo de atenção à saúde mental voltada à ampliação das práticas clínicas, ao desenvolvimento de abordagens comunitárias e à criação de serviços substitutivos de cuidado em saúde mental, nos quais o sujeito em situação de sofrimento fosse protagonista de seu processo terapêutico integrado à família e ao território⁶. A atuação se fundamenta na clínica ampliada, partindo dos diversos territórios existenciais do sujeito e da sua vida social.

Diversos autores, na literatura mais recente, situam a atuação da Psicologia na Saúde Coletiva^{2,4,5,7,8} contrapondo o lugar histórico do psicólogo atrelado a concepções de atuação marcadas pelas dimensões biomédica, manicomial e por pressupostos clínicos

tradicionais da saúde pública⁹. O psicólogo se situa nesse campo ético-político, uma vez que compreende a atuação da Psicologia na Saúde Coletiva e deve desenvolver processos de trabalho na organização de sistemas e serviços de saúde, nas práticas de atenção à saúde e no campo das práticas sociais⁹. Considerando tal processo, o psicólogo atua orientado por processos de territorialização, clínica ampliada, por abordagens comunitárias, pelo apoio institucional, pela educação permanente em saúde e pelo fortalecimento da participação popular nos sistemas e serviços de saúde, com ênfase no sujeito e no território. Essas dimensões estão em íntima sintonia com a APS^{8,10-12} como categoria teórica e campo de práticas proposto pelo movimento da Reforma Sanitária, apontando a importância da APS ampliada, que trabalha com a abordagem no território e com a determinação social da saúde, resistindo aos modelos das agências multilaterais de APS seletiva, centrados nas doenças mais prevalentes das populações em situação de pobreza, com foco em programas específicos de saúde. Dessa forma, a atuação da Psicologia na APS busca superar a concepção tradicional de clínica, dialogando com os pressupostos teóricos acima delimitados.

É nesse contexto que emerge a justificativa deste relato de experiência: a importância da articulação teórico-prática entre Psicologia e o campo da Saúde Coletiva com ênfase na APS; de fortalecer teoricamente as experiências de saúde mental na APS; de sistematizar experiências neste campo como dispositivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira; e, finalmente, a relevância se fundamenta no desafio ético-político de fortalecimento teórico do campo em um momento de forte recuo das políticas de saúde no que tange à integralidade na ABS.

Dessa forma, a partir da produção científica na área, do levantamento da produção teórica da área de Psicologia na APS^{3-8,11-14}, dos documentos técnicos do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e da base jurídico-normativa do Ministério da Saúde (MS), que apontam a atuação da Psicologia na APS, desenvolveu-se uma proposta de atuação para o estágio profissional que constitui o objeto de discussão deste artigo. A proposta foi desenvolvida no Estágio Profissional do curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAR), com avaliação participativa da comunidade de aprendizagem desenvolvida por universidade, sistema de saúde e comunidade, isto é, docentes, discentes, trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e movimentos comunitários. A

avaliação foi sistematizada pelos relatórios finais do Estágio Profissional, apontando a importância da sistematização desta experiência.

Assim, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de atuação da Psicologia na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

O presente artigo é o relato de experiência da atuação da Psicologia na Atenção Básica à Saúde desenvolvida no Estágio Profissional I Ênfase Saúde Coletiva, na UFDPAR, dialogando com a Clínica e a Saúde Coletiva^{15,16} como dispositivos de educação permanente em saúde¹⁷. A metodologia deste relato de experiência trabalha com os pressupostos das metodologias participativas de intervenção^{13,14,18,19}, que objetivam desenvolver um processo de encontro entre a academia, os serviços de saúde e a comunidade. As metodologias participativas^{13,14,18} compreendem que todos os sujeitos inseridos na vivência são atores na produção de conhecimento e buscam superar o distanciamento entre saber popular e saber científico, ou seja, entre universidade, profissionais da saúde e sociedade. Dessa forma, utilizou-se a técnica da observação participante¹⁷⁻¹⁹ com o objetivo de compreender e sistematizar todo o processo de inserção na realidade social.

Considerando tais pressupostos, o delineamento deste relato de experiência adotou a técnica do diário de campo¹⁷⁻¹⁹, buscando sistematizar as dimensões objetivas, reflexivas e analíticas da vivência, além de construir uma narrativa na terceira pessoa do plural. Transversalmente, sistematizou todas as vivências no espaço de formação, inserção e atuação do estágio profissional de Psicologia na APS. A experiência ocorreu no período de 2015 a 2020 por meio da disciplina de Estágio Profissional I Ênfase Saúde Coletiva, da UFDPAR.

A experiência foi desenvolvida pela referida Universidade e pelo Sistema Municipal de Saúde de Parnaíba. Parnaíba é o segundo município mais populoso do estado do Piauí. A principal atividade econômica da cidade é a exportação de cera de carnaúba, óleo de babaçu, castanha de caju e couro. O agronegócio tem se desenvolvido na região devido ao Perímetro Irrigado dos Tabuleiros Litorâneos. Nos últimos 15 anos, a cidade tem se destacado por se constituir um centro de referência para a educação superior na região do Delta do Parnaíba.

O processo teve início com a constituição de

espaços de reflexão e contratualização técnica entre universidade e Sistema Municipal de Saúde de Parnaíba (SMSPHB) sobre a atuação da Psicologia na APS^{1-5,8,11,12}, assim como o diálogo com a Coordenação de Educação Permanente em Saúde e a Superintendência de Atenção Básica de Saúde, além da inserção dos estudantes em Centros de Saúde da Família (CSF) que tinham maior potencial de acolhida de experiências de educação permanente em saúde. A atuação da Psicologia na APS é contratualizada com a SMSPHB e a equipe do CSF, considerando os pressupostos de atuação sistematizados pelo campo teórico; as resoluções do sistema do Conselho Federal de Psicologia – referência técnica para a atuação do Psicólogo na Atenção Básica em Saúde⁸; e a base jurídico-normativa do Ministério da Saúde¹⁵. Tais pressupostos são dialogados com a equipe do CSF, levando em conta sua realidade local e sua demanda no campo da saúde mental na APS.

A partir de tal processo, desenha-se um plano de trabalho de atuação da Psicologia na ABS, que é construído em permanente movimento, uma vez que a atuação na área não se dá de forma linear ou descrita por protocolos rígidos de atuação, mas tentando agir segundo as diretrizes da educação permanente em saúde, a qual compreende a relevância da horizontalidade e da atuação combinada entre universidade, serviço de saúde e comunidade. Para tanto, adotou-se um processo coletivo que parte da sistematização e da análise do diário de campo^{18,19} construídas por meio da identificação dos cenários de prática. A confluência desses cenários de formação possibilitou a indicação de caminhos para a atuação da Psicologia na APS.

A observação participante^{18,19} foi o eixo transversal do desenho metodológico deste artigo, pois proporcionou um espaço constante de reflexão e ação para a transformação da realidade, viabilizando a construção de espaços de descrição, análise, reflexão, problematização, facilitação psicossocial e sínteses da atuação da Psicologia na APS^{1,3-5,8,11,12}. O processo de discussão teórica, o plano de trabalho e o espaço de facilitação psicossocial dos estudantes foram gestando os cenários de atuação junto à equipe do CSF e à comunidade, além de levarem à construção de uma comunidade de prática – pressuposto de trabalho compartilhado das abordagens metodológicas participativas¹⁸.

O diário de campo¹⁸ emergiu dessa vivência como uma potencialidade desta metodologia – a abordagem participativa – na medida em que

todos os atores (universidade, serviço de saúde e comunidade) foram sujeitos de construção, além dos espaços de aprendizagem transversal na vivência, fortalecendo a articulação teórico-prática. O desafio metodológico posto foi a ausência de compreensão das metodologias participativas de atuação. As autoras e o autor deste trabalho são sujeitos epistêmicos e implicados do estudo na medida em que foram docentes e estudantes que vivenciaram a experiência, fortalecendo a articulação teórico-prática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de inserção para a vivência em Psicologia na APS^{1,3-5,8,11-13} se deu por meio do estágio profissional curricular de caráter obrigatório do curso de graduação em Psicologia, tendo como ênfase curricular e marcador ético-político a Saúde Coletiva⁹. A atuação é orientada para o fazer da Psicologia na ABS por meio da estratégia do NASF¹. Vale destacar que a localização do estágio da área de Psicologia na Saúde Coletiva^{7-9,11,12} aponta a importância de atuar na organização de sistemas e serviços, práticas de atenção à saúde e práticas sociais de abordagem comunitária, superando a atuação fundamentada nos pressupostos da clínica tradicional^{1,3-5,8,11-13} e da saúde pública tradicional⁹.

Inicialmente, começou-se a caminhada por meio da pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde, a Superintendência de Atenção Básica em Saúde e a Coordenação da Unidade Básica de Saúde (UBS), orientados pelos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)^{8,17}. Apresentou-se a esses atores institucionais o que se aponta na literatura sobre a Psicologia na Saúde Coletiva, as orientações do CFP e as diretrizes do MS em relação à atuação da Psicologia na APS^{1,3,5,8,11,12,16}. Identificou-se, a partir desse processo, a necessidade de atuação do serviço de saúde e da comunidade. Desse processo, foi construído o plano de trabalho. Assim, compreendeu-se que a construção se deu coletivamente, de forma dialógica, uma relação entre universidade, sistema de saúde e comunidade.

Os cenários de atuação foram os CSF definidas pela Secretaria Municipal de Saúde. O critério de definição foi a abertura da gestão e dos trabalhadores aos processos de educação permanente em saúde¹⁷. Emergiram como cenários de atuação^{1-5,8,11-13}: a) territorialização^{13,14}; b) clínica ampliada¹⁶; c) gestão da clínica; d) manejo de transtornos

mentais comuns; e) promoção da saúde; f) grupos¹⁶; g) intersetorialidade; e h) fortalecimento da participação popular.

Iniciou-se com a territorialização^{13,14}, o primeiro momento de inserção comunitária de levantamento de fontes primárias e secundárias¹⁸ acerca da comunidade, buscando compreendê-la histórica, social, econômica, cultural e sanitariamente, além de construir um vínculo com o território e a comunidade. A territorialização proporcionou a identificação e a atuação com o processo de saúde da comunidade, seu modo de vida, as principais instituições ali presentes, os principais atores e as potencialidades de cuidado no território. Essa é a ferramenta de partida no contexto da APS, pois fornece subsídios para uma atuação coerente com as necessidades e os anseios do território^{13,14}. A partir dessa atuação, duas frentes integradas têm início: a) a clínica ampliada; e b) a abordagem comunitária.

No âmbito da clínica ampliada¹⁶, foram desenvolvidas estratégias de gestão da clínica, quais sejam: a) acolhimento; b) matriciamento; e c) projeto terapêutico singular. Conhecidas as demandas trazidas pela comunidade e contando com o apoio das instituições presentes, percebeu-se a necessidade de trabalhar com o manejo de transtornos mentais comuns, manejo do uso abusivo de álcool e outras drogas, violação de direitos de crianças e adolescentes, problemas de desenvolvimento infantil, escuta psicossocial de usuários pertencentes a grupos minoritários (como mulheres, população LGBTQIA+ e população negra) e casos que envolvem suicídio. Assim, foram feitas sessões de escuta psicossocial para o manejo dos casos e a organização de estratégias de articulação com outros pontos de atenção à saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Também emergiram dessa articulação de rede o acolhimento, o matriciamento, a construção de projetos terapêuticos singulares e os atendimentos individuais e domiciliares.

Além dos cenários de atuação descritos, por meio da articulação saúde-educação foram realizadas intervenções na escola da área de abrangência do CSF e construiu-se um espaço de escuta psicossocial para os professores e os estudantes. Emergiram questões como demandas em torno do desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes, problemas de aprendizagem, situações de violação dos direitos da criança e do adolescente, ansiedade, casos de acolhimento à demanda de suicídio, entre outras.

As atividades desenvolvidas foram elaboradas coletivamente, envolvendo todos os atores implicados nesse processo e apontando para a compreensão da articulação intersetorial como uma importante ferramenta na produção de saúde.

No campo das abordagens comunitárias, por meio da construção coletiva da equipe da APS, iniciou-se o trabalho com o grupo, fortalecendo o processo de participação social e as articulações intersetoriais. O trabalho com grupos¹⁶ é mais um dos possíveis cenários de atuação, pois são espaços coletivos e constituem momentos para compartilhar e facilitar os processos de cuidado, podendo ser pedagógicos, operativos e terapêuticos, permitindo a atuação coletiva e de integração da clínica à Saúde Coletiva. Surgiram, no território, demandas de grupos de educação em saúde para o manejo de algumas questões, como grupo de acolhimento a transtornos mentais comuns, violência de gênero, saúde da mulher e outras propostas vinculadas às ações programáticas e/ou às campanhas de saúde.

Considerando o campo da atuação intersetorial, identificaram-se demandas de atuação integradas a outras instituições e políticas sociais, como educação, por meio da demanda de cuidado a crianças em situação de violência; diálogos com o Conselho Tutelar na atuação contra a violação dos direitos da criança e do adolescente; diálogo com a Assistência Social, uma vez que muitas atuações dialogam com benefícios sociais e outros direitos sociais; articulação com o Conselho Municipal de Saúde; e visitas técnicas a órgãos que atuam na abordagem da violência de gênero, dentre outras.

Levando em conta o campo da participação popular em saúde, o psicólogo na APS desempenha o papel de apoiador, produzindo análises e intervenções que visem à transformação dos processos de implicação política dos sujeitos.

Deste estudo, emergiram espaços de fortalecimento da participação popular em saúde por meio da articulação entre a participação popular institucionalizada e não institucionalizada. Como espaço desta última, adveio o diálogo com movimentos sociais em saúde, como as associações comunitárias, as pastorais sociais e os movimentos que atuam na defesa da diversidade sexual e da comunidade LGBTQIA+, além do movimento Hip Hop de arte e cultura, entre outros. Como espaços de apoio de participação popular institucionalizada, surgiram a participação no Conselho Municipal de Saúde de Parnaíba, o apoio na organização de Conselhos

Municipais de Saúde e as conferências de saúde. A atuação nesse cenário consistia em fortalecer a rede de apoio social no cuidado, desenvolver abordagens de trabalho comunitário e fortalecer a cidadania por meio da facilitação de construção da implicação política dos sujeitos. Para a elaboração de micropolíticas de fomento à participação popular em saúde, mostram-se necessários processos de subjetivação que sustentem as plataformas de cuidado. Nesse sentido, o psicólogo, como qualquer outro profissional da APS, atua a fim de agenciar a formação dessas subjetividades coletivas no território. Cabe ressaltar que a inserção no território e seu desempenho estão diretamente ligados à abertura/ao acolhimento por parte das equipes e da gestão em relação aos estagiários e às suas respectivas propostas de trabalho, que podem ser ampliadas ou limitadas na mesma proporção.

Considerando os cenários de atuação descritos, a atuação da Psicologia na APS^{11-14,16} possibilitou o diálogo que emerge da territorialização¹³, permitindo uma compreensão profunda da determinação social da saúde¹⁴. Esse processo potencializa um diálogo entre a clínica ampliada¹⁶ e a Saúde Coletiva⁹, buscando uma atuação coerente com a organização de sistemas e serviços de saúde e com as necessidades sociais em saúde mental^{2,7}, através do fortalecimento de práticas de abordagens comunitárias, participação popular em saúde e desenvolvimento da cidadania. Isto é, a atuação da Psicologia na Atenção Primária em Saúde^{1-5,7,11,12} tem um potencial de diálogo com o campo da Saúde Coletiva⁹, permitindo desenvolver experiência com o SUS e com as práticas sociais em saúde instituintes de produção de subjetividade que emergem dos movimentos de mulheres e feministas, comunidades LGBTQIA+, população quilombola, povos de terreiros, população de rua, entre outros. A experiência permitiu uma compreensão ampla sobre os sujeitos, processos de subjetivação e a realidade histórico-cultural como dimensões indissociáveis, apontando a importância do diálogo da clínica com a Saúde Coletiva^{2-5,7,11,12}. Como também o diálogo entre a dimensão micropolítica e os processos macropolíticos de organização do Estado e da sociedade.

É importante colocar que, atualmente, este cenário de atuação da Psicologia na ABS tem sofrido ameaças importantes com o recuo das políticas de saúde na atual conjuntura política sanitária brasileira²⁰⁻²². Nos últimos anos, o país tem sofrido transformações importantes na Política Nacional de Atenção Básica em Saúde²⁰⁻²² com a mudança

na reorientação no âmbito do financiamento e organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, composição e financiamento das equipes de APS, na abordagem comunitária em saúde, impactando de forma consistente a atuação da Psicologia na APS no Brasil.

Como impactos da experiência compartilhados e sistematizados nos diários de campo por meio das oficinas participativas de avaliação do Estágio Profissional, apontaram-se as seguintes questões: a experiência permitiu o fortalecimento do diálogo entre universidade, serviço de saúde e comunidade – como dispositivo de educação permanente em saúde; articulação teórico-prática; aprofundou a formação do Psicólogo para o SUS na medida em que diversos egressos continuaram seus processos de formação e atuação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Além disso, destacam-se também o processo de compreensão da atuação da Psicologia na Atenção Básica em Saúde e da Saúde Mental na ABS como dispositivo da RPB pelos trabalhadores e comunidade e, finalmente, as contribuições dos estagiários no fortalecimento da atuação no âmbito da saúde mental na Atenção Básica em Saúde em Parnaíba, município que tem enfrentado desafios importantes neste campo.

CONCLUSÃO

A Psicologia na ABS, como área de conhecimento e campo de práticas profissionais, surgiu do contexto de ampliação do direito à saúde por meio da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e da criação do SUS. Mostra-se necessário afirmar que o marco político-ideológico desse processo foi o movimento da Reforma Psiquiátrica, que contribuiu para a reorganização de um modelo de atenção à saúde mental que buscava superar o manicômio como cenário de cuidado, a organização da Rede de Atenção Psicossocial e a ampliação da atenção à saúde no âmbito do SUS.

Dessa forma, a partir da criação da estratégia do NASF, institucionalizou-se o processo de inserção da Psicologia na APS. É importante afirmar que, naquele momento de criação, havia desafios no cotidiano da formação e do trabalho no setor saúde que persistem até os dias de hoje.

Considerando tal processo, surge na academia um esforço teórico-prático de organização dos possíveis cenários de atuação. Em paralelo, outros atores, como o CFP e os Conselhos Regionais de

Psicologia (CRPs), a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), as secretarias municipais de saúde e o movimento estudantil, atuam para fortalecer a leitura, a análise, a implementação e a sistematização da atuação da Psicologia na APS. Assim, a organização deste relato de experiência é fruto de tal movimento de atores sociais em defesa da atuação da Psicologia em direção à ampliação do direito à saúde e às necessidades de saúde da população.

Compreende-se que há diversos desafios nesse processo, uma vez que é preciso fortalecer a educação permanente em saúde como espaço de diálogo entre universidade e sistemas de saúde. Encontraram-se desafios tanto na ausência de compreensão da atuação da Psicologia na ABS, da saúde mental na ABS, quanto do campo da educação permanente em saúde.

Emergiram como cenários de atuação a territorialização^{13,14}, a clínica ampliada, o matriciamento, o projeto terapêutico, os transtornos mentais comuns, o desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes, a escuta psicossocial em situações de violência, o acolhimento e a articulação da Rede de Atenção Psicossocial para o manejo dos transtornos mentais severos, matriciamento, etc. Como estratégias de abordagens comunitárias, emergiram a territorialização^{13,14}, o trabalho com grupos, a intersetorialidade e o fortalecimento da participação popular em saúde, entre outras.

Concluindo, compreende-se que o campo da Psicologia na APS se encontra em construção. Mostra-se importante reafirmar que a Psicologia amplia sua área de conhecimento e seu espaço de atuação direcionando o trabalho ao campo da determinação social da saúde, bem como potencializando o diálogo da clínica com a Saúde Coletiva. Outro posicionamento ético-político é o diálogo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, que fomenta a atuação integrada com as dimensões teórica, técnico-assistencial, jurídica, política e sociocultural.

Atualmente, tal proposição se encontra fortemente ameaçada pela agenda ultraneoliberal, conservadora, pautada por cortes de gastos, que atinge o SUS, além das mudanças na atual política nacional de APS. Estas últimas eliminam as ações de clínica ampliada, de abordagens comunitárias, de atuação do NASF e dos agentes comunitários de saúde (ACS). Entende-se que essas ações consistem em recuos importantes considerando os avanços do

SUS, a gestão em saúde, a ampliação da atenção à saúde e a própria organização do setor saúde no país.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ana Ester Maria Melo Moreira, Brenda Brito Ramos, Thalia Ariadne Peña Aragão, Letícia Dias Baroni, Kerolayne Castro Fontenele e José Lucas Soares Araújo contribuíram integralmente no processo de formulação das experiências, nas atividades de campo, no processo de delineamento, elaboração, sistematização e revisão crítica do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2008 jan. 24; Seção 1. p. 47-50.
2. Amarante PDC. Saúde, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 735-60.
3. Polejack L, Totugui LM, Gomes MGP, Conceição GMI. Atuação do psicólogo nas políticas públicas de saúde: caminhos, desafios e possibilidades. In: Polejack L, Vaz AMA, Gomes PMG, Wichrowski VC, organizadores. Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 31-50.
4. Iglesias A, Belotti M, Avellar, LZ. Análise documental sobre as normativas do trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Psicol Ciênc Prof [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 May 28]; 39(1):1-14. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v39/1982-3703-pcp-39-e185025.pdf>
5. Polejack L, Gomes PMG, Miranda MRN, Machado MPM. A psicologia na atenção básica: descobertas, conquistas, considerações e desafios no NASF. In: Polejack L, Vaz AMA, Gomes PMG, Wichrowski VC, organizadores. Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 99-127.
6. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: atenção básica e a rua. Interface (Botucatu) [serial on the internet]. 2014 [cited 2020 May 28]; 18(Suppl 1):919-30. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0919.pdf>
7. Macedo JPS, Soares FBP. Interseções entre a psicologia da saúde e saúde coletiva: uma revisão

integrativa. Rev Psicol Saúde [serial on the internet]. 2020 [cited 2020 May 28]; 12(1):33-47. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v12n1/v12n1a03.pdf>

8. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação do Psicólogos(as) na Atenção Básica em Saúde. Brasília (DF): Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas; 2019.

9. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva como campo de saberes e práticas. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3-12.

10. Giovanella L. Atenção primária em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 575-626.

11. Nepomuceno LB, Pontes RJS. O espaço socioprofissional da Estratégia de Saúde da Família sob a perspectiva de psicólogos. Psicol Ciênc Prof [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 May 28]; 37(2):289-303. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0289.pdf>

12. Nepomuceno LB, Brandão IR. Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: caminhos percorridos e desafios a superar. Psicol Ciênc Prof [serial on the internet]. 2011 [cited 2020 May 28]; 31(4):762-77. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n4/v31n4a08.pdf>

13. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciênc saúde colet [serial on the internet]. 2013 [cited 2020 May 28]; 18(8):2253-62. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/09.pdf>

14. Ximenes VM, Lemos EC, Silva AMS, Abreu MKA, Esmeraldo Filho CE, Gomes LM. Saúde comunitária e psicologia comunitária: suas contribuições às metodologias participativas. Psicol Pesq [serial on the internet]. 2017 [cited 2020 May 28]; 2(2):4-13. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v11n2/02.pdf>

15. Brasília. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cad Atenção Básica. 2013; (34).

16. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.

17. Ceccim RB. Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. Sanare (Sobral,

Online) [serial on the internet]. 2019 [cited 2020 May 28]; 18(1):68-80. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1307/688>

18. Montero M. Hacer para transformar: el método de la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós; 2006.

19. Fernandes MBF, Moreira MR. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na saúde coletiva. Physis [serial on the internet]. 2013 [cited 2020 May 28]; 23(2):511-29. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01033312013000200010&script=sci_abstract&tlng=pt

20. Paim JS. A COVID-19, a atualidade da reforma sanitária e as possibilidades do SUS. In Santos AO, Lopes LT, organizadores. Reflexões e futuro. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2021. p. 310-20.

21. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciênc saúde colet. 2020; 25(4):1475-81.

22. Morosini MVG, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad. saúde pública. 2020; 36(9):e00040220.



PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DIANTE DA COVID-19: HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

HEALTH PROMOTION PRACTICES FACING COVID-19: HUMANIZATION IN THE INTENSIVE CARE UNIT

PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD FRENTE A LA COVID-19: HUMANIZACIÓN EM UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

João Vitor Teixeira de Sousa ¹Amanda Maria Braga Vasconcelos ²Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque ³Lidyane Parente Arruda ⁴Roberlandia Evangelista Lopes ⁵Antonio Pereira Neto ⁶**Como Citar:**

Sousa JVT, Vasconcelos AMB, Albuquerque IMAN, Arruda LP, Lopes RE, Pereira Neto A. Práticas de promoção da saúde diante da covid-19: humanização em Unidade de Terapia Intensiva. Sanare (Sobral, Online). 2021; 20(2):115-120.

Descritores:

Humanização da Assistência; Pandemias; Unidades de Terapia Intensiva; Infecções por Coronavírus.

Descriptors:

Humanization of Assistance; Pandemics; Intensive Care Units; Coronavirus Infections.

Descriptores:

Humanización de Asistencia; Pandemias; Unidades de Terapia Intensiva; Infecciones por Coronavirus.

Submetido:

19/03/2021

Aprovado:

16/11/2021

Autor(a) para Correspondência:

João Vitor Teixeira de Sousa
Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Eubia Barroso, 4068,
Violete, Itapipoca, Ceará
CEP:62504-000
E-mail: joaovitors11@hotmail.com

RESUMO

A humanização se configura como temática central na atualidade, de modo que os cuidados devem ser dispensados de forma humanística ao indivíduo que vivencia o estar saudável e o estar doente. O objetivo deste texto é relatar experiências construídas na relação com pacientes e familiares, demonstrando a relevância da humanização na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Trata-se de relato de experiência da prática de enfermeiros na gestão e no cuidado ao paciente crítico internado em UTI com covid-19, embasado no referencial teórico de Hildegard Peplau. Nessa perspectiva, o diálogo se torna importante, ao passo que profissionais planejam a relação pessoa-pessoa, apresentando uma série de interações diárias, resultando em aprendizagem mútua em relação ao comportamento. Perceber, por meio das informações passadas pelos pacientes, os seus anseios não é tarefa fácil. É importante gerar significado em tudo o que escutamos, percebemos e fazemos enquanto relação paciente-enfermeiro. As utilizações de meios de comunicação foram e são importantes para a construção de interação na pandemia, como a covid-19, que incapacitou encontros físicos. Com isso, para a efetivação do cuidado humanizado, são imprescindíveis a comunicação e o relacionamento interpessoal de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

1. Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. E-mail: joaovitors11@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8933-6779>

2. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. E-mail: amandabragav@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4699-0233>

3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Promoção da Saúde. Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: izabellemontalverne@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0856-5607>

4. Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Centro Universitário INTA/UNINTA. E-mail: lidyanearente@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5218-1259>

5. Enfermeira. Doutora em Educação. Centro Universitário INTA/UNINTA. E-mail: roberlandialopes@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1066-9560>

6. Enfermeiro. Coordenador do Serviço de Unidade de Terapia Intensiva do Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo Itapipoca. E-mail: neto.santos.enf@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2186-7677>

ABSTRACT

Humanization is currently configured as a central theme, where care must be provided in a humane way to the individual who experiences being healthy and being sick. The objective of this text is to report experiences built in the relationship with patients and families, demonstrating the relevance of humanization in the Intensive Care Unit (ICU). Experience report of the practice of nurses in the management and care of critically ill patients admitted to the ICU with covid-19, based on the theoretical framework of Hildegard Peplau. From this perspective, dialogue becomes important, while professionals plan the person-person relationship, presenting a series of daily interactions, resulting in mutual learning regarding behavior. It is not easy to realize the patient's anxiety through the information given by them. To generate meaning in everything we hear, perceive, and do in the patient-nurse relationship is important. The use of means of communication were and are important for building interaction in a pandemic, such as Covid-19, which disabled physical encounters. Thus, for the realization of humanized care, communication and interpersonal relationships are essential, according to the needs of each individual.

RESUMEN

La humanización se configura como tema central en la actualidad, donde los cuidados deben ser dispensados de forma humanística al individuo que vive el estar sano o enfermo. El objetivo de este texto es relatar experiencias construidas entre pacientes y familiares, presentando la relevancia de humanización en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Relato de experiencia de la práctica de enfermeros en la gestión y en el cuidado al paciente crítico internado en UTI con covid-19, basado en el referencial teórico de Hildegard Peplau. En esa perspectiva, el dialogo es importante, ya que profesionales hacen planes entre la relación persona-persona, presentando interacciones cotidianas, resultando el aprendizaje mutuo en relación al comportamiento. Percibir, por los pacientes, sus miedos no es tarea fácil. Es importante generar significado en lo que escuchamos, percibimos y hacemos en la relación paciente-enfermero. Las utilizaciones de medios de comunicación fueron y son importantes para la construcción de interacción en la pandemia, como la de Covid-19, que imposibilitó encuentros físicos. Con eso, para efectucción del cuidado humanizado, son imprescindibles la comunicación y el relacionamiento interpersonal de acuerdo a la necesidad de cada individuo.

INTRODUÇÃO

As práticas humanizadoras em saúde, a partir do olhar de enfermeiros, vão muito além da realização de procedimentos; ações simples como comunicação, cuidado dialogado e interação social com os usuários podem ser importantes na construção de vínculo, que é a base para a construção de corresponsabilização do cuidado e pode ser efetivo no alcance da resolutividade dos problemas de saúde. A humanização tem se configurado como uma temática central na atualidade, principalmente no momento delicado de uma pandemia, em que os cuidados devem ser dispensados de forma humanística ao indivíduo que vivencia o estar saudável e o estar doente, sem excluir a participação da família nesse processo de saúde-doença-recuperação¹.

Ao longo dos tempos, a formação profissional e a organização dos serviços de saúde tendeu a valorizar o especializado e os processos médicos hegemônicos, tendo como base um paradigma cartesiano de comparação do homem com uma máquina de produção. Dessa forma, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

podem se apresentar nesse paradigma, devido ao aparato tecnológico, caracterizado por ser um ambiente de compartilhamento interprofissional, em que cada categoria dispensa seu saber especializado e fragmentado².

Diante dessa complexidade de tecnologias para a efetivação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, pode-se ter como embasamento a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2001, e que tem como principal papel a promoção dos princípios do SUS, sendo efetivados por intermédio de uma assistência à saúde com qualidade, pautada nos valores humanos e condições de trabalho dignas para os profissionais³.

Para os enfermeiros, algumas teorias de enfermagem podem também embasar um cuidado humanizado, como propõe Hildegard Peplau, já em 1952, através da Teoria das Relações Interpessoais na Enfermagem, em que a abordagem terapêutica e o relacionamento interpessoal com o paciente e a família influenciarão diretamente na identificação de problemas de saúde e, consequentemente, na resolução destes, responsabilizando o enfermeiro

acerca do cuidado integral ao paciente⁴.

A necessidade de humanização do cuidado prestado na assistência aos pacientes internados por covid-19 força a busca por atividades e métodos que respaldem teoricamente essa interação entre paciente-enfermeiro-família, tendo os seguintes pressupostos: a interação entre a equipe de enfermagem, paciente e família é fundamental para um cuidado efetivo; a equipe precisa considerar as necessidades da família diante de situações estressantes; a interação da equipe de enfermagem com os familiares e o paciente precisa ser estabelecida por meio do diálogo e da busca dos significados que as experiências de doença geram em cada pessoa; a afetividade proporcionada entre familiares e paciente é fundamental para a sua recuperação e é mais eficaz do que qualquer relação profissional; a comunicação em suas diferentes formas é o principal meio para favorecer a interação⁵.

Assim, evidencia-se a relevância da humanização do cuidado na UTI, contemplando o reconhecimento da individualidade do paciente e de sua família como seres humanos, bem como a humanização dos próprios trabalhadores que ali atuam, a partir de alguns pressupostos, com o intuito de promover a saúde e a autonomia dos sujeitos que ali se encontram ou que permeiam o processo, no caso, os familiares.

O objetivo deste texto é relatar experiências construídas na relação com pacientes e familiares, demonstrando a relevância da humanização do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, oriundo da prática de enfermeiros atuantes na gestão e no cuidado ao paciente crítico, acometido por covid-19 e internado em Unidade de Terapia Intensiva, em um Hospital da Região Norte do Estado do Ceará. A experiência se deu com a abertura da UTI Covid em abril de 2020 até janeiro de 2021.

Na admissão do paciente à UTI, onde provavelmente seria a primeira e única oportunidade de contato presencial com os familiares responsáveis, era seguido o fluxo: 1) Orientação, encaminhamento e esclarecimento dos processos ocorridos durante a internação, especialmente em relação à proibição de visitas e contatos físicos no período de pandemia, estabelecido pela Recomendação n.º 036, de 11 de maio de 2020, do Conselho Nacional de Saúde⁶; 2) Encaminhamento do familiar responsável ao

setor de assistência social, onde realizavam-se os cadastros de números telefônicos para que se pudesse realizar ligações e videochamadas, o que se configura como uma intervenção para amenizar o sofrimento dos familiares e considerar também os significados atribuídos pela família à experiência de dor e sofrimento daquele momento, visto que há disparidade em relação à resposta emocional de cada indivíduo.

Compreende-se que é fundamental o processo de interação, assim como o comprometimento emocional dos profissionais com aqueles que requerem ajuda, reconhecendo a relevância de estar atento às manifestações de sofrimento, medo, angústia, entre outros sentimentos e formas de expressá-los.

Diante desse contexto, caberá ressaltar a importância do enfermeiro nesse processo de interação, para que se desenvolva a capacidade de enfrentamento das diversas situações que surgem na prática diária desse profissional. Com isso, esse processo de interação profissional-paciente-família foi baseado no referencial teórico de Hildegard Peplau, que permeia práticas de cuidados de enfermagem e os divide em quatro etapas: orientação, identificação, exploração e resolução⁴.

Nesse sentido, entendemos que a comunicação é um artefato básico do cuidado, principalmente para a equipe de enfermagem, de modo que se faz presente em todos os processos que envolvem o paciente, e é necessária para orientar, apoiar e suprir as necessidades. Utilizando-se dessa técnica, Hildegard E. Peplau desenvolveu, em 1952, a Teoria das Relações Interpessoais, cujo foco é a centralização do cuidado e criação de vínculo entre paciente-enfermeiro. Os elementos centrais e fundamentais dessa prática de relações interpessoais são os pacientes; no entanto, a teoria de Peplau busca moldar as interações que já acontecem rotineiramente, porém de forma intuitiva⁷.

A saúde ofertada aos usuários necessita ter definição clara, de maneira a facilitar os movimentos de avanço dos pacientes, de forma participativa. O processo interpessoal é realizado a partir de quatro fases distintas: orientação, identificação, exploração e solução, e essas fases podem ser livremente incorporadas dentro do processo de enfermagem. Dentro dessa metodologia, as relações interpessoais são usadas para a resolução de problemas, assim como as técnicas, porém, quando isoladas, não levam à autonomia. O objetivo primordial dessas relações é ajudar os indivíduos e a família a produzirem

mudanças que influenciem de forma positiva em sua recuperação, e, por intermédio dessas relações, é construído coletivamente um objetivo, em que ambas as partes, profissional-paciente, devem deter o mesmo pensamento para que se chegue a um resultado comum. Por meio desse objetivo compartilhado, tem-se a oportunidade de intensificar a comunicação terapêutica, tendo como finalidade a identificação e o entendimento de saúde do paciente⁸.

Os resultados serão apresentados em três categorias temáticas: A preparação do território para a criação de vínculo; A convivência como fundamento de estabelecimento de relação interpessoal; Refazendo os caminhos do cuidar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A preparação do território para a criação de vínculo

A admissão de um paciente em UTI requer, em boa parte das vezes, rápidas intervenções e comoção de toda a equipe multiprofissional. Os pacientes, por estarem adentrando um serviço de alta densidade tecnológica, são obrigados a experienciar novas sensações, que nem sempre são confortáveis: a luminosidade forte, os sons de várias máquinas e as múltiplas avaliações profissionais não distanciam uma possível interpretação de um local em que predominam a frieza e a atuação mecanizada⁹.

Daí a necessidade de ações e intervenções que busquem a mudança dessa realidade. Nem sempre é possível essa interação verbal com o paciente, visto que, por vezes, este já chega ao serviço fazendo uso de sedação, em ventilação mecânica, o que não impede o cuidado humanizado; porém, essa atenção verbal tende a ser mais voltada para a família, pois será esta que responderá as dúvidas iniciais em relação à condição de saúde do paciente.

A família, frequentemente, encontra-se fragilizada e angustiada diante da possibilidade da morte, o que pode dificultar a clareza do entendimento de alguns processos, fazendo-se necessário recorrer às pessoas próximas do paciente que se apresentem mais íntegras emocionalmente durante esse período crítico inicial. Diante desse aparato, surge a necessidade de um olhar holístico e atento aos acontecimentos, prestando sempre atenção às diferentes manifestações, pois não é possível planejar ou desenvolver intervenções,

dentro do alcance da enfermagem, se não houver uma observação hábil e conhecedora da realidade da maioria das famílias. A observação é um instrumento importante quando almejamos a construção de relações interpessoais¹⁰.

Nessa perspectiva, é necessária a sistematização de algumas informações, que são direcionadas tanto aos familiares quanto aos pacientes, o que auxilia na redução da ansiedade. Quando se pensa em internação em UTI, essas informações repassadas, que são em grande parte explicativas em relação às rotinas da UTI, esclarecem e aliviam o medo da permanência dentro desse ambiente tão temido socialmente. Essas informações repassadas estabelecem avanço na relação interpessoal entre equipe de enfermagem e o grupo familiar, incluindo o paciente, e possibilitam uma comunicação efetiva, o que ajuda na clareza e no entendimento nos contatos posteriores¹¹.

A utilização de meios de comunicação é importante para a construção de interação entre enfermeiro e familiares, principalmente em tempos de pandemia como a de covid-19, que incapacitou encontros físicos. A videochamada, realizada quando o paciente se encontra estável, tornou-se um processo-chave para a criação de vínculo, assim como para reduzir a sensação de abandono que alguns familiares relatavam, quando, por sua vez, deixam seus familiares em internação dentro de uma UTI, recebendo notícias apenas uma vez ao dia¹².

A convivência como fundamento para estabelecimento de relação interpessoal

Perante a permanência do paciente dentro do ambiente de UTI, que pode ser prolongada ou não, este passará por diversas experiências, seja de modo a senti-las, na realização de procedimentos, ou no modo de visualização, presenciando procedimentos em outros pacientes, o que pode contribuir para o desenvolvimento de ansiedade e apreensão. Nessa perspectiva, o diálogo se torna importante, ao passo que os profissionais enfermeiros planejam essa relação pessoa-pessoa, na tentativa de incluir o paciente, numa modalidade que vai além de simplesmente falar com o paciente, mas saber o que vai ser dito, apresentando uma série de interações diárias com essa pessoa, o que resulta em aprendizagem mútua em relação ao comportamento, tanto do profissional enfermeiro como do paciente¹³.

Perceber através das informações passadas pelos pacientes os seus anseios não é tarefa fácil, é

importante gerar significado em tudo aquilo que se escuta, percebe e faz enquanto relação paciente-enfermeiro. É necessário levar em consideração as angústias apresentadas, principalmente daqueles relatos nos quais o paciente tem a confiança de mostrar seus temores, medo do ambiente, medo da morte, inquietude devido ao processo de interrupção da capacidade de trabalho, dentre outros.

Além de uma escuta qualificada, é perceptível e necessário o comprometimento emocional do enfermeiro para com o paciente; através do desenvolvimento emocional e do compromisso com o bem-estar do próximo, conseguimos nos transcender e nos interessar pelas histórias de vida das pessoas. Essa relação terapêutica deve envolver também a família, respeitando a individualidade de cada situação. O paciente deve ser envolvido no seu processo de recuperação e os cuidados devem ser dispersados com foco no conjunto paciente-família, de modo que se propicie clima acolhedor, que dê abertura para a retirada de dúvidas, abrindo caminhos para uma interação saudável, não esquecendo que a enfermagem deve sempre considerar os aspectos físicos, emocionais, éticos, espirituais e sociais no seu ato de cuidar¹⁴.

Refazendo os caminhos do cuidar

Quando a comunicação se torna uma necessidade para a realização do cuidado, a aproximação com os indivíduos é inevitável, e se manifesta através de afeto, palavras colocadas em forma de estímulos verbais, para aqueles que, de certa forma, dependem do cuidado de enfermagem, não para o lado técnico, mas um cuidado mais holístico, por meio do qual se procura atingir uma dimensão mais profunda, com a criação de vínculo e a interpretação dos significados atribuídos pelo paciente e por seus familiares dentro desse novo contexto de vida¹⁵.

A presença da equipe de enfermagem é inegavelmente importante, uma vez que é o grupo de profissionais que se mantém 24 horas próximo ao paciente, o que gera uma relação maior de confiança. Diante dessa atuação diária, faz-se necessária a realização de autoquestionamentos acerca da mecanicidade do trabalho, devendo-se sair do modo operacional e procurar um modo mais cotidiano, em que se deve aprender que a utilização de tecnologias duras como aliadas na dispensação e desburocratização do cuidado pode possibilitar um maior tempo para a realização de tarefas com o

paciente e seus familiares¹⁶.

Com as ações de humanização, é gratificante quando se tem retorno positivo do próprio paciente e da família, não no sentido de devolução de bens, mas assistir à recuperação e conseguir enxergar a gratidão pela assistência prestada, pelos relatos de amenização de sofrimento durante a internação, possibilitada pelas intervenções realizadas.

CONCLUSÃO

É necessário manter constantes as autoavaliações enquanto ser profissional dispensador de cuidado. Agir diante de sentimentos de medo e de angústia requer muita cautela e respeito às condições humanas. Quando se capta esse modo de agir, aumentam-se as sinapses de receptividade e de disponibilidade para escutar, mesmo diante do cenário de isolamento social que a pandemia impõe.

Acredita-se que para a efetivação de um cuidado humanizado são imprescindíveis a comunicação e o relacionamento interpessoal de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Envolver e ofertar maneiras de participação da família nesse processo de cuidado pode satisfazer muitas necessidades emocionais e espirituais dos pacientes. Pode-se dizer que a enfermagem desenvolve um papel importante nesse espaço terapêutico, pois, dentro do seu processo de cuidar, desenvolve ações e busca meios para que o paciente potencialize sua autonomia, com vistas ao alcance de sua independência.

Pode ser percebida como fragilidade deste estudo a metodologia de relato de experiência, a qual não permitiu trazer as impressões e falas dos pacientes, o que seria interessante para o enriquecimento do texto. Porém, traz uma grande contribuição para as práticas humanizadoras do cuidado e para a sistematização da assistência de enfermagem, uma vez que utiliza de teoria de enfermagem como embasamento para o cuidado.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

João Vitor Teixeira de Sousa contribuiu com a escrita da experiência. **Amanda Maria Braga Vasconcelos** contribui com a revisão da escrita, organização do texto e confecção do resumo. **Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, Roberlandia Evangelista Lopes, Lidiane Parente Arruda e Antônio Pereira dos Santos Neto** contribuiu com a revisão e organização do texto.

REFERÊNCIAS

1. Silva JNB, Gomes ACMS, Guedes HCS, Lima EAP, Januário DC, Santos ML. Comportamentos dos profissionais de enfermagem na efetivação da humanização hospitalar. *Rev Fun Care Online* [serial on the internet]. 2020 [cited 2020 Oct 13]; 12:471-478. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-1087518>
2. Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. *Interface (Botucatu)* [serial on the internet]. 2009 [cited 2020 Oct 13]; 13(supl.1):571-80.
3. Brasil. Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. Fernandes RL, Miranda FAN. Análise da teoria das relações interpessoais: cuidado de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. *Rev enferm UFPE* [serial on the internet]. 2016 [cited 2020 Dec 12]; 10(2). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11032>
5. Silveira RS, Lunardi VL, Filho WDL, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto contexto enferm*. 2005; 14:125-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000500016>
6. Brasil. Recomendação n.º 036, de 11 de maio de 2020. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.
7. Peplau, H. E. Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Masson-Salvat; 1990.
8. George, J. B. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
9. Anjos YYF, Vasconcelos BSN, Marques CRG, Aragão NVBT, Santos ES. Escores prognósticos à admissão e desfechos de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev eletrônica Acervo Saúde*. 2020; 12(11):e4765-e4765. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e4765.2020>
10. Maciel MG, Melo BD, Pereira DR, Serpeloni F, Kabad JF, Souza e Souza M, et al. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: cuidados paliativos-orientações aos profissionais de saúde. Fiocruz: Rio de Janeiro; 2020.
11. Abreu-Figueiredo RMS, Sá LO, Lourenço TMG, Almeida SSBP. Ansiedade relacionada à morte em cuidados paliativos: validação do diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2019; 32:178-185. 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900025>
12. Barbosa Filho A. Comunicação e Covid-19. In: Castro D, Dal Seno D, Pochmann M, organizadores. *Capitalismo e a Covid-19*. São Paulo: Edufac; 2020. p. 47-55.
13. Bordin D, Vascoski VC, Pereira ARG, Santos CB, Zanesco C, Fadel CB. Relação entre empatia e qualidade de vida: um estudo com profissionais da atenção primária à saúde. *REME*. 2019; 23:1-8. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190101>
14. Travelbee, J. Intervencion em enfermeria psiquiatrica. Colombia: Carvajal; 1979.
15. Guimarães QV, Coêlho LPI, Santos MBL, Costa ACM, Pereira BM, Silva JTP. Vivência de puérperas diante da assistência obstétrica no processo parturitivo. *Sanare (Sobral, Online)*. 2020; 19(1). doi: <https://doi.org/10.36925/sanare.v19i1.1404>
16. Ferreira PC, Machado RC, Martins QCS, Sampaio SF. Classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva: comparação entre instrumentos. *Rev gaúcha enferm*. 2017; 38(2). doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62782>

DIRETRIZES PARA AUTORES

SANARE (*tornar sã, em latim*) é uma revista que tem por finalidade divulgar toda e qualquer experiência, prática e teórica, em políticas públicas na área de Saúde Coletiva, como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização voltado para a construção de novos paradigmas sobre a gestão governamental. A Revista, de periodicidade semestral, publica artigos que contribuem com saberes e práticas na área da Saúde Coletiva passando pelo debate da construção da interdisciplinaridade nessa seara. A submissão dos artigos far-se-á pela plataforma online: <http://sanare.emnuvens.com.br>

CATEGORIAS DE ARTIGOS

A SANARE – Revista de Políticas Públicas publica artigos temáticos, originais, artigos de revisão e relatos de experiências.

A apresentação dos manuscritos deve obedecer às regras de formatação definidas nessas Diretrizes para Autores, diferenciando-se apenas pelo número permitido de palavras em cada uma das categorias.

- **Artigo Original:** de caráter original e inédito, demonstra resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto, avaliação de programas e/ou análises de custo-efetividade. Cada artigo deve conter introdução, objetivos e/ou hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde coletiva (entre 4.000 a 5.000 palavras);
- **Relatos de Experiência:** São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde coletiva de caráter intervencionista, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior aprofundamento (entre 3.000 a 4.000 palavras).
- **Artigos de Revisão ou Teóricos:** compreende a análise da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões (entre 4.000 a 5.000 palavras).

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. A identificação de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação. Por plágio considera-se copiar um estudo, ou parte dele, de outro autor ou mesmo de publicação própria (autoplágio). Para maiores informações sobre plágio, acesse o link <http://www.dsce.fee.unicamp.br/~antenor/Plagio.pdf>

Da autoria

O número máximo de autores do manuscrito está limitado a seis (06).

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve basear-se nas deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors* (<http://www.icmje.org>) que orienta os seguintes aspectos a serem considerados na contribuição substancial para o reconhecimento da autoria: 1. Concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou a sua revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e, 3. Aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Importante!

Após a aprovação do Artigo e recebimento de Carta de Aprovação, os autores devem atender os seguintes passos:

- Confirmar a intenção de publicação dentro de 48 horas e, na sequência, cumprir os requisitos do processo de edição de texto, enviando o manuscrito para o(a) Editor(a) de Texto oficial da Revista.

A Revista não cobra taxas de submissão e publicação. Contudo, o processo de revisão da língua portuguesa e tradução dos títulos e resumos para o inglês e espanhol serão financiados pelos autores.

FORMA E PREPARO DOS MANUSCRITOS

Formato

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, margens de 2 cm em todos os lados; fonte *Times New Roman*, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

Estrutura

I. A ordem dos elementos que compõem o corpo do manuscrito deve obedecer ao seguinte padrão: título em português, inglês e espanhol; resumo e descritores; abstract e descriptors; resumen e descriptores; texto (introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusão); contribuição dos autores e referências.

II. Deverá conter as seguintes informações no cabeçalho, nessa ordem: 1) título do artigo, com no máximo 15 palavras em cada **idioma** (Português, Inglês e Espanhol). **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria**; os dados de todos os autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão (Passo 3 – Inclusão de Metadados).

III. **Resumo: Português/Inglês/Espanhol.** O resumo deverá conter de 150 a 200 palavras em cada um dos idiomas, apresentando: objetivo da pesquisa, metodologia adotada, principais resultados e conclusões. Cada resumo deve ser escrito em um parágrafo único, sem subtítulos. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Os resumos em **inglês e espanhol são de responsabilidade dos autores**. Porém, podem ser revistos e solicitadas modificações a partir do parecer do Conselho Editorial da SANARE – Revista de Políticas Públicas. Apresentar, sequencialmente, os resumos nesta página de identificação.

IV. **Descritores:** incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>), separados entre si por ponto-e-vírgula.

V. Às tabelas e quadros deve-se atribuir um título breve. Notas explicativas podem ser colocadas abaixo da tabela/quadro. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem fazer a citação do autor e revista; devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, sem cores, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. Conteúdo em fonte 12pt com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da Revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

VI. As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, utilize escala de cinza e outros recursos para impressão em preto e branco. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem fazer a citação do autor e revista.

VII. A quantidade de Tabelas e Figuras não deve ser superior a cinco (05).

VIII. Abreviaturas e símbolos: Não deve conter abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

IX. Aspectos Éticos: nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão deixar claro que as mesmas atenderam à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deve ser encaminhado sob a forma de documento digitalizado via Documentos Suplementares (Passo 4 da submissão do artigo).

X. Citação de Referência: numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. **Identificar as referências no texto por números arábicos sobrescritos e antes da pontuação necessária**, sem a identificação do autor e ano, e sem uso de parênteses. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex: 1-3); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,3,5). Quando a citação for direta, deve acrescer o número da página (ex.: 4:54).

XI. NÃO USAR rodapé/notas/espacamento entre parágrafos.

XII. Cada autor deverá assinar uma **“Declaração de Responsabilidade”** na qual seja especificada a contribuição de cada um, conforme modelo (Anexo 1), e anexada via Documentação Suplementar. Entretanto, no corpo do manuscrito deve conter a CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES; este item deve ser apresentado antes da seção “Referências”.

XIII.

Exemplo:

Paulo Átila da Silva Viana contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Joaquim David Carneiro Neto** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Camila Teles Novais**, **Isabelle Furquim Guimarães** e **Yan Sousa Lopes** contribuíram com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Breno Cotrim Reis** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

Serão aceitas, no máximo, 30 referências, orientando-se incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Os autores são os responsáveis pela exatidão das referências.

1. As referências seguem o estilo Vancouver, tendo como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

2. Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

3. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

4. As referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que foram mencionadas pela primeira vez no texto.

5. NÃO APRESENTAR referências de monografias, dissertações e teses (exceto quando a pesquisa incluir Banco de dissertações/teses em pesquisas de Revisões).

Exemplos:

- Livros como um todo:

Dias FAC, Dias MAS. Território, cultura e identidade. Rio de Janeiro: Abrasco; 2010.

- Capítulo de livro:

Lachapelle R. L'expertise Québécoise D'action Territoriale en Promotion de La Santé. In: Dias FAC, Dias MSA, organizadores. Território, Cultura e Identidade. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2010. p. 48-79.

- Trabalhos apresentados em eventos científicos:

Moreira V. O método fenomenológico mundano na pesquisa em saúde. In: Anais do 4º Congresso de Pesquisa Ibero americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde; 2010; Fortaleza: Abrasco; 2010. p.143.

- Artigos de periódicos:

- 1) Artigo Padrão

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet 2010;15(5):2297-305.

- 2) Com mais de seis autores

Carneiro Neto MC, Carneiro JC, Moreira AP, Soares CHA, Pinto VPT, Melo MSS, et al. Aspectos jurídicos do enfrentamento da dengue no município de Sobral, Ceará. Sanare 2010;9(1):27-8.

- 3) Instituição como autor

Fundação Oswaldo Cruz. O legado de Oswaldo Cruz. Hist Cienc Saude Manguinhos. 2007;10:40-1.
Material eletrônico

- 4) Artigo de revista em formato eletrônico

Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2003 [cited 2012 Apr 21];11(4):525-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf>

Castro SS, Pelicioni AF, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP et al. Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo. Rev saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2012 Jun 10];44(4):601-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/03.pdf>

Rozenfeld M. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>

Matéria publicada na Internet

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança - 2006 [home-page on the Internet]. [cited 2014 Mar 20]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds>

