

ISSN: 1676-8019    ISSNe: 2317-7748

# SANARE

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS



## **SANARE**

Revista de Políticas Públicas

SANARE (Sobral, Online). 2022 Jul. – Dez.;21(2), p.01-138.

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/NATIONAL**

Adriana Gomes Nogueira Ferreira - UFMA  
Aluisio Ferreira de Lima - PUCSP  
Andrea Silvia Walter de Aguiar - UFC  
Ant. 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  
Fco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto - UVA  
Geison Vasconcelos Lira - UFC  
Gerardo Cristino Filho - UFC  
Glauberto 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 Júnior - 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 – Universidade do Porto,  
Portugal  
Francisco Antonio Loiola - Université de Montréal  
(Québec), Canadá  
Mirella Maria Soares Veras – Universidade de Ottawa,  
Canadá  
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu - Escola Superior de  
Enfermagem do Porto, Portugal  
Zulma Consuelo Urrego Mendoza - Universidad Nacional  
de Colombia

#### **PREFEITURA**

Ivo Ferreira Gomes  
*Prefeito*

Christianne Marie Aguiar Coelho  
*Vice-Prefeita*

Letícia Reichel dos Santos  
*Secretária da Saúde*

Osmar Arruda da Ponte Neto  
*Diretor da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia*

## PRODUÇÃO

Maria Socorro de Araújo Dias  
*Editora-Chefe*

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto  
*Diagramação*

Brisana Índio do Brasil Macêdo Silva  
Karina Oliveira de Mesquita  
Lielma Carla das Chagas Silva  
Osmar Arruda da Ponte Neto  
Paloma de Vasconcelos Rodrigues  
*Editores(as)-Assistentes*

Martônio Holanda  
*Capa*

Versão Digital

SANARE, Revista de Políticas Públicas v.21, n.2, Jul./Dez. 2022  
- Sobral[CE]: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, 2022.

Semestral

ISSN: 1676-8019      ISSNe: 2317-7748

1. Políticas públicas    2. Políticas públicas periódicos    3. Políticas de saúde  
4. Saúde coletiva

CDD:362.1098131

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

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/>



**EDITORIAL .....5**

**A COVID-19, OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E AS INEQUIDADES DOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE BRASILEIROS .....6**

COVID-19, THE SOCIAL HEALTH DETERMINANTS AND THE INEQUALITIES OF BRAZILIAN HEALTH TERRITORIES  
LA COVID-19, LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LAS INEQUIDADES DE LOS TERRITORIOS DE SALUD  
BRASILEÑOS

*Camilo Darsie, Gabriel Felipe Tosta, Douglas Luís Weber, Vera Elenei da Costa Somavilla, Matheus Santos de Souza, Daniel Felipe Schroeder*

**A (IN)VISIBILIDADE DO RACISMO ESTRUTURAL NO CUIDADO EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE MULHERES NEGRAS COM CÂNCER DE MAMA.....15**

THE (IN)VISIBILITY OF STRUCTURAL RACISM IN HEALTH CARE: PERCEPTION OF BLACK WOMEN WITH BREAST CANCER  
LA (IN)VISIBILIDAD DEL RACISMO ESTRUCTURAL EN LA SALUD: PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES NEGRAS CON CÁNCER DE MAMA

*Marcio Costa de Souza, Kamila Freitas Trindade, Evelin Duarte Serpa, Débora Lopes dos Santos, Magno Conceição das Mercês, Milene Pereira de Souza Santos*

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DISCUSSÃO DE UM CASO .....23**

PALLIATIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: CASE DISCUSSION  
CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD: DISCUSIÓN DE UN CASO

*José Roque Junges, Rafaella Schaefer, Priscila Pereira da Silva Lopes, Camila Nied, Simone Weber*

**RISCOS OCUPACIONAIS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: REPERCUSSÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....34**

OCCUPATIONAL RISKS IN NURSING PRACTICE: REPERCUSSIONS ON WORKER'S HEALTH OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY  
RIESGOS OCUPACIONALES EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: REPERCUSIONES EN LA SALUD DEL TRABAJADOR DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

*Maria Elisamara Rodrigues Soares Mota, Dilene Fontinele Catunda Melo*

**EPIDEMIOLOGIA E POSSÍVEIS INTERVENÇÕES PARA AS HEPATITES VIRAIS EM JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS.....42**

EPIDEMIOLOGY AND POSSIBLE INTERVENTIONS FOR VIRAL HEPATITIS IN JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS  
EPIDEMIOLOGÍA Y POSIBLES INTERVENCIONES PARA LAS HEPATITIS VIRALES EN JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS

*Laura Paranhos Couto da Costa, João Paulo Moreira Fernandes, Nikolas Lisboa Coda Dias, Letícia Martins Okada, Stefan Vilges de Oliveira*

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICO-CIRÚRGICAS NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO .....53**

NURSING CARE FOR THE PREVENTION OF ANESTHETIC-SURGICAL COMPLICATIONS IN THE IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD  
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ANESTÉSICO-QUIRÚRGICAS EN POSTOPERATORIO INMEDIATO

*Rosemary Marques de Moraes, Ingrid Kelly Moraes Oliveira, Keila Maria de Azevedo Ponte Marques*

**TENDÊNCIA TEMPORAL DE ÓBITOS POR SUICÍDIO EM UM ESTADO DO NORDESTE DO BRASIL ...61**

TEMPORAL TREND OF DEATHS BY SUICIDE IN A STATE IN THE NORTHEAST OF BRAZIL  
TENDENCIA TEMPORAL DE MUERTES POR SUICIDIO EN UN ESTADO DEL NORDESTE DE BRASIL

*Karinna Alves Amorim de Sousa, Rafael Macedo de Oliveira, Layze Braz de Oliveira, Nelson Silva Rodrigues Júnior, Antônio Filho Alves Rodrigues, Aline Raquel de Sousa Ibiapina*

**FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO EM IDOSOS.....69**

RISK FACTORS FOR DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE  
FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

*Esther Alves Fernandes, Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues*

**ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA URBANA: REVISÃO INTEGRATIVA.....78**

STRATEGIES FOR CONFRONTING URBAN VIOLENCE: INTEGRATIVE REVIEW

ESTRATEGIAS PARA EL ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA URBANA: REVISIÓN INTEGRATIVA

*Diógenes Farias Gomes, Lúcia Conde de Oliveira, Maria Socorro de Araújo Dias*

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE DIREITOS X EFETIVIDADE NO ACESSO A MEDICAMENTOS .....92**

PUBLIC HEALTH POLICIES: REFLECTIONS ON RIGHTS X EFFECTIVENESS IN THE ACCESS TO MEDICATION

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD: REFLEXIONES ACERCA DE LOS DERECHOS X EFECTIVIDAD EN EL ACCESO A

MEDICAMENTOS

*Mirian Cristina Ribas, Bruno Pedroso*

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NA SAÚDE: CONCEITOS, PRESSUPOSTOS E ABORDAGENS TEÓRICAS ..101**

HEALTH EDUCATION AND EDUCATION IN HEALTH: CONCEPTS, ASSUMPTIONS AND THEORETICAL APPROACHES

EDUCACIÓN EN SALUD Y EN LA SALUD: CONCEPTOS, PRESUPUESTOS Y ABORDAJES TEORICOS

*Denise Lima Nogueira, Maria do Socorro de Sousa, Maria Socorro de Araújo Dias, Vicente de Paulo Teixeira Pinto, Ana Cristina Lindsay,*

*Márcia Maria Tavares Machado*

**EVITABILIDADE DO ÓBITO MATERNO, FETAL E INFANTIL: A EXPERIÊNCIA DO COMITÊ DE MORTALIDADE EM SOBRAL-CE.....110**

PREVENTABILITY OF MATERNAL, FETAL AND CHILD DEATH: THE EXPERIENCE OF THE COMMITTEE OF MORTALITY IN SOBRAL-CE

EVITABILIDAD DEL FALLECIMIENTO MATERNO, FETAL E INFANTIL: LA EXPERIENCIA DEL COMITÉ DE MORTALIDAD EN SOBRAL-CE

*Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo, Laís Maria Germano Canuto Sales, Maria Socorro de Araújo Dias, Josiane Alves Dorneles, Juliana Rodrigues Pinto, Liana Gonçalves Aragão Rocha*

**TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE COM A PSICOLOGIA DIANTE DAS QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL .....117**

COMMUNITY HEALTH AGENTS WORK WITH PSYCHOLOGY WHEN FACING MENTAL HEALTH ISSUES

TRABAJO DE AGENTES COMUNITARIAS DE SALUD CON LA PSICOLOGÍA FRENTE A LAS CUESTIONES DE SALUD MENTAL

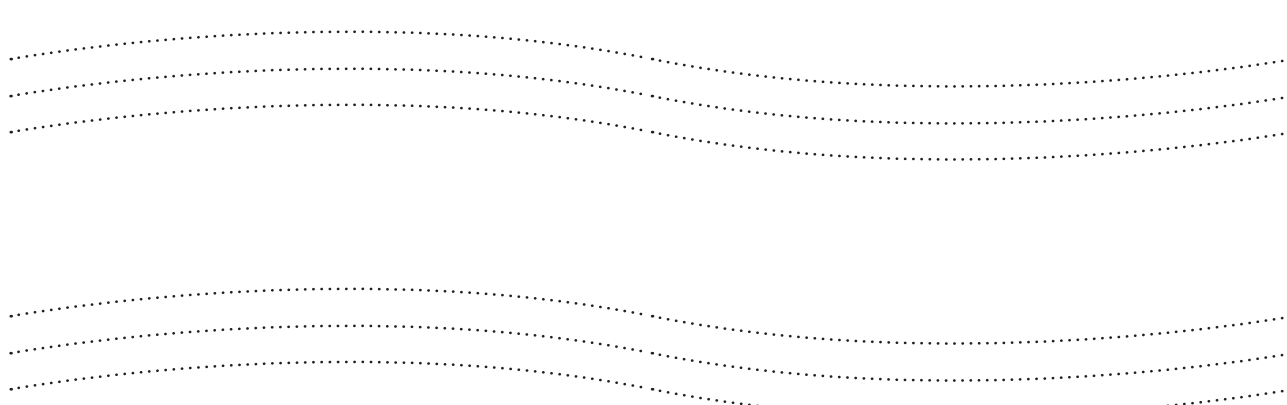
*Beatriz de Sousa Pinho, Ronaldo Rodrigues Pires*

**USO DE *PODCAST* INFORMATIVO NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 .....126**

USE OF INFORMATIONAL *PODCAST* IN PRIMARY CARE: EXPERIENCE REPORT IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

USO DE *PODCAST* INFORMATIVO EN CUIDADOS BÁSICOS: INFORME DE EXPERIENCIA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

*Terezinha de Jesus Nogueira Oliveira, Jamilly Fernanda Brito Rodrigues, Cássia de Andrade Araújo*



## EDUCAÇÃO NA SAÚDE: ECOS DE RESISTÊNCIA E ESPERANÇA

O Sistema Único de Saúde (SUS), como ordenador da formação dos profissionais da área da saúde, ao longo dos anos, tem desenvolvido ações e programas, por meio dos Ministérios da Educação e da Saúde, almejando a mudança de paradigma da educação dos profissionais de saúde, com incentivo à incorporação e enaltecimento dos princípios ético-políticos que fundamentam as políticas de saúde pública no Brasil.

No entanto, a conjuntura política, social e econômica que recaiu sobre o país nos últimos anos promoveu crises de diversas ordens, desestabilizou e acarretou retrocessos às políticas públicas, incluindo, nesse bojo, e, principalmente, as políticas de educação e saúde.

Na seara em que essas políticas fazem intersecção, a educação na saúde, esse desmonte provocou danos imensuráveis, que perpassam a insuficiência de financiamento, a descontinuidade de programas, mas, em especial, danos identitários, com feitos de valorização do setor privado, bem como ausência de diálogo com as instituições públicas, que, historicamente, contribuem na execução e qualificação dessa política, destacando-se as figuras da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) e da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA).

Tal cenário impôs a profissionais de saúde, estudantes, gestores e usuários, que acreditam e defendem o SUS, a necessidade de uma postura combativa, de enfrentamento, resistência, mas também resiliência e, sobretudo, esperança.

Felizmente, a dinâmica que o Estado Democrático de Direito possibilita, oportuniza transformações férteis e a confiança na retomada do diálogo, da colaboratividade e da centralidade das políticas públicas de educação na saúde pautadas nas necessidades que emergem do cotidiano de práticas na realidade do SUS.

Avizinha-se um novo tempo. Não obstante, como ecoa Paulo Freire: “é preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo”<sup>1</sup>.

Imbuídos dessas inquietações e sentimentos, deseja-se aos leitores que tenham a oportunidade de minuciar criticamente os manuscritos componentes desta edição da SANARE, bem como aos autores que continuem investindo na sistematização de seus saberes e investigações com vistas a contribuir cada vez mais para o fortalecimento do SUS. Sigamos esperançando!

Prof. Me. Osmar Arruda da Ponte Neto

*Fisioterapeuta. Doutorando em Saúde da Família (UVA/RENASF).*

---

1. Freire P. *Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz de Terra; 1992, 248p.

# A COVID-19, OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E AS INEQUIDADES DOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE BRASILEIROS

COVID-19, THE SOCIAL HEALTH DETERMINANTS AND THE INEQUALITIES OF BRAZILIAN HEALTH TERRITORIES  
LA COVID-19, LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LAS INEQUIDADES DE LOS TERRITORIOS DE SALUD BRASILEÑOS

Camilo Darsie <sup>1</sup>

Gabriel Felipe Tosta <sup>2</sup>

Douglas Luís Weber <sup>3</sup>

Vera Elenei da Costa Somavilla <sup>4</sup>

Matheus Santos de Souza <sup>5</sup>

Daniel Felipe Schroeder <sup>6</sup>

## Como Citar:

Darsie C, Tosta GF, Weber DL, Somavilla VEC, Souza MS, Schroeder DF. A covid-19, os determinantes sociais da saúde e as iniquidades dos territórios de saúde brasileiros. *Sanare*. 2022;21(2):06-14.

## Descritores:

covid-19; Determinantes Sociais da Saúde; Território; Saúde Coletiva.

## Descriptors:

COVID-19; Social Determinants of Health; Territory; Public Health.

## Descriptores:

covid-19; Determinantes Sociales de la Salud; Territorio; Salud Colectiva.

## Submetido:

15/11/2022

## Aprovado:

30/11/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Camilo Darsie  
Bairro Universitário; Cep 96815900 -  
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil  
Telefone: (51) 3717-7370.  
E-mail: [camilodarsie@unisc.br](mailto:camilodarsie@unisc.br)

## RESUMO

Este ensaio apresenta uma reflexão acerca das políticas públicas brasileiras e da ideia de que a crise da covid-19 se articula às iniquidades sociais histórico e territorialmente produzidas no país. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura apoiada na descrição de dados públicos disponibilizados em sites oficiais de agências governamentais ou científicas acerca das normas e impactos relacionados à pandemia de covid-19. Para tanto, apresentou-se uma breve contextualização da doença, seguida de apontamentos relacionados aos princípios do Sistema Único de Saúde e aos Determinantes Sociais da Saúde que afetam a população do país. Destacam-se as consequências relacionadas à disparidade que caracteriza a qualidade de vida de diferentes grupos e a emergência de perfis epidemiológicos distintos, tendo em vista a iniquidade social em diferentes territórios de saúde. A pandemia de covid-19, nesse contexto, é entendida como uma crise que evidencia a necessidade de reflexão acerca das estratégias governamentais de controle de crises em um contexto sociocultural marcado por iniquidades que impactam diretamente a saúde e, conseqüentemente, o desdobramento dos casos da doença no país.

1. Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Educação e docente dos cursos de Medicina e Geografia da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, concluiu pós-doutoramentos em Saúde Coletiva e em Educação. E-mail: [camilodarsie@unisc.br](mailto:camilodarsie@unisc.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4696-000X>

2. Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. E-mail: [gafelipet@gmail.com](mailto:gafelipet@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3899-7881>

3. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. Bolsista PROSUC/CAPES Mod. II. E-mail: [douglasluis94@hotmail.com](mailto:douglasluis94@hotmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3915-0439>

4. Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia e docente dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: [veras@unisc.br](mailto:veras@unisc.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9759-8659>

5. Acadêmico do curso de Geografia da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. E-mail: [matheussouza@mx2.unisc.br](mailto:matheussouza@mx2.unisc.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3200-8421>

6. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. E-mail: [danielfelipeschroeder@hotmail.com](mailto:danielfelipeschroeder@hotmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7887-7588>

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 essay presents a reflection about Brazilian public policies and the Covid-19 like a crisis linked to the historical and territorially produced social inequities in the country. It's a narrative review of the literature and description of public data available in official websites of government or scientific agencies about the norms and impacts related to the COVID-19 pandemic. Therefore, a brief contextualization of the disease is presented, followed by notes related to the principles of the Brazilian "Unified Health System" and to the Social Determinants in Health that affect the population of the country. We highlight the consequences related to the disparity that classifies the quality of life of different groups and the emergence of different epidemiological profiles in view of social inequity in different health territories. The COVID-19 pandemic, in this context, is understood as a crisis that highlights the need for reflection on governmental crisis control goals in a sociocultural context marked by social inequities that directly impact health and, consequently, the unfolding of cases of the disease in the country.*

**RESUMEN**

*Este ensayo presenta una reflexión acerca de las políticas públicas brasileñas y de la idea de que la crisis de covid-19 se articula a las iniquidades sociales histórico y territorialmente producidas en el país. Se trata de una revisión narrativa de literatura apoyada en la descripción de datos públicos disponibles en sites oficiales de agencias gubernamentales o científicas acerca de las normas e impactos relacionados a la pandemia de covid-19. Para tanto, se presentó una breve contextualización de la enfermedad seguida de apuntes relacionados a los principios del Sistema Único de Salud que afectan la población del país. Se destacan las consecuencias relacionadas a la disparidad que caracteriza la calidad de vida de diferentes grupos y la emergencia de perfiles epidemiológicos distintos, teniendo en cuenta la iniquidad social en diferentes territorios de salud. La pandemia de covid-19, en ese contexto, es entendida como una crisis que evidencia la necesidad de reflexión acerca de las estrategias gubernamentales de control de crisis en un contexto sociocultural marcado por iniquidades que impactan directamente la salud y, en consecuencia, el desdoblamiento de los casos de enfermedad en el país.*

**INTRODUÇÃO**

No final do ano de 2019, passaram a ser notificados, na China, casos de uma pneumonia com etiologia desconhecida. Após a divulgação dos primeiros resultados de testes laboratoriais, a condição foi identificada como uma síndrome respiratória aguda severa, causada por um – até então – novo vírus do tipo Coronavírus – o SARS-CoV-2. O mecanismo que dissemina a doença é respiratório, transmitido por gotículas emitidas entre indivíduos enquanto tosse, espirram e respiram, fato que potencializa seu espalhamento.

Sequencialmente, o número de infectados passou a crescer e os casos se distribuíram por diversos países, em diferentes continentes. Assim, no dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o número e a dinâmica das infecções caracterizavam uma emergência de importância internacional, classificação que serve como sinal de alerta para que os países atentem à segurança das populações em escalas nacional e global. Em 11 de março do mesmo ano, a agência oficializou a condição de pandemia, alertando para

a necessidade de ações de controle planejadas e aplicadas internacionalmente. Nesse contexto, observando-se que as estratégias adotadas ainda não eram eficazes para conter o aumento dos casos, medidas de segurança sanitária mais severas foram adotadas, incluindo o diagnóstico oportuno e ações de controle espacial<sup>1,2</sup>.

O controle espacial, representado pelo fechamento de fronteiras e pelo distanciamento e isolamento sociais, em escala global, começou a ser discutido enquanto estratégia de mitigação de epidemias e pandemias, em 2003, desde a multiplicação de casos de Gripe Aviária (H5N1) entre a Ásia e a América do Norte. Contudo, sua efetiva aplicação, em escala global, tornou-se necessária apenas em 2020, devido à covid-19<sup>3</sup>. Estima-se que a implementação de políticas de controle espacial tenha evitado, até metade do primeiro ano da pandemia, mais de 1,5 milhão de casos ao redor do mundo<sup>4</sup>. Porém, no período, a doença atingiu mais de 7 milhões de pessoas, em mais de 190 países. Dez meses depois, contabilizaram-se 148 milhões de notificações, por todo o mundo, e, no segundo semestre de 2022, somaram-se mais de 600 milhões de casos positivos

e de 6 milhões de mortes notificadas<sup>5</sup>.

Nesse período, também ocorreram o desenvolvimento clínico e a produção de vacinas direcionadas a mitigar a pandemia. Em menos de um ano, passou-se da identificação de novas sequências de patógenos ao lançamento e distribuição de imunizantes contra a covid-19. Centenas de vacinas foram desenvolvidas, mais de 100 foram testadas e, aproximadamente, 24 estão autorizadas para aplicação. No entanto, o acesso a elas é desigual, devido a descompassos relacionados à sua distribuição em diferentes países. Mais de 9 bilhões de doses já foram administradas – mais do que uma dose por pessoa viva em idade vacinável – ao mesmo tempo que muitas pessoas ainda não tiveram acesso a ela. Destaca-se que, atualmente, metade da população planetária não está vacinada e apenas 4% da população residente em países de baixa renda receberam uma dose. É difícil estimar o número de vidas salvas pelas vacinas, mas as estimativas consideram mais de 700.000<sup>6</sup>.

No caso do Brasil, o enfrentamento da doença foi operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As primeiras manifestações federais, acompanhando orientações internacionais, indicaram o isolamento e o distanciamento sociais (controle espacial) como estratégias capazes de amenizar o impacto da doença, sobretudo no que se refere à capacidade de atendimento das estruturas do sistema de saúde. A intenção foi garantir tempo para a organização dos serviços, de modo a oportunizar que os atendimentos ocorressem sem superlotar os locais de assistência. Contudo, a instabilidade econômica e política do país desarticulou as medidas de isolamento, distanciamento e vacinação, especialmente por meio de apelos relacionados aos grupos populacionais mais vulneráveis – carentes de assistência pública –, à classe média brasileira – que temia os impactos sobre seus negócios e empregos – e a milhares de pessoas que optaram por não se vacinar ou não seguir orientações de segurança<sup>7,8</sup>.

Diante disso, em maio de 2020, último mês em que as medidas de controle espacial foram orientadas e cobradas em âmbito nacional, registrou-se pouco mais de 514 mil casos de infecções pelo SARS-CoV-2, sendo que 29.314 desdobraram-se em óbitos decorrentes da covid-19. No final de junho de 2020, o Ministério da Saúde informou que mais da metade das mortes causadas pela doença (30.280), no país, haviam ocorrido em um mês, totalizando 59.594 óbitos. Em julho, foram 1.257.813 novos casos

e um total de 92.475 mortes. Quase um ano após a flexibilização das medidas de distanciamento, com oferta, ainda, proporcionalmente pequena de vacinas para a população, o Brasil registrou os seus piores índices de infecções e de mortes. Durante os quatro primeiros meses de 2021, foram registradas mais de 14 milhões de testagens positivas e mais de 400 mil mortes. Na metade de 2022, com a retomada de uma dada normalidade relacionada às atividades cotidianas e laborais, somaram-se mais de 32 milhões de casos positivos, 670 mil mortes e, no que se refere à vacinação, 83,3% da população contava com uma dose, 77,8% com duas e 46,8% com, ao menos, uma dose de reforço. Tais números se distribuem, diferentemente, pelos estados e regiões brasileiras<sup>9</sup>.

Essas questões provocam a pensar sobre as políticas públicas brasileiras associadas ao enfrentamento da doença em articulação à ideia de que a crise da covid-19, no Brasil, associa-se às desigualdades sociais, produzidas historicamente, que oportunizam contrastes entre os diferentes territórios de saúde. Portanto, neste ensaio, discute-se, a partir de dados públicos acerca da pandemia no Brasil e de revisão bibliográfica narrativa, as iniquidades territoriais em saúde, pelo viés dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), em relação à pandemia.

## MÉTODO

Este ensaio é guiado pelo seguinte problema de pesquisa: Como as iniquidades que caracterizam os territórios de saúde brasileiros, pela perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde, influenciaram a crise causada pela pandemia de covid-19?

Para respondê-lo, a investigação baseou-se em revisão narrativa de literatura, que ajuda a descrever e discutir determinados assuntos sob um ponto de vista teórico, a partir da “análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor”<sup>10:1</sup>.

Foram elencados artigos relacionados aos territórios de saúde, aos DSS e à pandemia de covid-19, sem delimitação temporal. As bases de dados que sustentaram a investigação compreenderam o *Google Scholar* e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os descritores utilizados foram: “covid-19”, “determinantes sociais da saúde”, “territórios de saúde”, “iniquidades em saúde”.

Complementarmente, foram utilizados dados públicos – reportagens, tabelas, gráficos e

documentos – disponibilizados por sites oficiais de agências governamentais ou científicas, mais precisamente: Ministério da Saúde do Brasil, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Johns Hopkins University.

O material foi analisado de forma qualitativa, tendo em vista os argumentos apresentados pelos autores de referência em associação com as informações das agências oficiais. Partindo disso, foram organizadas duas categorias de discussão, sendo uma relacionada ao entrecruzamento dos saberes que envolvem o sistema público de saúde brasileiro, os territórios de saúde e os DSS, e outra relativa às iniquidades sociais, econômicas e de saúde articuladas ao manejo da pandemia. Entende-se que, dessa maneira, o argumento central do ensaio possa ser melhor compreendido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O SUS e os Determinantes Sociais da Saúde

A oferta brasileira de atenção à saúde ocorre por meio do Sistema Único de Saúde, que abrange diversas ações como controle da qualidade da água potável, fiscalização de alimentos em todos os estabelecimentos comerciais, criação, manutenção e controle de regras que envolvem a venda de medicamentos e campanhas de vacinação, doação de sangue e aleitamento materno, entre outras. Além disso, o sistema público de saúde brasileiro garante procedimentos médicos de média e alta complexidade, entre eles, quimioterapia e transplante de órgãos, assim como cirurgias e tratamentos diversos. No caso da crise alavancada pela covid-19, cabe ao SUS a organização das estruturas de atendimento, o encaminhamento das internações, a organização social e a distribuição e aplicação das vacinas. Em função dessa abrangência, o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo guiado por três princípios básicos: Universalidade, Integralidade e Equidade<sup>11</sup>.

A Universalidade pressupõe e garante o acesso à saúde para todos os sujeitos que se encontram em território nacional brasileiro. Essa característica implica em uma abrangência de caráter indiscriminado – sem distinção de sexo, ocupação, características sociais, nacionalidade ou credo. A Integralidade visa garantir tratamentos que atendam às necessidades dos usuários a partir de equipes multidisciplinares

de saúde. A Equidade determina que se considere diferenças de tratamento que visam diminuir as desigualdades sociais, ampliando a atenção conforme as necessidades sociais, econômicas e sanitárias dos usuários. Não se aplica, com isso, a seleção de usuários, mas, na direção oposta, a busca por uma cobertura completa, individualizada e com maior direcionamento de ações e verbas para os que mais necessitam. Porém, destaca-se que, infelizmente, o país ainda é marcado por intensa desigualdade social, fato que interfere diretamente no desdobramento das práticas e cobertura de saúde – desafiando os princípios do sistema – bem como nos Determinantes Sociais da Saúde<sup>8,11-13</sup>.

A determinação social da saúde é uma grande preocupação dos organismos internacionais, especialmente a Organização Mundial da Saúde, pois ainda é um desafio em muitos países, mais precisamente nos que se encontram em fases iniciais de desenvolvimento socioeconômico. Portanto, em 2005, foi criada a Comissão dos DSS, um grupo que direciona esforços internacionais para análise e melhoria de condições sociais relacionadas à saúde, em escala global. Nesse contexto, no Brasil, estabeleceu-se uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que promove a participação de especialistas das áreas da saúde, economia e desenvolvimento científico em questões relacionadas ao sistema público de saúde<sup>12,14</sup>.

Os DSS abrangem as condições e capacidades acerca da educação, empregabilidade e renda, atenção em saúde, saneamento básico, entre outros<sup>16</sup>. Os estudos acerca dos DSS têm demonstrado que a qualidade de vida de determinadas populações se equipara às iniquidades em saúde, ou seja, quanto maiores as deficiências relacionadas aos DSS, piores são os índices de saúde. Assim, pode-se pensar que, no Brasil, determinados grupos populacionais apresentam desvantagens ocasionadas por estruturas de saúde e/ou de ambientes cotidianos precários e, principalmente, em função de poucas oportunidades de desenvolvimento humano<sup>11,13</sup>. Nesse contexto, vale pensar que os estilos de vida individuais, por si só, não podem explicar a razão das iniquidades, mas encontram-se associados às diferenças entre as classes econômicas e aos processos de inclusão e exclusão social<sup>15</sup>.

Diante disso, ressalta-se que diferentes grupos populacionais estão distribuídos por parcelas espaciais distintas, que fragmentam cidades e se

caracterizam, também, a partir de estruturas e dinâmicas sociais desiguais, conformando territórios. Os territórios emergem, portanto, como marcadores espaciais que permitem que sejam destacados os contrastes entre diferentes grupos urbanos e ambientes que os compõem. Neles existem diferentes sujeitos, com diferentes interesses e forças que interagem, de acordo com suas possibilidades, promovendo mudanças que beneficiam alguns grupos enquanto prejudicam outros, pois as pessoas vivem de maneiras diferentes e em condições diversas<sup>16</sup>.

Tais dinâmicas constituem o espaço por meio de relações de poder que vão além de práticas objetivas. Relacionam-se aos modos como os sujeitos interagem e se organizam socialmente, sendo necessário, portanto, considerar diversos aspectos culturais, subjetivações e demarcações do espaço. Essas questões determinam as desigualdades sociais, ambientais e de acesso à saúde que operam na direção de juntar os semelhantes, ao passo que afastam os diferentes, dando origem à segregação espacial. Cada território tem suas próprias particularidades, compostas por perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos, mas, em comum, encontram-se em contínua transformação<sup>16,17</sup>.

Vale ser destacado, nesse sentido, que, por meio da organização da atenção básica, tais recortes espaciais são classificados como territórios de saúde, os quais compreendem, a partir da localização de unidades de saúde, a cobertura sanitária de certo número de famílias com perfis sanitários parecidos. A territorialização, partindo disso, é entendida como estratégia fundamental na orientação de práticas de saúde oferecidas pelo SUS, pois serve como base para a organização do trabalho em saúde, avaliação das realidades locais e delimitação dos usuários atendidos por determinadas equipes.

Como recurso geográfico que localiza e delimita intencionalidades humanas, a territorialização dos atendimentos permite aos gestores, às instituições, aos profissionais e aos usuários do SUS reconhecerem e entenderem as principais dinâmicas espaciais das populações, tendo em conta os diferentes fluxos que dão vida aos territórios e às paisagens que envolvem o cotidiano das pessoas. Para além disso, a delimitação dos territórios de saúde oportuniza entendimentos acerca dos modos como os sujeitos, individual e coletivamente, produzem suas condições de existência a partir das possibilidades de trabalho, de moradia, de alimentação, entre outras, destacando as desigualdades sociais e as iniquidades

em saúde<sup>18,19</sup>.

Os territórios de saúde operam como delimitadores espaciais que guiam estratégias de saúde consideradas gerais e nos quais são aplicadas ações específicas, necessárias de acordo com demandas emergentes de perfis sociais e ambientais distintos. Havendo desequilíbrio na relação entre demanda e capacidade de atendimento, aciona-se uma rede de suporte que interliga diferentes territórios para que sejam garantidos cuidados e tratamentos de modo eficiente. No caso da covid-19, os territórios sanitários passaram a evidenciar, mais intensamente, contrastes sociais locais que desafiam o sistema de saúde brasileiro, demonstrando as iniquidades sociais que caracterizam o cotidiano do país e impactam o SUS.

### **Iniquidades e covid-19 no Brasil**

As populações vulneráveis, geralmente localizadas nos territórios de saúde considerados periféricos e precários, originaram números significativos de mortes causadas pela covid-19. Ressalta-se que entre as grandes preocupações brasileiras relacionadas ao controle da doença, as desigualdades socioeconômicas associadas às condições de saneamento de diferentes territórios de saúde tornaram-se relevantes. As medidas básicas de segurança sanitária para a diminuição das infecções, como a higienização das mãos, o uso de álcool em gel e de máscaras, bem como a permanência em ambientes domiciliares foram prejudicadas pelas dificuldades que o país enfrenta no que se refere à cobertura de saneamento básico. Essa realidade foi potencializada por outros problemas relacionados aos demais DSS, como falta de empregos, de renda, de moradia, de educação, os quais condicionam muitos sujeitos a habitarem tais parcelas espaciais<sup>20</sup>.

Essa situação ocorreu, também, pela dificuldade de pessoas com baixas rendas e menores níveis de escolarização permanecerem em isolamento ou seguirem normas de distanciamento, já que necessitavam garantir recursos financeiros para o suprimento de suas demandas básicas. É importante lembrar que as orientações federais, até maio de 2020, consideravam o isolamento social enquanto uma das principais estratégias de controle da covid-19 e de manutenção da capacidade de atendimentos do SUS, porém, isso não foi possível para muitos brasileiros. Enquanto os sujeitos que contavam com situações financeiras e de trabalho mais confortáveis puderam

ficar em suas casas – na maioria dos casos –, os demais precisaram se deslocar para atividades laborais, em muitos casos, clandestinas.

Após a flexibilização das normas e do estabelecimento de práticas relacionadas ao distanciamento social, em lugar do isolamento, o problema passou a ser outro: a adesão às práticas de higiene, de etiqueta sanitária e de cuidado com a esfera coletiva. Além disso, tendo em vista a possibilidade de vacinação, as porcentagens de não vacinados ou de sujeitos com esquemas de imunização incompletos não se devem apenas às escolhas individuais – em muitos casos orientadas por questões ideológicas –, foram perpassadas, também, pelas impossibilidades de deslocamento, de despendimento de tempo para estar longe de atividades laborais, de compreensão acerca da importância da imunização, de boatos, entre outras. Tais questões podem ser relacionadas à educação e à renda, enquanto DSS, e, quando não seguidas ou compreendidas, evidenciam, mais uma vez, as iniquidades sociais. Assim, confirma-se o argumento de que uma das causas para a falta de oportunidades relacionadas aos cuidados de saúde se baseia no fato de as pessoas mais pobres ocuparem espaços de subalternidade e precariedade nas geografias urbanas e de não terem acesso aos direitos fundamentais e sociais<sup>21</sup>.

Os impactos da crise causada pela pandemia, em relação ao trabalho, coincidiram com as desigualdades típicas da sociedade brasileira. Os negros (pretos e pardos), seguidos das mulheres – especialmente as negras –, encontraram-se em desvantagem, pois ocupam, em sua maioria, prioritariamente, vagas de trabalho menos protegidas em termos de regulamentações trabalhistas, como os serviços de construção e os trabalhos domésticos<sup>22</sup>. Torna-se importante destacar que tais serviços, em decorrência das dinâmicas da crise causada pela doença, tiveram suas ofertas significativamente diminuídas, fazendo com que muitas pessoas tenham perdido suas fontes de renda ou tenham sido levadas a trabalhar em troca de remunerações menores. O efeito dessa situação pode ser entendido ao se observar que mais de 60% dos brasileiros (aproximadamente 126 milhões) se inscreveram para solicitar auxílio financeiro emergencial<sup>23</sup>.

Ainda, é importante mencionar que negros brasileiros, quando empregados, recebem cerca de metade da média salarial de seus conterrâneos brancos – R\$ 1.673,00 x R\$ 2.999,00 (US\$ 313,00 x

US\$ 561,00). Os dados apontam, também, que no ano de 2018 havia, proporcionalmente, maior número de pessoas negras residindo em domicílios carentes de coleta de lixo (12,5%, contra 6,0% da população branca), sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca) e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, contra 26,5% da população branca). Para além disso, situações em que há mais de três moradores por cômodo utilizado como dormitório, ocorreu entre as pessoas pretas ou pardas com uma frequência quase duas vezes maior do que a verificada entre as brancas (7,0%, contra 3,6%)<sup>24-26</sup>.

As informações apresentadas demonstram que, para além dos problemas raciais enfrentados no Brasil, uma quantidade significativa de brasileiros sofre com graves iniquidades sociais e econômicas que caracterizam territórios de saúde, em todo o país, bastante diferentes daquilo que se entende como adequado pela perspectiva de avaliação adotada pelo SUS, que considera os DSS. Os territórios de saúde foram mais ou menos afetados pelos impactos negativos da covid-19, a partir das condições sanitárias que originam cada agrupamento no contexto de diferentes cidades<sup>24</sup>.

Elementos como a classe social e território se articulam produzindo certos padrões de saúde. Assim, os contextos territoriais indicam perfis de saúde – e vice-versa – em função da composição de estruturas de oportunidades associadas aos ambientes físicos e sociais e das características socioculturais e históricas dos lugares onde as pessoas vivem<sup>22</sup>. A organização espacial, subdividida em áreas periféricas, favelas, aldeias e bairros considerados nobres, por exemplo, demonstra a existência de dinâmicas de concentração e de seletividade de investimentos, infraestruturas e mobilidade, diferenciando os riscos e as possibilidades de enfrentamento da pandemia conforme os territórios em que vivem diferentes sujeitos<sup>27,28</sup>.

Nos contextos com maiores dificuldades relativas ao saneamento básico e ao acesso a produtos e bens básicos, a população enfrentou grandes dificuldades no que se refere às medidas de proteção contra a covid-19. Quanto mais pobres e vulneráveis as populações, maiores foram as possibilidades de adoecimento por covid-19, dadas as deficiências de condições de saúde anteriores à pandemia. Assim, as populações de baixa renda, localizadas em territórios de saúde mais precários, são mais vulneráveis à crise de saúde pública brasileira e aos efeitos econômicos

decorrentes da pandemia de covid-19<sup>29</sup>.

Diante de tais questões, tornou-se necessário que as equipes de atendimento em saúde operassem por meio de parcerias com as lideranças, equipamentos e instituições que compõem os seus locais de atuação, articulando as ações implementadas pelas equipes com as iniciativas comunitárias no enfrentamento da pandemia e de seus efeitos sociais. Tais movimentos exigiram, portanto, ações coordenadas no território com vistas a melhores soluções para os problemas dos grupos populacionais mais vulneráveis, conforme é preconizado pelo Sistema Único de Saúde, desde seu surgimento, por meio de seus princípios balizadores<sup>30</sup>.

## CONCLUSÃO

O Brasil é marcado por desigualdades relacionadas a diversas questões que envolvem a vida, entre elas, as que dizem respeito à saúde da população e aos seus contrastes socioeconômicos. Conforme apresentado, é no contexto das dinâmicas de diferentes cidades e de seus territórios de saúde que as iniquidades se manifestam, especialmente por meio dos desafios acerca da cobertura de saneamento básico, das condições de infraestrutura, da capacidade de acesso à educação, à saúde, à mobilidade, aos empregos, entre outras instâncias. Tais questões são previstas desde a criação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e devem guiar as práticas e preocupações administradas por seus profissionais técnicos e gestores.

No contexto da pandemia de covid-19, as iniquidades mencionadas agravaram a crise vivida no país, devido ao fato de as recomendações consideradas eficazes não terem sido amplamente adotadas em função de impossibilidades relacionadas às condições de vida de grande parte da população e, ainda, dos conflitantes discursos oficiais que circularam por diferentes mídias. As discrepâncias associadas aos Determinantes Sociais da Saúde, articuladas aos movimentos políticos e administrativos em esferas nacional, estadual e municipal, ocasionaram grandes impactos, especialmente em territórios de saúde considerados mais vulneráveis. Tal situação foi impulsionada pelas diferenças que demarcam os territórios de saúde, visto que grande parte das cidades brasileiras apresentam cinturões de pobreza que impactam as dinâmicas do cotidiano de seus moradores.

Considera-se que devem ser feitos maiores

investimentos para apoio dos sujeitos que vivem em parcelas espaciais consideradas mais vulneráveis. Assim, destaca-se que as estratégias de enfrentamento da doença, realizadas em outros países e consideradas de sucesso, por exemplo, ao terem sido aplicadas em território brasileiro, resultaram, muitas vezes, em desdobramentos inesperados, evidenciando a importância de apoio público e adaptações relativas às realidades de diferentes grupos populacionais, conforme previsto nas bases fundantes do sistema de saúde.

Neste contexto, acredita-se que seja fundamental que as dinâmicas territoriais – tendo em vista suas especificidades – sejam atentadas, de modo a serem pensadas, planejadas e aplicadas estratégias de enfrentamento de doenças – como a covid-19 – e de promoção da saúde capazes de suprirem diferentes demandas sociais, econômicas e culturais. Na mesma direção, compreende-se que a pandemia de covid-19 ressaltou a importância de maior protagonismo das políticas públicas que interferem em índices de saúde, por meio da lógica dos DSS, conforme esperado no contexto dos estudos da Saúde Coletiva.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram com o delineamento e realização da pesquisa e com a redação do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Croda JHR, Garcia LP. Immediate Health Surveillance Response to COVID-19 Epidemic. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];29(1):1-3. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100021>
2. Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Malta DC, Barros MBA, Magalhães MAFM, Xavier DR, et al. Adherence to physical contact restriction measures and the spread of COVID-19 in Brazil. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];29(5):1-11. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500018>
3. Darsie C, Weber D. Disease and space control: Issues about dispersion and isolation in times of pandemic. *JIC – Rev Brasil Control Infec Epidemiol Hosp* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];9(2):01-02. <http://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/298>
4. Hsiang S, Allen D, Annam-Phan S, Bell K, Bolliger I, Chong T, et al. The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];584:262-7. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2404-8>

5. Johns Hopkins University. Covid-19 Dashboard by The Center For Systems Science And Engineering at Johns Hopkins University [Document on the internet]. 2022 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
6. Daniel MA, Rosemary JB. COVID-19 vaccination: The road ahead. *Science* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 30];375(6585):1127-32. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abn1755>
7. Darsie C. Biopolitics of COVID-19. *JIC – Rev Brasil Control Infec Epidemiol Hosp* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];9(4):01-02. <https://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/350>
8. Ministério da Saúde. Paineis de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde [Document on the internet]. Ministério da Saúde; 2022 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
9. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista Enf* [Internet]. 2007 [cited 2022 Nov 30];20(2):v-vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
10. Darsie C, Tosta GF, Martini PL, Somavilla VEC, Limberger V. A Covid-19, o Sistema Único de Saúde e o difícil enfrentamento da doença no Brasil. *Interrogações às políticas públicas sobre travessias e tessituras do pesquisar*. Porto Alegre: Abrapso; 2021. p. 177-97.
11. Garbois JA, Sodr e F, Dalbello-Araujo M. From the conclusion of social determination to that of social determinants of health. *Saude Deb* [Internet]. 2017 [cited 2022 Nov 30];41(112):63-76. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>
12. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Health Determinant in Brazil: the search of equity in health. *Saude Soc* [Internet]. 2017 [cited 2022 Nov 30];26(3):676-89. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170304>
13. Dowbor TP, Westphal MF. Social determinants of health and the Family Health Program in the municipality of São Paulo. *Rev Saude Pub* [Internet]. 2013 [cited 2022 Nov 30];47(4):781-90. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004585>
14. Buss PM, Pellegrini-Filho A. Health and its social determinants. *Physis: Rev Saude Col* [Internet]. 2013 [cited 2022 Nov 30];17(1):77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
15. Barata BR. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal   saude. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020.
16. Colussi CF, Pereira KG. Territorializa o como instrumento do planejamento local na Aten o Básica [Book on the internet]. Florianópolis: UFSC; 2016. Available from: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO\\_LIVRO.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf)
17. Darsie C, Hillesheim B, Weber DL. Disease control discourse by the World Health Organization and the production of national spatialities. *Interface - Com Saude, Edu* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 30];25:e200587. <https://doi.org/10.1590/interface.200587>
18. Gondim GMM. Territórios da aten o básica: múltiplos, singulares ou inexistentes? Tese [Doutorado em Saude Pública] – Escola Nacional de Saude Pública Sergio Arouca, Funda o Oswaldo Cruz; 2011. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17935>
19. Funda o Oswaldo Cruz. Desigualdade social e econ mica em tempos de Covid-19. Fiocruz; 2022. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/desigualdade-social-e-economica-em-tempos-de-covid-19>
20. Souza MS, Meneses MN, Weber DL, Rocha CMF, Darsie, C. A centralidade das territorialidades para as a es de Educa o em Saude na Aten o Básica. *Research Soc Develop* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 30];11(10). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32813>
21. Platt L, Warnick R. Are some ethnic groups more vulnerable to COVID-19 than others? The Institute for Discal Studies [Document on the internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://www.ifs.org.uk/inequality/wp-content/uploads/2020/04/Are-some-ethnic-groups-more-vulnerable-to-COVID-19-than-others-V2-IFS-Briefing-Note.pdf>
22. Santos JAF. COVID-19, fundamental causes, social class and territory. *Trabalho Educ Saude* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];18(3). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00280>
23. Governo do Brasil. Aux lio Emergencial chega a 60% da popula o brasileira. Cidadania [Document on the internet]. Governo do Brasil; 2020 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/600-dias/arquivos-de-600-dias/cidadania-auxilio-emergencial-chega-a-60-da-populacao-brasileira>
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas, Informa o Demográfica e Socioecon mica [Document on the internet]. IBGE; 2019 [cited 2022 Nov 30]. Available from: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf)

25. Jesus JG. Negros em movimento: migração e desigualdade racial no Brasil. Tese [Doutorado em Economia Aplicada] – Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo; 2020. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/11/11132/tde-18052020-102639/pt-br.php>

26. Darsie C, Carneiro M, Silva ML, Bueno MFS, Weber D, Rosa CF. COVID-19 and race in Brazil: a disturbingly close. JIC Rev Brasil Contr Infec Epidemiol Hospital [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 30];10(1):1-5. <https://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/370/pdf>

27. Santos KOB, Fernandes RCP, Almeida MMD, Miranda SS, Mise YF, Lima MAG. Work, health and vulnerability on COVID-19 pandemic. Cad Saude Pub [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];36(12):e00178320. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00178320>

28. Albuquerque MV, Ribeiro LHL. Inequality, geographical situation and directions of action in the COVID-19 pandemic in Brazil. Cad Saude Pub [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];36(12):e00208720. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00208720>

29. Segatto CI, Santos FBP, Bichir RM, Morandi EL. Inequalities and the COVID-19 pandemic in Brazil: analyzing un-coordinated responses in social assistance and education. Policy Soc [Internet]. 2022 [cited 2022 Dez 9];41(2):306-20. <https://doi.org/10.1093/polsoc/puac005>

30. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Primary health care in times of COVID-19: what to do? Cad Saude Pub [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];36(8):e00149720. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00149720>

# A (IN)VISIBILIDADE DO RACISMO ESTRUTURAL NO CUIDADO EM SAÚDE: PERCEÇÃO DE MULHERES NEGRAS COM CÂNCER DE MAMA

THE (IN)VISIBILITY OF STRUCTURAL RACISM IN HEALTH CARE: PERCEPTION OF BLACK WOMEN WITH BREAST CANCER

LA (IN)VISIBILIDAD DEL RACISMO ESTRUCTURAL EN LA SALUD: PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES NEGRAS CON CÁNCER DE MAMA

Marcio Costa de Souza <sup>1</sup>

Kamila Freitas Trindade <sup>2</sup>

Evelin Duarte Serpa <sup>3</sup>

Débora Lopes dos Santos <sup>4</sup>

Magno Conceição das Mercês <sup>5</sup>

Milene Pereira de Souza Santos <sup>6</sup>

## Como Citar:

Souza MC, Trindade KF, Serpa ED, Santos DL, Mercês MC, Santos MPS. A (in)visibilidade do racismo estrutural no cuidado em saúde: percepção de mulheres negras com câncer de mama. *Sanare*. 2022;21(2):15-22.

## Descritores:

Racismo; neoplasias de mama; Assistência Centrada no Paciente.

## Descriptors:

Racism; breast neoplasms; Patient Centered Care.

## Descriptores:

Racismo; neoplasias de mama; Atención Centrada en el Paciente.

## Submetido:

04/07/2022

## Aprovado:

17/11/2022

## Autor(a) para Correspondência:

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

## RESUMO

Objetivou-se analisar a percepção sobre o racismo estrutural de mulheres que vivem com câncer de mama e o impacto na produção do cuidado em saúde em um Centro de Referência Estadual no Nordeste do Brasil. Pesquisa qualitativa e exploratória realizada em um Centro de Referência Estadual de Atenção Oncológica. Uma técnica de produção de dados realizada foi uma entrevista semiestruturada e uma interpretação dos dados por meio da análise de conteúdo. As mulheres pesquisadas relatam dificuldade em reconhecer a presença do racismo e de visibilizá-lo em suas vidas, no entanto, percebe-se que o racismo está de forma estruturada na sociedade e que tem a branquitude de forma orgânica e alicerçada, o que potencializa as iniquidades sociais e suas consequências. Há uma dificuldade na visibilidade da branquitude e seus privilégios na sociedade e o quanto o racismo estrutural é uma face real e condicional à mulher negra com câncer de mama e impõe experiências de cuidado em saúde diferenciadas em sua qualidade e oferta.

1. Doutor em Medicina e Saúde Humana. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: mcsouzafisio@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-4922-6786>.

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

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

4. Graduanda em Medicina. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: lopesdebora761@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-7552-4472>.

5. Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: mmerces@uneb.br. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3493-8606>.

6. Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. Centro Universitário Dom Pedro II. E-mail: profmilenesmed@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1278-5012>.

**ABSTRACT**

*The objective was to analyze the perception of structural racism among women living with breast cancer, and the impact on health care production in a State Reference Center in the Brazilian Northeast. Qualitative and exploratory research carried out in a State Reference Center for Oncology Care. The data production technique performed was a semi-structured interview and an interpretation of data through content analysis. The women surveyed report difficulty in recognizing the presence of racism and of making it visible in their lives; however, we perceived that racism is structured in society and that whiteness is organic and grounded, which enhances social inequalities and their consequences. The visibility of whiteness and its privileges in society is difficult, as well as how much structural racism is a real and conditional aspect for black women with breast cancer, as it imposes differentiated health care experiences in terms of quality and offer.*

**RESUMEN**

*Se objetivó analizar la percepción sobre el racismo estructural de mujeres que viven con cáncer de mama y el impacto en la producción del cuidado en salud en un Centro de Referencia Estadual en Nordeste de Brasil. Investigación cualitativa y exploratoria realizada en un Centro de Referencia Estadual de Atención Oncológica. Una técnica de producción de datos realizada fue una entrevista semiestructurada y una interpretación de los datos por medio del análisis de contenido. Las mujeres investigadas relatan dificultad en reconocer la presencia del racismo y de visibilizarlo en sus vidas, sin embargo, se percibe que, en el racismo, está de forma estructurada en la sociedad y sus consecuencias. Hay una dificultad en la visibilidad de la blanquitud y sus privilegios en la sociedad y lo cuanto el racismo estructural es una fase real y condicional a la mujer negra con cáncer de mama e impone experiencias de cuidado en salud diferenciadas en su calidad y ofrecimiento.*

.....

**INTRODUÇÃO**

Para entender o racismo estrutural, antes de tudo é preciso entender o significado dessa terminologia. Dito isso, o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento para justificar essa ação. Aprofundando mais nessa questão, percebe-se que há três concepções que direcionam esse conceito: a individualista, a institucional e a estrutural. Na concepção individualista, o racismo é atribuído a grupos isolados, sendo considerado um fenômeno ético ou psicológico de caráter individual, não havendo, portanto, sociedades ou instituições racistas<sup>1</sup>.

No que concerne à concepção institucional, Almeida<sup>1</sup> relata que o racismo é um resultado do funcionamento das instituições, não se resume a comportamentos individuais. Ou seja, vantagens e privilégios são concedidos com base na raça, uma vez que determinados grupos sociais utilizam dos mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos. Por fim, a perspectiva estrutural, que trata o racismo como decorrência da estrutura social, e, portanto, a reprodução de práticas racistas está na organização política, econômica e jurídica da sociedade.

Dessa forma, a construção de uma sociedade que se produz a partir do racismo tem como uma das consequências práticas em saúde pautadas nessa realidade. Um destaque dessa situação começa pela dificuldade de se obter a informação de cor/raça nos prontuários, isso porque não há um campo específico para esse registro, ou, quando presente, a cor/raça não é informada<sup>2</sup>. Outras dificuldades também são nítidas quando se fala de saúde da população negra, principalmente da mulher, em que os indicadores de saúde apontam para a precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade infantil e materna, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, além dos altos índices de violência<sup>3</sup>.

Faz-se imprescindível para esta discussão apresentar o quão a desigualdade racial é presente no cotidiano das ações de acessibilidade ao cuidado oncológico, pois é muito comum que as mulheres negras frequentemente sejam diagnosticadas em estágios mais avançados do câncer, e, como efeito, atrasa-se o início do tratamento; essa realidade lhes confere um prognóstico insatisfatório e menor possibilidade de sobrevivência quando comparadas às mulheres brancas<sup>4,5</sup>.

Diante desse prognóstico, e com dados que apresentam uma taxa de sobrevivência reduzida

em mulheres negras com câncer de mama, pode-se projetar uma relação direta com a desigualdade social com base na racialização que está estruturada na sociedade, e essa limita o acesso à mamografia de rastreamento. Importante destacar que as mulheres brancas, com grau de escolaridade elevado e maior renda, possuem um alcance maior a esse exame e, conseqüentemente, ao diagnóstico precoce, elementos que confirmam as conseqüências das iniquidades sociais/raciais<sup>6</sup>.

Dessa forma, há evidências de que a produção de cuidado em mulheres negras que vivem com câncer de mama é potencialmente afetada; nota-se que há barreiras/entraves tanto para fazer o diagnóstico quanto para o acesso à terapêutica, o que pode acometer a vida e o viver dessas pessoas, evidenciando-se a lógica do racismo estrutural na sociedade<sup>7,8</sup>.

Portanto, este estudo apresenta como objetivo analisar a percepção, sobre o racismo estrutural, de mulheres que vivem com câncer de mama e o impacto na produção do cuidado em saúde, atendidas em um Centro de Referência Estadual no Nordeste do Brasil.

## METODOLOGIA

O processo metodológico utilizado para a realização da pesquisa foi a abordagem qualitativa, de caráter exploratório. O local de estudo para a realização da pesquisa foi um Centro de Referência Estadual no Nordeste do Brasil. No que diz respeito aos participantes da pesquisa, o critério de inclusão era ser mulher, declarar-se negra e apresentar diagnóstico confirmado em qualquer fase de tratamento do câncer de mama. O número de participantes da pesquisa foi de 12 mulheres, determinado pelo critério da saturação dos dados<sup>9</sup>.

A ferramenta utilizada para a produção dos dados foi a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro, realizada entre janeiro e março de 2021. Devido ao processo pandêmico, foi utilizado o modo remoto para garantir a segurança das participantes (plataforma do Microsoft Teams). As entrevistas foram gravadas com o intuito de registrar com maior detalhe os depoimentos, no entanto, tal ferramenta foi aplicada mediante prévia autorização das participantes. As entrevistadas estão identificadas de forma numérica, de acordo com a realização, para garantir o mais absoluto sigilo.

Tendo em vista a sistematização e a interpretação das informações coletadas, optou-se por aplicar a

análise de conteúdo adaptada por Minayo<sup>10</sup>, as quais foram realizadas a partir dos seguintes passos: inicialmente, ordenaram-se as informações por meio de um mapeamento de todos os dados obtidos (transcrição de gravações, releitura de material e organização de gravações). Por conseguinte, realizou-se a classificação dos dados produzidos com a identificação dos núcleos de sentidos e elaborou-se a categoria empírica denominada **concepções e elementos do racismo estrutural e o cuidado em saúde de mulheres com câncer de mama**. Por fim, para o momento de análise final das informações, houve a articulação dos dados empíricos com referenciais teóricos consolidados e/ou publicados.

Para a realização da pesquisa, a mesma só ocorreu após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sob o número do CAAE 26049219.7.0000.0057, e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sociedade brasileira se constituiu a partir de uma organização escravocrata, que se conforma e se consolida de forma intensa e se produz de uma forma que se naturaliza no cotidiano, e o campo da saúde não se desconecta dessa realidade histórica e social, com uma organização dos pontos de atenção e com ações fragmentadas e que consolidam a desigualdade social, interferindo diretamente no cuidado em saúde e na percepção social sobre racismo, invisibilizando-o<sup>11</sup>.

Dessa forma, é fortemente notável uma dificuldade existente por parte da população em conceber a existência do racismo no seu cotidiano, o que, em partes, é ocasionado pelo mito da democracia racial, que se consolidou no imaginário do brasileiro pautado na ideia de que o racismo havia acabado, a partir de uma história construída por brancos e para brancos<sup>12</sup>.

Essa realidade pode ser percebida nos relatos das entrevistadas 6, 7 e 11,

Mulher negra e adoecer [...], eu acho que é a mesma coisa que uma mulher branca, a doença é a mesma, entendeu?! (Entrevista 6).

É [...] pardo e branco não é a mesma coisa, não? (Entrevista 7).

[...] acho que somos todos iguais, para mim não existe preto, não existe branco, nós somos todos iguais [...] (Entrevista 11).

Percebe-se nas falas das usuárias acima a dificuldade em conceber e reconhecer a existência do racismo em suas vidas, isso é fruto, principalmente, da construção ideológica de democracia racial implantada por grupo sociais que dominam as estruturas sociais, políticas e econômicas, e só evidencia o quanto essa teoria consolida a invisibilização do racismo<sup>13</sup>.

Importante destacar que a população negra vive em uma realidade social que produz uma desigualdade constante, principalmente quando comparada à experiência da população branca, essa condição determina um modo de viver alicerçado na precariedade e está relacionado diretamente com os aspectos condicionantes do processo saúde/doença de forma geral, como educação, saúde, infraestrutura e uma limitação potente de oportunidades no mercado de trabalho, principalmente o que se caracteriza pela formalidade. Porém, ao se colocar em evidência a democracia racial, essas variáveis são colocadas de lado e o que se tem são negros e brancos competindo em condições de desigualdades. Isso reforça o discurso ideológico da meritocracia, mais uma construção sustentada pelo e no racismo que favorece a supremacia branca e suprime a luta antirracista<sup>13,14</sup>.

Por outro lado, algumas das participantes da pesquisa conseguiram conceber e reconhecer o racismo, conforme apresentado abaixo, nas falas das entrevistadas 7 e 8:

[...] é uma coisa que às vezes as pessoas agem como natural e não é natural, para mim o racismo não é uma coisa natural (Entrevista 7).

[...] nós, negros, temos maior dificuldade em tudo, então não sei se deveria ter uma atenção mais propícia ao negro, não sei, talvez sim, entendeu? Mas eu sinceramente vou dizer a vocês: a gente deveria ter maior atenção, sim, mulheres, principalmente, negras, deveria ter, sim, com certeza (Entrevista 8).

Nota-se que essas usuárias percebem o racismo no seu cotidiano e como isso dificulta e impõe barreiras

em suas vidas de natureza econômica, geográfica, funcional e comunicacional, que interferem no cuidado em saúde de forma potente, e que a estrutura do racismo contribui para intensificar essa experiência<sup>8,15</sup>.

Embora ações e políticas sejam pensadas para minimizar as disparidades, é quase impossível cessar o peso de séculos de violência sistemática sofrida pelas negras e negros, violência essa que se perpetua ainda hoje, quando oportunidades de todo tipo são negadas devido à cor da pele, a todo instante<sup>16,17</sup>.

A cor da pele e as características físicas da população negra muitas vezes são extirpadas a partir de um parâmetro de beleza baseado na branquitude, como pode ser visto na fala a seguir:

[...] eu tenho uma prima também que ela é negra também e o pai dela, que é negro [...], exigia que estirasse o cabelo, que tinha que ensinar que o cabelo dela tinha que ser estirado [...] acaba passando para a filha que tem que ter cabelo liso, que é negro, mas que tem que ter cabelo liso [...], mas isso em tudo é em decorrência do que se vive, do que se passa aí fora, porque se não for branco, não tem direito às coisas, não tem, não pode ter espaço, não pode ser uma advogada, não pode ser uma médica, não pode ser nenhum profissional (Entrevista 9).

Nessa fala fica evidente a associação da cor de pele branca ao que é benéfico, positivo e até belo. Assim os brancos são colocados numa situação de privilégio estrutural em detrimento dos demais grupos sociais, em especial as negras e negros, tornando sua identidade como norma e os não brancos como desviantes do padrão hegemônico de humanidade. Portanto, a branquitude se constitui como uma forma sócio-histórica de fortalecimento dos privilégios para brancos<sup>18</sup>.

Essa realidade reflete diretamente no cuidado em saúde quando as estratégias de saúde planejadas e ofertadas muitas vezes não consideram as questões raciais e/ou sociais, e é possível notar como a ideia de homogeneidade segue parâmetros eurocêntricos que determinam os medicamentos, dosagens e técnicas, ou seja, a branquitude como norma<sup>19</sup>.

E, diante dessa construção identitária branca normatizada, surge a associação do negro a uma imagem negativa e marginalizada.

[...] os negros da periferia e do gueto

são os que mais morrem, e às vezes é um trabalhador, mas por causa da cor [...] eu vejo aqueles meninos, não é preconceito, é o que se pinta, aí me bota aqueles bonês grandes e do lado e chinelo [...] (Entrevista 1).

Nessa fala, nota-se como a imagem do negro é relacionada à criminalidade e como suas características físicas e seu comportamento é julgado. Isso tudo é sustentado pelos meios de comunicação de massa e pelo sistema de justiça seletiva, em que o primeiro estigmatiza o negro, associando a sua imagem à marginalização, criando o negro criminoso, e o segundo opera na criminalização da pobreza. Desse modo, a branquitude sustenta e direciona as pessoas que devem ocupar os lugares de poder e destaque<sup>1</sup>.

Destarte, pensando em romper esse paradigma, foram criadas ações e políticas que buscam inserir o negro em lugares que lhes foram negados, desconstruindo a imagem de que a pessoa negra está sempre em uma posição desfavorável e marginalizada. Essas políticas visam corrigir as diferenças alicerçadas que são atribuídas a grupos que foram historicamente excluídos. A exemplo disso, tem-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que tem como finalidade a redução das desigualdades étnico-raciais, combater o racismo e a discriminação nas instituições e nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), porém os resultados são discretos, uma vez que os indicadores de saúde da população negra ainda apontam para uma condição não ideal, comparando-se à população branca<sup>3</sup>.

Nesse sentido, nota-se que as taxas de mortalidade infantil e adulta, a expectativa de vida e mortes por causas externas segundo a raça diferem entre negros e brancos, sendo os piores índices dos primeiros. A presença de práticas discriminatórias na atenção à saúde resulta na diminuição da acessibilidade, na falta de atendimento adequado, influenciando na forma de nascer, viver e morrer da população negra<sup>20</sup>.

Isso é nítido sobretudo quando se trata das mulheres negras, pois as experiências da gestação quase sempre finalizam com violência obstétrica, além de uma atenção ao pré-natal com qualidade questionada, já que a oferta de consultas é menor, e a disponibilização de exames segue a mesma orientação, assim como as orientações de cuidado para a promoção da saúde<sup>21</sup>.

Além disso, é perceptível a dificuldade que mulheres negras têm para o acesso ao cuidado oncológico, principalmente quando se trata de fazer o diagnóstico, evidenciando-se essa condição por essas mulheres, ao serem diagnosticadas, apresentarem os tumores com um grau mais avançado quando comparadas às mulheres brancas, o que aumenta a possibilidade de um desfecho não satisfatório<sup>22</sup>.

Nota-se que os grupos vulneráveis à desigualdade racial são submetidos a ofertas precárias de saúde e, em sua maioria, têm como opção de cuidado os serviços ofertados exclusivamente pelo SUS<sup>4</sup>. Porém, nem sempre o racismo estrutural presente no processo de produção do cuidado fica evidenciado, como relatado pelas entrevistadas 3 e 10:

[...] ou não teve ou eu não percebi ou eu passei despercebida, ou realmente não teve, porque eu, na minha pessoa, eu não vi nada disso, eu não vi diferença nenhuma entre cor, entre religião, eu não vi nada disso, diferença nenhuma (Entrevista 3).

Assim, pelo menos nesses espaços, o qual eu frequentei, frequente, assim de tratamento, eu não consegui ver, eu não percebi essa diferença, porque estamos lá todas na condição de mulher e mulheres com câncer, então, eu não consegui perceber essa distinção (Entrevista 10).

Nessas falas, infere-se que as usuárias não percebem se há distinção no cuidado ofertado às mulheres brancas e negras nesse serviço. Isso pode ser explicado a partir da composição da sociedade e seus atributos enraizados, que se organizou por práticas racistas que podem não ser perceptíveis nitidamente<sup>1</sup>.

Essa forma de conceber o racismo, que fortalece a construção de diferenças significativas do cuidado com doenças que predominam na população negra, a exemplo da anemia falciforme, que é notabilizada pelo desconhecimento por parte dos profissionais a respeito da doença. Além disso, a população negra, de forma costumaz é estigmatizada, tem suas queixas minimizadas e até a sua dor desconsiderada devido às premissas discriminatórias em que, por meio da escravização, construiu-se uma ideia de que a pessoa negra resiste mais à dor ou é mais forte e, assim, não adocece<sup>23</sup>.

Além disso, há evidências científicas que

demonstram o quão a desigualdade racial aumenta o risco de adoecer por câncer, uma vez que as negras e os negros estão mais expostos aos fatores de risco que predispõem à neoplasia por determinantes de natureza social alicerçados pela desigualdade biológica, como sedentarismo, uso de álcool, tabagismo, excesso de peso e predisposição genética<sup>4</sup>.

Contraopondo-se às falas anteriores, a usuária a seguir, apesar de não reconhecer que existem diferenças entre o tratamento concedido às mulheres brancas e negras, reconhece que a questão socioeconômica impacta no tratamento e a correlaciona com a tonalidade epidérmica.

O impacto é que eu como mulher negra, eu não tenho, não tive, na verdade, muitas oportunidades, então quando você é uma pessoa que tem posses, né, que tem condições financeiras, que tem uma situação favorável [...], mas eu na minha condição de mulher preta, eu acredito que um impacto é de não ter oportunidades, assim, de emprego, de um bom emprego, de uma boa remuneração [...] (Entrevista 10).

Essa fala denota o quanto a desigualdade racial e socioeconômica reflete nas ações de acesso ao cuidado oncológico. Portanto, se uma instituição não se prepara para perceber as necessidades de determinado grupo, em função de sua cor de pele, omitindo-se, não atendendo às suas necessidades e não promovendo ações específicas que contribuam para o reconhecimento dos profissionais de saúde acerca de como o racismo impacta a vida, o acesso aos serviços e a qualidade da atenção, esse espaço legítima o racismo<sup>22,24,25</sup>.

Existem quatro elementos que não se desvinculam do racismo estrutural: a ideologia, a política, o direito e a economia. Neste estudo, ficou em evidência a presença do elemento ideologia quando se fala como o racismo é naturalizado na sociedade e como isso impacta no cuidado em saúde de mulheres negras<sup>1</sup>.

O fato de mulheres brancas conseguirem acessar com mais facilidade os serviços de saúde, terem o diagnóstico de câncer de mama mais precocemente quando comparadas às mulheres negras, reforça a ideia do privilégio da pessoa de pele branca em detrimento do ser humano negro. A supremacia branca é uma forma de dominação exercida pelas pessoas com essa tonalidade epidérmica, o que

se firma em um sistema que atribui vantagens e privilégios políticos, econômicos e afetivos a esse grupo social<sup>1,26</sup>.

Práticas como o não preenchimento da cor nas fichas de identificação por falta de campo específico para isso ou por negligência, a invisibilidade de doenças que atingem majoritariamente os negros, como a doença falciforme, a ausência de maior número de estudos que contemplem a população negra, estereótipos de que esses seres vivos são mais resistentes à dor e uma presença maciça de profissionais médicos brancos nos serviços de saúde é a expressão material do racismo estrutural<sup>2,26,27</sup>.

É fundamental que se estabeleça uma formação em saúde que apreenda ações que contribuam para trabalhadores de saúde antirracistas. Que ferramentas baseadas nas tecnologias leves<sup>28</sup> como escuta qualificada, diálogo horizontalizado, acolhimento e produção de vínculos estejam nas práticas cotidianas desses trabalhadores, principalmente com relação a mulheres com câncer de mama, e, neste caso, as negras, pelas histórias de vida arraigadas de preconceitos e discriminação.

Portanto, o racismo é uma prática enraizada na sociedade, que faz parte de sua estrutura e que provoca iniquidades de todos os tipos. É preciso repensar o agir em saúde que está sendo desenvolvido no cuidado de mulheres negras com câncer de mama; por mais que o racismo tenha se apresentado de forma sutil e velada, a ponto de a maioria das usuárias não o identificarem, ele é danoso e reforça privilégios de uma classe/raça em detrimento de outra.

## CONCLUSÃO

O estudo em questão apresenta uma realidade vivenciada na sociedade, de invisibilidade do racismo, que, de forma estrutural, apresenta-se no cotidiano da vida das pessoas e atinge os diversos âmbitos e necessidades que os seres humanos experimentam para a manutenção da vida, que, neste caso, referencia-se à saúde, e, em especial, das mulheres que utilizam os serviços para o cuidado oncológico das mamas.

Há uma dificuldade inerente na sociedade de reconhecer o privilégio das pessoas brancas e o quanto isso atinge diretamente na qualidade dos serviços de saúde, principalmente quando são ofertados a indivíduos com outra cor de pele, o que fortalece a necessidade de ações que combatam as consequências e benefícios da branquitude

pela potencialidade lesiva à população negra aqui estudada.

Assim, faz-se necessária a ampliação de estudos que apresentem os desfechos insatisfatórios que incapacitam ou levam à mortalidade de uma população, por um modo de viver que produz constantemente a discriminação racial e, conseqüentemente, as iniquidades em outros povos de forma generalizada e sistemática.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da Concepção do projeto, da produção dos dados, da escrita científica e da revisão final.

## REFERÊNCIAS

- Almeida S. Racismo Estrutural. São Paulo: Jandaíra; 2021.
- Sacramento AN, Nascimento ER. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2022 Out 13];45(5):1142-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500016>
- Brasil. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Uma Política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- Paulista JS, Assunção PG, Lima FLT. Acessibilidade da População Negra no Cuidado Oncológico. Rev bras cancerol [Internet]. 2019 [cited 2022 Out 11];65(4):e-06453. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.453>
- Desantis CE, Ma J, Gaudet MM, Newman LA, Miller KD, Joan L, et al. Breast cancer statistics. CA: Cancer J Clin [Internet]. 2019 [cited 2022 Out 13];69(6):438-51. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21583>
- Nogueira MC, Guerra MR, Cintra JRD, Corrêa CSL, Fayer VA, Bustamante-Teixeira MT. Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2022 Out 10];34(9):e00211717. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BSgbsqSDGj6vr8kRTmckcP/?format=pdf&lang=pt>
- Newman LA, Kaljee LM. Health Disparities and Triple-Negative Breast Cancer in African American Women: A Review. JAMA Surg [Internet]. 2017 [cited 2022 Out 22];152(5):485-93. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0005>
- Souza MC, Souza JN, Mercês MC. Racismo estrutural como barreira de acesso à saúde. J Multiprofessional Health Res [Internet]. 2021 [cited 2022 Out 23];02(02):e02.102. Available from: <https://journalmhr.com/index.php/jmhr/article/download/32/23/219>
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2022 Out 15];24(1):17-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2014.
- 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 [Internet]. 2021 [cited 2022 Out 13];20(2):26-32. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i2.1513>
- Nascimento A. O quilombismo: documentos de uma militância Pan-Africanista. Rio de Janeiro: Editora Perspectiva; 2019.
- Neves JPS, Silva MAM. O mito da democracia racial: contexto histórico brasileiro e a construção do racismo no Brasil. Rev Educar Mais [Internet]. 2019 [cited 2022 Out 16];3(2):158-66. DOI: <https://doi.org/10.15536/reducarmais.3.2019.158-166.1467>
- Noble SU, Roberts ST. Elites tecnológicas, meritocracia e mitos pós-raciais no Vale do Silício. Rev Fronteiras: estudos midiáticos [Internet]. 2020 [cited 2022 Out 13];22(1):36-46. DOI: <https://doi.org/10.4013/fem.2020.221.04>
- Santos LMVR, Santos MPS, Mercês MC, Souza JN, Souza MC. Barreiras de acesso em mulheres que vivem com câncer de mama. UNILUS: Ensino e Pesquisa. 2021;18(50):26-35.
- Pereira AC, Sales M, Cabecinhas R. (In) Visibilidades: imagem e racismo. Vista. 2020;6:9-19.
- Reis FW. O mito e o valor da democracia racial. In: Reis FW. Mercado e utopia. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2009.
- Lages SRC, Silva AM, Silva DP, Damas JM, Jesus MA. O preconceito racial como determinante social da saúde – a invisibilidade da anemia falciforme. Rev Interinst Psicol [Internet]. 2017 [cited 2022 Out 13];10(1):109-22. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v10n1/11.pdf>
- Medeiros TM, Silva MX, Silva RDFC. Colonialidade e a branquitude: apontamentos para quebra dos pactos de silêncio na saúde. Em construção [Internet]. 2021 [cited 2022 Out 13];9:105-25. DOI: <https://doi.org/10.12957/emconstrucao.2021.55233>

20. Bastos JRB. O lado branco do racismo: a gênese da identidade branca e a branquitude. Rev ABPN [Internet]. 2016 [cited 2022 Out 18];8(19):211-31. Available from: <https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/33>

21. Tortajada JS, Oliveira TS, Costa CKF, Picinin MB, Massuda EM. Desigualdades socioeconômicas na mortalidade por câncer de mama: revisão sistemática. Nucleus [Internet]. 2019 [cited 2022 Out 18];16(2):441-52. DOI: <https://doi.org/10.3738/1982.2278.3673>

22. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2022 Out 18];33(supl. 1):e00078816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

23. Rodrigues GM, Carmo CN, Bergmann A, Mattos IE. Desigualdades raciais no estadiamento clínico avançado em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência no Rio de Janeiro, Brasil. Saúde Soc [Internet]. 2021 [cited 2022 Out 12];30(3):e200813. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200813>

24. Oliveira BMC, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. Saúde Debate [Internet]. 2019 [cited 2022 Out 13]; 43(122):939-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>

25. Santos ABS, Coelho TCB, Araújo EM. Racismo institucional e informação em saúde. Rev baiana saúde pública [Internet]. 2011 [cited 2022 Out 19];35(supl.1):231-42. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n0.a158>

26. Batista LE, Barros S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2022 Out 11];33(Sup 1):e00090516. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090516>

27. Figueiró AVM, Ribeiro RLR. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. Saúde Soc [Internet]. 2017 [cited 2022 Out 18];26(1):88-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017160873>

28. Souza MC, Borges JCS, Trindade, KF, Neves BP, Serpa ED et al. Resolutividade e ferramentas para cuidar: um estudo com mulheres que vivem com câncer de mama. Sanare [Internet]. 2021 [cited 2022 Out 23];20(2):54-63. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i2.1571>

# CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DISCUSSÃO DE UM CASO

PALLIATIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: CASE DISCUSSION  
CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD: DISCUSIÓN DE UN CASO

José Roque Junges <sup>1</sup>

Rafaela Schaefer <sup>2</sup>

Priscila Pereira da Silva Lopes <sup>3</sup>

Camila Nied <sup>4</sup>

Simone Weber <sup>5</sup>

## Como Citar:

Junges JR, Schaefer R, Lopes PPS, Nied C, Weber S. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: discussão de um caso. *Sanare*. 2022;21(2):23-33.

## Descritores:

Atenção Primária à Saúde; cuidados paliativos; qualidade de vida; relações familiares; morte.

## Descriptors:

Primary Health Care; palliative care; quality of life; family relationships; death.

## Descriptores:

Atención Primaria a la Salud; cuidados paliativos; calidad de vida; relaciones familiares; muerte.

## Submetido:

15/04/2021

## Aprovado:

09/11/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Priscila Pereira da Silva Lopes  
Avenida Unisinos, 950, Bairro Cristo Rei, São Leopoldo/RS.  
CEP: 93022-750.  
E-mail: pri08silva@gmail.com

## RESUMO

O artigo se propõe a discutir o caso de uma paciente com grave cronicidade atendida em uma unidade de saúde no município da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Utilizou-se a abordagem cartográfica com entrevista em profundidade para captar a processualidade da construção da subjetividade no manejo com a doença crônica. A paciente apresenta sequelas de diabetes não cuidada: cegueira e insuficiência renal, realizando hemodiálise três vezes por semana. A pouca qualidade de vida e sua profunda religiosidade fazem-na desejar a morte, mas a equipe e a família não aceitam conversar sobre esse desejo. A dificuldade relacionada aos cuidados paliativos do presente caso está ligada ao modelo de atenção centrado na cura, não inclusão das relações familiares no atendimento e falta de capacitação da equipe de Atenção Primária para os cuidados paliativos. Esses cuidados são entendidos não apenas como especialidade para casos terminais, mas como abordagem que complementa a perspectiva curativa, agregando outras dimensões ao cuidado, como acompanhamento psicológico e espiritual, complementando a assistência clínica.

1. Doutor em Ética Teológica. Atua como professor de Bioética no curso de medicina e é professor/investigador do PPG de Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. E-mail: roquejunges@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4675-0993>

2. Graduada em Enfermagem e Doutora em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Atualmente atua na coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. E-mail: rafaschaefer@unisinos.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1484-8067>

3. Fisioterapeuta especialista em ergonomia com foco na saúde do trabalhador no campo da Saúde Pública. Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva, inserida no PPG de Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. E-mail: pri08silva@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0330-5382>

4. Enfermeira, mestra e doutoranda em Saúde Coletiva, inserida no PPG de Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. E-mail: camilanied@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1849-4486>

5. Enfermeira, graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (UNISINOS). E-mail: simoneweber2009@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6635-3253>

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**

*The article proposes to discuss the case of a patient with severe chronicity treated at a health unit in the city of the metropolitan region of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A cartographic approach with an in-depth interview was used to capture the process of constructing subjectivity in dealing with chronic illness. The patient has sequelae of untreated diabetes: blindness and kidney failure, undergoing hemodialysis three times a week. Her poor quality of life and deep religiosity make her wish for death, but the team and family do not accept talking about this desire. The difficulty related to palliative care in the present case is linked to the model of care centered on healing, the non-inclusion of family members in care, and the fact that the primary care team was not trained in palliative care. Palliative care is understood not only as the specialty for terminal cases, but as an approach that complements the curative perspective, adding other dimensions to care, such as psychological and spiritual follow-up, complementing clinical care.*

**RESUMEN**

*El artículo se propone discutir el caso de una paciente con grave cronicidad atendida en una unidad de salud en el municipio de la región metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Se utilizó el abordaje cartográfico con encuesta en profundidad para captar su propio procedimiento de la construcción de la subjetividad en el manejo con la enfermedad crónica. La paciente presenta secuelas de diabetes no cuidada: ceguera e insuficiencia renal, realizando hemodiálisis tres veces por semana. La poca calidad de vida y su profunda religiosidad la hace que desee la muerte, pero el equipo y la familia no aceptan conversar sobre ese deseo. La dificultad relacionada a los cuidados paliativos del presente caso está de acuerdo con el modelo de atención centrado en la cura, no incluyendo las relaciones familiares en el atendimento y la falta de capacitación del equipo de atención primaria para los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos son entendidos no solamente como especialidad para casos terminales, sino como abordaje que complementa la perspectiva curativa, añadiendo otras dimensiones al cuidado, como acompañamiento psicológico y espiritual, complementando la asistencia clínica.*

.....

**INTRODUÇÃO**

Atualmente, vive-se o contexto de uma significativa transição epidemiológica e demográfica, influenciada, dentre outros motivos, pela crescente globalização e pelas estratégias de mercado, que provocam alterações nos padrões de consumo e nos estilos de vida, levando à modificação das condições de saúde da população. Assim, juntamente com o envelhecimento populacional, encontra-se uma maior prevalência de condições crônicas. Esse fato está se tornando uma preocupação no campo da saúde pública, principalmente porque os sistemas de saúde atuais ainda se encontram fragmentados e pouco preparados para lidar com essa realidade<sup>1</sup>.

Ademais, os avanços da medicina proporcionaram um aumento da expectativa de vida. Todavia, essa longevidade não está, em muitos casos, implícita na qualidade de vida na velhice e nos momentos finais de vida. Além disso, a incessante busca pela cura das doenças conduz os indivíduos, tanto profissionais quanto usuários dos serviços de saúde, a uma cultura de negação da morte<sup>2</sup>.

Nesse sentido, os cuidados paliativos (CP) emergem como uma proposta humanitária de cuidado aos pacientes que enfrentam a fase terminal de vida, a fim de aliviar a sua dor e sofrimento, abrangendo também os familiares envolvidos nesse processo<sup>3,4</sup>. Com origem no movimento *hospice*, no século XVII, na Europa, os cuidados paliativos são considerados uma filosofia que preconiza um cuidado primário, que valoriza a assistência às pessoas que possuem uma doença avançada e sem cura<sup>3,5</sup>. Nos seus primórdios, os cuidados paliativos eram especialmente direcionados a pacientes com câncer em estágio avançado<sup>2</sup>.

Em definição mais recente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o cuidado paliativo é uma "abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam um problema associado a uma doença que não tem cura, sendo levada pela vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, usando meios de identificação, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais"<sup>6:5</sup>. Essa definição supera a redução dos cuidados paliativos aos casos terminais de câncer, ampliando sua abordagem aos

casos de sequelas graves de cronicidade. A OMS afirma que os cuidados paliativos devem fazer parte dos sistemas de saúde que consideram o sujeito no centro do cuidado, afirmando que todos os níveis de atenção são responsáveis por prestar esse tipo de assistência<sup>6</sup>.

No Brasil, a Atenção Primária consiste na principal porta de entrada ao sistema de saúde, por isso, torna-se fundamental que esse nível de atenção esteja preparado para identificar e fornecer assistência para a demanda dos cuidados paliativos à população brasileira. Com a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, os cuidados paliativos aparecem como novidade na definição das ações da Atenção Primária, consolidando que a equipe multiprofissional deve ser responsável pela assistência a essas condições em seu território, garantindo a atenção integral à saúde<sup>7</sup>. De modo que, em 2018, foi lançada a Política Nacional de Cuidados Paliativos, que determina que esses cuidados devem fazer parte das Redes de Atenção à Saúde e sua abordagem deve ser ofertada em qualquer ponto da rede, desde a Atenção Primária e domiciliar até o atendimento especializado hospitalar<sup>8</sup>.

Alinhados à incorporação dos cuidados paliativos na Atenção Primária, os sistemas de saúde vivem a necessidade e o desafio de mudar a lógica de seu funcionamento, centrado por muitos anos nas condições agudas, ampliando seu foco para atender às demandas crescentes das condições crônicas e dos cuidados paliativos<sup>9</sup>. Além disso, os CP podem ser prestados em âmbito domiciliar e, muitas vezes, os pacientes preferem esse tipo de atendimento nessas situações, o que reforça a importância de fortalecer esse trabalho na Atenção Primária, uma vez que visitas domiciliares e o cuidado integral centrado no indivíduo e sua família são ações das Estratégias de Saúde da Família (ESF)<sup>10</sup>.

Nesse sentido, muitos desafios éticos perpassam essa trajetória devido às dificuldades de apoio por parte da Atenção Primária nos casos de necessidade de cuidados paliativos. A sobrecarga da família e dos cuidadores, responsabilizados pelos cuidados do paciente que convive com uma condição incurável, e a dificuldade de comunicação franca entre a equipe de saúde, a família e o paciente nas situações de final da vida, o que distancia a equipe de saúde dos cuidados paliativos, são algumas das principais questões discutidas<sup>10</sup>.

Este trabalho tem como objetivo discutir o caso

de uma paciente com grave cronicidade e agravos incapacitantes atendida em uma unidade de saúde no município da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, como uma candidata a receber cuidados paliativos na Atenção Primária.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo relato de caso, sendo um recorte de uma pesquisa maior, intitulada "Problemas e Desafios éticos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no acompanhamento de doentes crônicos: um estudo cartográfico", realizado em um município da região metropolitana de Porto Alegre-RS, com oito usuários(as) de duas unidades de saúde. A pesquisa utilizou a cartografia como método para coletar os materiais empíricos com vistas a desenhar o mapa do cuidado dessas pessoas em situações crônicas. Mapear os diferentes pontos onde essas pessoas buscam recursos para fazer frente à sua situação de cronicidade. Cartografar significa acompanhar processos, especialmente a processualidade da construção da subjetividade, na busca por cuidado para sua situação crônica. Oito pessoas com grave cronicidade, selecionadas pela coordenação da Atenção Primária, foram entrevistadas anualmente durante quatro anos. As entrevistas tiveram como roteiro as seguintes questões abertas: histórico da descoberta e do manejo da doença crônica; onde encontra recursos tecnológicos e populares, psicológicos e espirituais para fazer frente à cronicidade; como a doença crônica repercute na sua vida e como lida no dia a dia com ela; quais são as aprendizagens que o tempo vai mostrando no manejo das situações crônicas.

O artigo refere-se a um dos casos. No desenrolar da pesquisa, constatou-se a necessidade de cuidados paliativos de uma das usuárias entrevistadas, com graves sequelas de uma diabetes não cuidada por muitos anos. A participante foi entrevistada quatro vezes, a fim de conhecer em profundidade sua experiência com a cronicidade e assim captar a processualidade da construção de sua subjetividade na busca por recursos para enfrentar a sua doença crônica.

A análise e o tratamento dos dados se fundamentam na reflexão crítica sobre a questão da introdução dos cuidados paliativos em pacientes crônicos na Atenção Primária, tendo como referência o relato de caso dessa paciente. Para isso, foi feito um resumo de sua história de vida, sendo a paciente chamada

ficticiamente de Joana.

De acordo com a resolução que regulamenta as pesquisas com seres humanos, CNS n.º 466/12, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, sob o processo n.º 16/023. Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Joana tem 67 anos de idade, mãe de cinco filhos, divorciada de dois maridos alcoolistas. Quando esteve empregada, trabalhava de faxineira. Convive com diabetes há quase 30 anos, condição de saúde que desencadeou sua deficiência visual (cegueira) e grave insuficiência renal crônica. Reside na periferia de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre, em uma casa de dois cômodos que divide com seu filho com deficiência física por paralisia infantil que, no momento da pesquisa, possuía 40 anos. O terreno é compartilhado com sua irmã, mais jovem, que mora na casa da frente. Considera-se muito religiosa, ocupando seus afazeres em casa com práticas devocionais católicas.

A diabetes foi descoberta durante a gravidez de sua filha mais nova. Num primeiro momento, após saber o diagnóstico de diabetes, Joana não cuidou de sua saúde, pois, nesse período, e durante os 20 anos subsequentes, dedicou sua vida à filha mais nova, que era portadora de uma condição crônica grave, necessitando de cuidados intensos que a mantinham frequentemente internada em hospitais. Frente a isso, Joana largou seu emprego e dedicou-se integralmente à filha. Após o falecimento da menina, aos 20 anos, há oito anos, Joana procurou tratamento e iniciou os cuidados com a sua saúde. Ela considera que começou muito tarde a cuidar de sua condição crônica, quando as graves sequelas já haviam se instalado. O cuidado diuturno da filha a fez esquecer e deixar de lado a sua cronicidade.

Atualmente, o filho atua como seu cuidador, incentivando a mãe a cuidar da saúde, assim como os demais familiares, que desejam que ela não abandone as possibilidades de tratamento. Joana apresenta um quadro avançado de agravos relacionados à diabetes. Pelo fato de buscar tratamento tardio, necessita de hemodiálise três vezes por semana por quatro horas, realizada numa cidade vizinha para onde ela é conduzida, junto com outras pessoas, por um carro da prefeitura. Essa situação lhe causa muita

exaustão física e emocional, porque essa ida para a hemodiálise lhe ocupa uma boa parte do dia, acrescida pelas dificuldades ocasionadas pela cegueira e pelos limites de locomoção devido à cadeira de rodas. Ela volta para a casa exausta e desesperançada porque não vê melhora na sua situação. Essa sensação a faz rejeitar a hemodiálise e, devido ao seu grave quadro crônico, também não aceita um transplante, preferindo morrer.

Além das complicações relacionadas à condição crônica, Joana ainda vive o luto por sua filha mais nova, levando-a a desejar a morte em suas orações, pois acredita que assim reencontrará sua filha. Joana relata que pede para Deus terminar com seu sofrimento e sua dor, pois acredita que cumpriu sua missão de vida.

A equipe de Atenção Básica considera que desempenhou sua função pelo encaminhamento da usuária para um especialista e a um centro de hemodiálise, fornecendo o transporte para sua locomoção três vezes por semana ao local. O médico da Atenção Básica se mantém informado sobre seu caso através do filho cuidador. A paciente relata que o médico não visita a sua casa, nem mesmo as agentes comunitárias de saúde, mesmo sabendo que ela possui dificuldade de se deslocar até a unidade. A possibilidade da abordagem dos cuidados paliativos não é considerada como uma opção alternativa pela equipe.

## DISCUSSÃO

A história de vida de Joana instiga uma reflexão sobre a complexidade de sua situação terapêutica devido às graves sequelas, ao seu desejo de morrer e à pertinência da abordagem dos cuidados paliativos para o seu caso. Visto que as políticas públicas para essa demanda ainda não estão consolidadas na Atenção Primária, a discussão do caso pode ajudar a refletir e tomar consciência sobre elementos implicados nesse tipo de assistência.

A primeira questão que é necessário esclarecer é se Joana é verdadeiramente uma candidata a um cuidado paliativo, já que não tem muita idade (65 anos) e não se encontra em estado terminal. Aqui é necessário distinguir entre cuidado paliativo como uma especialidade, surgida no âmbito do aparecimento dos *hospices*, para o acompanhamento de casos de câncer terminal, ou como uma abordagem adequada para pessoas que sofrem graves sintomas de consequências prolongadas e incapacitantes das

condições crônicas. Como especialidade nos *hospices*, o cuidado paliativo é introduzido em casos terminais para substituir o atendimento curativo, que se torna desproporcionado e fútil, buscando proporcionar qualidade de vida nos momentos finais da vida. A abordagem do cuidado paliativo no tratamento de pessoas que sofrem graves consequências da sua condição crônica não pretende substituir o curativo, mas complementá-lo. O âmbito mais apropriado para essa abordagem é o serviço de Atenção Primária, referindo-se a um tratamento paliativo generalista, não especializado<sup>11,12</sup>.

Joana representa um caso para uma abordagem de cuidado paliativo na Atenção Primária que supera a redução dos cuidados paliativos aos casos de câncer em centros especializados e amplia as dimensões do cuidado para aspectos existenciais, psicológicos e espirituais<sup>13</sup>. Efetivamente, um estudo realizado com pacientes de uma ESF no sul do Brasil mostrou que menos da metade dos pacientes identificados como candidatos aos cuidados paliativos tinham o diagnóstico de câncer, com outras condições crônicas sendo mais comuns<sup>14</sup>.

As consequências de longo prazo da grave condição crônica de Joana, incidindo na sua qualidade de vida, especialmente, a necessidade de diálise várias vezes por semana, justificam a introdução de um cuidado paliativo generalista em seu tratamento. Castro, refletindo sobre o uso da diálise em casos terminais, pergunta-se: “a diálise aumentará o tempo e a qualidade de vida do paciente ou simplesmente prolongará o processo de morte?”<sup>15:234</sup>.

É possível fazer a mesma pergunta para o caso de Joana, pois a ida várias vezes por semana para a diálise é estressante e exaustiva, principalmente porque não consegue notar melhora em sua qualidade de vida. São possíveis duas vias: a manutenção da diálise até o fim da vida ou uma terapia de substituição com um plano avançado de cuidados paliativos que compreenda maior autonomia do paciente e o engajamento dos familiares no manejo de sua situação, melhorando as manifestações dolorosas dos sintomas e a qualidade de vida, integrando aspectos psicológicos e espirituais na assistência para encarar os percalços da vida e da morte como algo normal<sup>15</sup>.

Joana deseja essa segunda via, mas encontra resistência dos familiares e a insensibilidade da equipe de Atenção Primária. Por isso, é necessário discutir questões relativas aos três atores implicados na relação de cuidados paliativos na

Atenção Primária: o modelo apropriado para cuidar do usuário necessitado da abordagem paliativa, o acompanhamento do cuidador e dos familiares e as responsabilidades da equipe de Atenção Primária.

## O modelo de atenção nos cuidados paliativos

Para introduzir a abordagem paliativa na Atenção Primária é necessário pensar num modelo de atenção que não esteja apenas centrado na cura, mas tenha presente os princípios dos cuidados paliativos, que são a melhoria da qualidade de vida, influenciando positivamente no curso da doença, oferecendo meios de alívio da dor e de outros sintomas estressantes, usando terapias, se necessário, para prolongar a vida e trabalhando suas complicações clínicas, integrando aspectos psicológicos e espirituais no cuidado, aceitando a morte como um processo natural, sem apressá-la nem retardá-la, mas oferecendo suporte até o fim, acompanhando a família nesse processo, inclusive no tempo de luto<sup>6,16</sup>.

Só tendo presente esse modelo de atenção e seus princípios orientadores é possível alcançar a integralidade nesse tipo de atendimento. Esse modelo generalista de cuidado paliativo exige, antes de mais nada, um manejo e alívio dos sintomas físicos e psicológicos da cronicidade, especialmente a dor e a depressão. Esses sintomas, e outros, podem ocorrer isoladamente ou em conjunto, ocasionados pelo próprio processo da doença ou ligados a efeitos colaterais dos medicamentos. Para esse manejo é essencial a comunicação para recolher informações pertinentes para a tomada de decisões que respondam às necessidades físicas, psicológicas e emocionais do paciente, em acordo com os seus valores e preferências éticas e espirituais, permitindo um clima de confiança e um tratamento adaptado ao seu estado. A valorização da opção religiosa/espiritual do paciente, associada ao uso dos recursos fornecidos pela sua comunidade de pertença na fé, melhora muito a sua qualidade de vida na abordagem dos cuidados paliativos<sup>17,18</sup>.

No caso de Joana, a fé e as práticas devocionais católicas ocupam um lugar central para o enfrentamento dos sintomas estressantes da sua condição crônica. Ela necessitaria do acompanhamento espiritual, o que certamente lhe traria alívio e conforto. Por outro lado, o luto não concluído da morte da sua filha precisaria de um acompanhamento psicológico para processá-lo. Esse luto não processado pode estar influenciando em seu

desejo de morrer.

A perspectiva da integralidade levanta um sutil questionamento para o cuidado paliativo: o que fazer ou não fazer?<sup>2</sup>. Como no caso de Joana, a qual é submetida a tratamentos considerados como necessários para a ótica médica e familiar, mas vistos como desnecessários do ponto de vista da usuária, pois o que almeja é morrer, encarando a morte como um alívio para o seu sofrimento, enquanto muitos profissionais da saúde encaram a morte como um fracasso e incompetência técnica, considerando a luta pela vida como êxito profissional<sup>19</sup>.

Faz parte dos cuidados paliativos poder conversar, se o paciente assim o desejar, sobre a morte, junto com a equipe e os familiares. Primeiramente, os profissionais precisam estar convencidos e abertos a introduzir essa conversa na abordagem paliativa, considerando a morte como um curso normal da vida e não uma falha da natureza, oferecendo um cuidado próximo até o último momento. A percepção sobre o modo como as tecnologias médicas lidam com os últimos momentos da vida pode levar o profissional a dar-se conta de que a morte “deixou de ser um episódio para se tornar um processo”<sup>3:2579</sup> que exige acompanhamento.

A maior dificuldade costuma ser os familiares, que, geralmente, demonstram sentimentos desencontrados de apego afetivo e de medo da perda em relação ao familiar gravemente doente. Os profissionais precisam saber acompanhar e trabalhar esses sentimentos em relação ao familiar em condição paliativa, considerando que o agravamento da doença modifica o sistema familiar em seus papéis e em sua dinâmica de grupo. É necessário ter presentes essas transformações no acompanhamento dos sentimentos familiares<sup>20,21</sup>.

## Relações familiares no cuidado paliativo

Todos os documentos que referenciam os princípios dos cuidados paliativos apontam para a importância de inserir os familiares no acompanhamento paliativo de um paciente. Essa perspectiva reforça a ideia de que a família vivencia a situação terminal junto com seu familiar em condição de enfermidade incurável, sendo necessário que a mesma seja acompanhada e cuidada quando se pensa em cuidados paliativos<sup>6,8</sup>. No caso de Joana, percebe-se um conflito entre o desejo dela e o de seus familiares. Ou seja, os familiares desejam que ela realize os tratamentos disponíveis, inclusive o transplante renal, considerando

que ele poderia ser uma terapia definitiva para sua condição crônica. Em contrapartida, Joana manifesta resistência às terapêuticas disponíveis, deixando claro em diversos momentos seu desejo de abandonar os tratamentos aos quais está sendo submetida. Diante disso, evidencia-se que além do sofrimento que uma condição crônica incurável traz ao sujeito, esse e sua família vivenciam conflitos de gerenciamento do cuidado, o que pode influenciar de maneira negativa na dinâmica familiar. Sendo assim, os profissionais de saúde precisam estar preparados para cuidar dessa família e auxiliá-la nas escolhas terapêuticas disponíveis nesses casos.

O cuidador familiar, aquele que se encarrega da pessoa doente a domicílio, costuma ser o personagem mais afetado entre os familiares, em seus sentimentos, pelo cuidado prestado, podendo manifestar-se como tristeza, inquietação, impotência e, em relação ao processo de morte, momentos de negação pela perda ou de aceitação como um descanso. Os cuidadores familiares experimentam expectativas em relação ao futuro do paciente, despreparo para o seu cuidado e cansaço físico e emocional devido ao desgaste da presença constante, acrescida de problemas financeiros e de depressão. A equipe de cuidados paliativos precisa estar atenta à vida pessoal do cuidador, ajudando a enfrentar as suas dificuldades<sup>20</sup>.

No caso de Joana, o seu cuidador é o filho, que sofreu paralisia na infância, quando experimentou desatenção devido à preocupação constante da mãe com a saúde da filha mais nova, que sofria de doença degenerativa. Esse filho agora tem 40 anos. Essa situação familiar provoca sentimentos desencontrados de mágoa e de cuidado no filho em relação à mãe. Por outro lado, fica explícito que ela exerce sua autonomia na dinâmica familiar, mas seus familiares apresentam resistência perante a sua decisão de não continuar os tratamentos. Seus filhos enxergam uma certa obrigação em assumir o protagonismo no cuidado de sua mãe, pois acreditam que ela anteriormente se dedicou da mesma forma a eles.

Similarmente a isso, estudo realizado demonstrou que os familiares apresentam dificuldade em renunciar aos tratamentos que eles julgam essenciais, diante da necessidade de respeitar as decisões do seu familiar que se encontra em cuidados paliativos<sup>21</sup>. Outro estudo reforça essa situação quando afirma que “o processo de morrer e a morte do outro despertam sentimentos de medo, raiva, impotência,

insegurança, estando mais relacionado à perda e à separação do que a um processo natural da vida”<sup>20:3247</sup>.

Observa-se que o sofrimento dos familiares está interligado ao sofrimento da pessoa em cuidados paliativos, porém são subjetivamente diferentes. O sofrimento de ambos está relacionado à doença que ameaça a vida, ou seja, a ameaça de morte. Porém, os familiares sofrem com o sentimento de medo da culpa, por talvez não investir em todas as possibilidades terapêuticas e receio de não ter fornecido toda a atenção necessária, além de temer a solidão após a morte de seu familiar<sup>22</sup>. O sujeito que sofre com a condição terminal, como é o caso de Joana, demonstra o medo de sentir dor ao ser submetido a tratamentos que proporcionarão desgaste físico e emocional, apenas postergando a sua morte. Nesse sentido, torna-se indispensável compreender que cada pessoa, considerando sua subjetividade e sua inserção social, poderá viver o processo de adoecimento e de morte de modos distintos<sup>20</sup>.

### **A equipe de Atenção Primária nos cuidados paliativos**

No caso de Joana, pode-se constatar que, em geral, as equipes de atenção estão despreparadas para uma abordagem paliativa, tendo presente a recente portaria sobre Política Nacional dos Cuidados Paliativos<sup>8</sup>. Os profissionais foram formados dentro do paradigma da cura<sup>21</sup>, para o qual as tecnologias duras e leves-duras têm o protagonismo no tratamento, sendo as leves importantes, mas coadjuvantes do processo<sup>23</sup>. Num modelo paliativo, as tecnologias leves devem assumir a total predominância diante das tecnologias duras e leves-duras, porque o foco principal já não é a cura, mas o alívio e a qualidade de vida do paciente que se encontra num processo irreversível que precisa incluir a morte no seu horizonte. O paradigma curativo não consegue vislumbrar essa possibilidade como um elemento necessário do cuidado. Essa constatação aponta para a urgência de incluir os cuidados paliativos nos currículos de formação dos profissionais da saúde. Estudo mostra que a formação em cuidados paliativos é capaz de alterar a forma como os estudantes e profissionais compreendem os cuidados paliativos e aumentar a empatia, facilitando a interação e o cuidado<sup>24</sup>.

Um primeiro sinal do despreparo é a dificuldade de profissionais da Atenção Primária em identificar e

selecionar usuários que poderiam ser ajudados em seu cuidado com uma abordagem paliativa. Uma primeira causa poderia ser que consideram que os cuidados paliativos são para pacientes terminais com câncer, não para condições de grave cronicidade. Mas a questão central é que a condição de multimorbidade requer um modelo particular de tratamento, exigindo coordenação e manejo contínuo de avaliação dos riscos e dos benefícios frente aos sintomas e a implementação de novas abordagens de cuidado. Essa avaliação não é fácil e os profissionais não se sentem capacitados. Tanto os cuidados paliativos quanto a Atenção Primária buscam um cuidado integral, olhando para o contexto individual, familiar e social com o objetivo de melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida. Essa sinergia de objetivos poderia ser um fator para sua integração, mas a identificação de indivíduos com necessidade de cuidados paliativos na atenção continua sendo um desafio para os profissionais<sup>3,14,18,25</sup>.

No caso de Joana, os profissionais da equipe fizeram o seu melhor para conseguir um atendimento especializado de diálise com o necessário transporte para levar a paciente, três vezes por semana, ao local, focados nas tecnologias duras e leves-duras, mas sem nenhuma atenção às tecnologias leves para captar as outras necessidades de cunho psicológico e, principalmente, espiritual, da paciente. Isso se manifesta no seu descontentamento e sofrimento físico e mental que não são levados em consideração, fazendo-a rejeitar o tratamento e desejar morrer.

Outro aspecto é que os profissionais têm muita dificuldade de lidar com a morte, por isso a mascaram, fugindo de pacientes terminais. A morte não cabe no paradigma curativo, que, com as crescentes potencialidades das biotecnologias, concebe-se como uma vitória contra as forças da morte. A obstinação terapêutica é uma consequência dessa crença médica e, quando essa vitória já não é mais possível, a única via que se abre é a eutanásia. Nesse momento, a morte torna-se um episódio medicalizado, esquecendo que a morte é um processo que precisa ser acompanhado sem reduzi-lo à medicalização. Essa é a grande contribuição dos cuidados paliativos, que consideram o processo da morte como um momento a ser vivido como algo normal e com sentido. Assim, a abordagem dos cuidados paliativos aparece como uma via intermediária muito discutida entre a obstinação terapêutica e a prática da eutanásia<sup>26,27</sup>. A ortotanásia, defendida pelo Conselho Federal de Medicina, vai nessa mesma direção<sup>28</sup>.

Joana deseja morrer, porque as tecnologias duras e leves-duras empregadas no seu caso não melhoram a sua qualidade de vida, mas, ao contrário, trazem-lhe achaques físicos e estresse mental. Aliado às graves sequelas de sua condição crônica, seu desejo de morrer está também ligado ao luto ainda não bem processado de sua filha falecida há oito anos. O fato de não dispor de uma assistência psicológica e espiritual para poder conversar sobre a morte, porque os profissionais não lhe abrem espaço, pode levar a uma patologização desse desejo. Por isso, é importante acompanhá-la de perto nesse processo por meio da predominância de tecnologias leves, incluindo a fala sobre a possibilidade da morte no seu cuidado.

A inclusão da abordagem paliativa na Atenção Primária levanta diversos desafios éticos que os profissionais precisam estar cientes e enfrentar<sup>10,26,29</sup>. Um dos desafios centrais da abordagem paliativa é a guarda da confidencialidade e o respeito à autonomia do paciente, quando, por exemplo, existe a retirada de algum medicamento ou procedimento. Esses dois valores são centrais para preservar a dignidade humana e a qualidade de vida, quando há conflitos morais nas situações terminais<sup>26,27</sup>.

Por isso, as práticas de cuidados paliativos precisam ser analisadas na perspectiva dos quatro princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça<sup>19</sup>. Retornando ao caso de Joana, surge uma linha tênue entre considerar sua autonomia (querer interromper o tratamento) e considerar a beneficência e não maleficência da conduta profissional (oferta e realização de tratamentos). Então, o que fazer quando o paciente opta por morrer, mas a família e os profissionais optam por lutar pela vida do paciente? Como sair do conflito entre a autonomia do paciente e a beneficência/não maleficência defendida pelos profissionais e os familiares?

Os profissionais da saúde devem fornecer, ao usuário e a todos os envolvidos, as informações necessárias sobre as opções terapêuticas e suas consequências, bem como benefícios e malefícios, para subsidiar a deliberação de uma tomada de decisão. Além disso, deve-se abordar possíveis consequências físicas, psicossociais e socioeconômicas de cada escolha, tendo em vista que um tratamento fútil/desproporcionado pode produzir sintomas e gerar sofrimentos, prejudicando a qualidade de vida e o cuidado integral, além de implicar custos financeiros. Portanto, iniciar ou

suspender a diálise e qualquer outro tratamento é uma decisão que vai além do profissional de saúde, pois engloba todos os envolvidos<sup>15</sup>.

Um dos pontos centrais para essa decisão é a avaliação sobre a futilidade de um tratamento ou procedimento, identificando o paciente como um candidato para a abordagem paliativa. Como ponto de partida para definir a inclusão de um paciente, com trajetória de longa temporalidade e progressiva gravidade na cronicidade, nos cuidados paliativos, a seguinte questão deve ser respondida pelos profissionais: você ficaria surpreso se esse paciente morresse no próximo ano? A resposta negativa a essa questão alerta o profissional para a mudança do status do paciente, obrigando a repensar as intervenções e os objetivos do tratamento<sup>18</sup>.

A futilidade de um tratamento ou procedimento é muito difícil de definir, porque não depende de puros dados clínicos, mas é muito mais uma determinação de valor que deriva de uma avaliação pragmática entre meios e fins e entre as partes e o todo. Assim, a futilidade ou os benefícios de uma terapêutica dependem, por um lado, se ela beneficia o todo e não apenas uma parte, por exemplo, um órgão, e, por outro, se ela realiza fins que a pessoa assume para sua vida como projeto de felicidade. Um tratamento não é resolutivo se ele apenas age sobre órgãos comprometidos, sem trazer benefício para a pessoa como um todo, expresso como qualidade de vida<sup>27</sup>. Essa reflexão vale certamente para o caso de Joana.

Os resultados positivos da abordagem paliativa dependem de boa parceria da equipe com o cuidador e a família, mas isso não significa transferir para os familiares a responsabilidade dos cuidados paliativos<sup>26</sup>. Por isso, duas exigências éticas são centrais para o bom desempenho do cuidador: poder contar com ações educativas voltadas para sua qualificação para o cuidado integral do familiar e identificar um profissional de referência na equipe<sup>29</sup>. O filho de Joana é o cuidador, servindo de elo com a equipe, mas não recebe a capacitação adequada para desempenhar o cuidado.

Um dos maiores problemas para a otimização dos cuidados paliativos é a falta de um cuidado em rede por meio da assistência compartilhada. A Atenção Primária encontra muita dificuldade para operacionalizar os cuidados paliativos pelos entraves na identificação e no encaminhamento de doentes com perfil para esse tipo de tratamento. No caso de Joana, embora ela tenha acesso à rede para fazer a hemodiálise, não existe comunicação entre a equipe

de Atenção Primária e o serviço de hemodiálise, tornando-se ela a informante de sua situação clínica para a equipe, através do filho.

Os hospitais, quando dão alta para o diagnóstico de doença terminal, enviam o enfermo para casa, não fornecendo contrarreferência para a equipe de Atenção Básica que encaminhou o doente. Se a Atenção Primária se sente despreparada para os cuidados paliativos, os próprios hospitais brasileiros não possuem diretrizes para cuidar de pessoas com doenças irreversíveis<sup>21</sup>. Assim, fecha-se o círculo do despreparo e da ineficiência dos serviços de saúde para assumir a abordagem paliativa no cuidado de doentes com graves sequelas de sua condição crônica.

## CONCLUSÃO

A introdução dos cuidados paliativos, entendidos não apenas como especialidade para casos terminais, mas como abordagem que complementa a perspectiva curativa no uso de procedimentos e tecnologias na Atenção Primária, pode dar maior qualidade de vida a pessoas com graves sequelas da condição crônica e possibilitar a conversa sobre o processo do morrer, se o paciente assim o desejar. Essa é a primeira contribuição para as práticas da Atenção Primária: capacitação para saber o momento de introduzir cuidados paliativos no atendimento.

Essa abordagem paliativa exigirá agregar outras dimensões ao cuidado, como o acompanhamento psicológico e espiritual, como complementos da assistência clínica. Isso significará assumir um modelo de atenção que objetiva conjugar tecnologias curativas com tecnologias paliativas em situações de grave e irreversível cronicidade. Esse modelo deverá saber incluir o acompanhamento da família, especialmente do cuidador encarregado do familiar adoecido, porque as relações familiares são um fator importante que interfere no cuidado da pessoa em grave condição crônica. A segunda contribuição é a necessidade de assumir um modelo de atenção que supere o foco nas puras necessidades fisiológicas da patologia, mas saiba incluir as necessidades psicológicas e espirituais dos pacientes em cuidados paliativos.

Essa abordagem paliativa, com seu modelo de atenção correspondente, depende de uma capacitação para a qual os profissionais da Atenção Primária geralmente não estão preparados. Os cursos da saúde estão focados em competências para o uso

de procedimentos e tecnologias curativas, tendo os profissionais, formados nesse modelo, dificuldade para selecionar um enfermo candidato a cuidados paliativos e para assumir essa abordagem no cuidado de uma pessoa com graves e incapacitantes sequelas crônicas que queira conversar sobre seu processo de morte. Essa constatação aponta para a terceira contribuição dos achados: a premente necessidade de capacitar os profissionais da Atenção Primária para as práticas dos cuidados paliativos.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**José Roque Junges** é o autor responsável pelo projeto de pesquisa do qual deriva o presente manuscrito, tendo sido responsável pela coleta de dados e redação. **Rafaela Schaefer** contribuiu na elaboração, escrita e revisão final do manuscrito. **Priscila Pereira da Silva Lopes, Camila Nied e Simone Weber** contribuíram na coleta de dados, elaboração e escrita do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2012.
2. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 23-30.
3. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais da saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 [citado 2019 Apr 23];18(9):2577-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>
4. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados Paliativos. Estud av [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 23];30(88):155-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88-0155.pdf>
5. Vidal MA, Torres LM. In memoriam: Cicely Saunders, fundadora de los cuidados paliativos. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2006 [cited 2019 Apr 23];13(3):143-44. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n3/editorial.pdf>
6. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at End of Life. Geneva: WHO; 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília; 2017 [cited 2019 Apr

- 23]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 41, de 31 de outubro de 2018. Política Nacional de cuidados Paliativos [Internet]. Brasília; 2018 [cited 2019 Apr 23]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>
9. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: OPAS/CONASS; 2011.
10. Souza HL, Zoboli ELCP, Paz CRP, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessolacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. Rev Bioetica [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 23];23(2):349-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0349.pdf>
11. Shadd JD, Burge F, Stajduhar KI, Cohen SR, Kelley ML, Pesut B. Defining and Measuring a Palliative Approach in Primary Care. Can Fam Physician [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 23];59:1149-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828085/pdf/0591149.pdf>
12. Cleary AS. Integrating palliative care into primary care for patients with chronic life-limiting conditions. Nurse Pract [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 23];41(3):42-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26886272>
13. Mitchell GK, Johnson CE, Thomas K, Murray AS. Palliative Care beyond that for Cancer in Australia. Med J Aust [Internet]. 2010 [cited 2019 Apr 23];193(2):124-6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03822.x>
14. Corrêa SR, Mazuko C, Mitchell G, Pastrana T, Lima L, Murray SA. Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's experience. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 23];12(39):1-8. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/1507/870>
15. Castro, MCM. Reflections on End-of-Life Dialysis. Braz J Nephrol [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 23];40(3):233-41. Available from: [https://www.bjnephrology.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2175-8239-jbn-3833/2175-8239-jbn-3833-pt.pdf](https://www.bjnephrology.org/wp-content/uploads/articles_xml/2175-8239-jbn-3833/2175-8239-jbn-3833-pt.pdf)
16. Byock I. Principles of Palliative Medicine. In: Walsh T, Caraceni A, Fainsinger R, Foley K, Glare P, Goh C, et al. Palliative Medicine. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. p. 33-41.
17. Ghosh A, Dzung E, Cheng MJ. Interaction of Palliative Care and Primary Care. Clin Geriatr Med [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 23];31:207-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25920056>
18. Gorman RD. Integrating Palliative Care into Primary Care. Nurs Clin North Am [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 23];51:367-79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497014>
19. Sousa ATO, França JRFS, Santos MFO, Costa SFG, Souto CMRM. Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética. Rev Cub Enferm [Internet]. 2010 [cited 2019 Apr 23];26(3):117-29. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n3/enf05310.pdf>
20. Fratezi FR, Gutierrez BAO. Cuidado Familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 [cited 2019 Apr 23];16(7):3241-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/23.pdf>
21. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Alves E Souza AM, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 23];18(9):2615-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a16.pdf>
22. Álvarez-Cordovés MM, Mirpuri-Mirpuri PG, González-Losada J, Chávez-Díaz B. Cuidados Paliativos en Atención Primaria. A propósito de un caso. Semergen [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 23];39(7):396-9. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1138359312001529?token=87C7ABAA811BAF6B7D5931844A6696B3C443A328DB6CDA089D6DE867563F952524C91427B9AACCF8D96547CCDC1335F>
23. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Interface (Botucatu) [Internet]. 2000 [cited 2019 Apr 23];6:109-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09.pdf>
24. Costa AP, Poles K, Silva AE. Palliative care education: experience of medical and nursing students. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 23];20(59):1041-52. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/en\\_1807-5762-icse-1807-576220150774.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/en_1807-5762-icse-1807-576220150774.pdf)
25. Marcucci FCI, Perilla AB, Brun MM, Cabrera MAS. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. Cad Saude Colet [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 23];24(2):145-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-145.pdf>

26. Floriani CA, Scramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad Saude Publica [Internet]. 2007 [cited 2019 Apr 23];23(9):2072-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf>

27. Floriani CA, Scramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. Cien Saude Colet [Internet]. 2008 [cited 2019 Apr 23];13(Supl 2):2123-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a17.pdf>

28. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.805; 2006.

29. Saito DYT, Zoboli ELCP. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. Rev Bioetica [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 23];23(2):593-607. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0593.pdf>



# RISCOS OCUPACIONAIS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: REPERCUSSÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

OCCUPATIONAL RISKS IN NURSING PRACTICE: REPERCUSSIONS ON WORKER'S HEALTH OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY  
RIESGOS OCUPACIONALES EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: REPERCUSIONES EN LA SALUD DEL TRABAJADOR DE LA ESTRATEGIA  
SALUD DE LA FAMILIA

Maria Elisamara Rodrigues Soares Mota <sup>1</sup>

Dilene Fontinele Catunda Melo <sup>2</sup>

## Como Citar:

Mota MERS, Melo DFC. Riscos ocupacionais na prática de Enfermagem: repercussões na saúde do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Sanare (Sobral, Online)*. 2021; 20(2):34-41.

## Descritores:

Riscos ocupacionais; Enfermagem; Saúde do Trabalhador.

## Descriptors:

Occupational hazards; Nursing; Worker's health.

## Descriptores:

Riesgos ocupacionales; Enfermería; Salud del Trabajador.

## Submetido:

25/05/2021

## Aprovado:

01/12/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Dilene Fontinele Catunda Melo  
Faculdade Princesa do Oeste  
Endereço: Rua Coronel Lúcio, 344,  
Centro, Crateús-CE  
CEP: 63700061  
E-mail: dilenemelo@hotmail.com

## RESUMO

O objetivo deste estudo é apresentar uma análise dos riscos ocupacionais aos quais os profissionais da área de enfermagem estão expostos e as repercussões em sua saúde, abrangendo questões como a satisfação laboral, das circunstâncias em que os processos de trabalho se desempenham e dos relacionamentos que se instituem neste âmbito. Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, os sujeitos selecionados para estudo foram as equipes de enfermagem das unidades de Atenção Primária à Saúde da zona urbana do município de Crateús, sendo uma população com um total de 43 profissionais. A partir dos resultados, observa-se a predominância do sexo feminino. Dentre os riscos ocupacionais, os biológicos foram os mais citados. Os fatores mais implicativos foram o desgaste profissional (32%), baixa remuneração (28%) e muita responsabilidade (25%). Os sintomas mais citados foram o estresse (65%), cansaço (60%) e as dores musculares (30%). Conclui-se que são necessários novos estudos e pesquisas direcionados ao bem-estar do trabalhador e a criação de novas políticas de saúde pública para que esses profissionais tenham condições dignas e satisfatórias; destacamos a importância da educação permanente e contínua e a promoção da saúde desses trabalhadores.

1. Enfermeira. Residente em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: elisamara\_rodrigues@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7949-9419>

2. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Coordenadora de Pós-graduação da Faculdade Princesa do Oeste. Preceptora da Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: dilenemelo@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9525-9389>

**ABSTRACT**

*The aim of this study is to present an analysis of the occupational risks to which nursing professionals are exposed, and the repercussions on their health, covering issues such as job satisfaction, the circumstances in which work processes occur and the relationships that are established within this scope. It is a descriptive study with a quantitative approach. The subjects selected for the study were the nursing teams of the Primary Health Care units in the urban area of the city of Crateús, with a total population of 43 professionals. From the results, we observed a female predominance. Among the occupational hazards, biological hazards were the most mentioned. The most implicating factors were professional exhaustion (32%), low pay (28%), and a lot of responsibility (25%). The most mentioned symptoms were stress (65%), fatigue (60%), and muscle pain (30%). We concluded that there is a need for further studies and research aimed at the well-being of workers, in addition to the creation of new public health policies so that these professionals may work in dignified and satisfactory conditions. The importance of permanent and continued education, and health promotion for these workers is also highlighted.*

**RESUMEN**

*El objetivo de este estudio es presentar un análisis de los riesgos ocupacionales los cuales los profesionales del área de la enfermería están expuestos y las repercusiones en su salud, que abarcan cuestiones como la satisfacción laboral, las circunstancias en las cuales los procesos de trabajo ocurren y los relacionamientos que se instituyen en este ámbito. Es un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. Los sujetos seleccionados para estudio fueron los equipos de enfermería de las unidades de Atención Primaria a la Salud de la zona urbana del municipio de Cratéus, siendo una población con total de 43 profesionales. A partir de los resultados, se observa la predominancia del sexo femenino. Entre los riesgos ocupacionales, los riesgos biológicos fueron los más citados. Los factores que más impactan fueron el desgaste profesional (32%), baja remuneración (28%) y mucha responsabilidad (25%). Los síntomas más citados fueron el estrés (65%), cansancio (60%) y los dolores musculares (30%). Se concluye la necesidad de nuevos estudios e investigaciones vueltas al bienestar del trabajador, además de la creación de nuevas políticas públicas para que esos profesionales tengan condiciones dignas y satisfactorias. Se destaca también la importancia de la educación permanente y continúa y de la promoción de la salud de esos trabajadores.*

.....

**INTRODUÇÃO**

A Saúde do Trabalhador configura-se como uma relevante área de conhecimentos e práticas da Saúde Coletiva brasileira, construída a partir das reflexões sobre o impacto da atividade trabalhista na qualidade de vida das pessoas e sobre as complexas relações existentes entre desenvolvimento econômico, trabalho, saúde, produção e meio ambiente.

O campo da Saúde do Trabalhador ganhou notoriedade, principalmente, a partir da década de 60, quando as relações mecânicas, exploratórias e alienadoras de trabalho, baseadas no modelo *fordista-taylorista*, foram questionadas, assim como a precária infraestrutura do ambiente de trabalho à qual os indivíduos eram expostos. Adicionalmente, as lutas pelos direitos dos trabalhadores também ganharam destaque nesse período, as quais exigiam que as pessoas deveriam ter acesso ao trabalho de forma segura, digna e saudável<sup>1</sup>.

De acordo com dados da Organização Internacional

do Trabalho<sup>2</sup>, 2,02 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a enfermidades relacionadas ao âmbito laboral e 321.000 pessoas morrem por ano como consequência de acidentes no trabalho. Além disso, 160 milhões de pessoas sofrem de doenças não letais relacionadas ao trabalho e, ainda nesse contexto, 317 milhões de acidentes não mortais ocorrem a cada ano.

Os agravos relacionados ao trabalho ocasionam sérias consequências sociais e econômicas para a qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias, além de impactar a economia e o desenvolvimento dos países, pois produz gastos previdenciários e sanitários.

Condicionantes podem afetar e predispor o adoecimento do trabalhador, como a baixa remuneração, carga horária extensa, ambiente insalubre, lidar com o sofrimento do outro, exigências advindas das instituições por produtividade – que são cada vez mais frequentes e intensas, instabilidade e a incerteza do emprego, competitividade profissional e a insatisfação profissional<sup>3</sup>.

A partir das vivências na Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Município de Crateús, percebeu-se que a população trabalhadora da categoria de enfermagem daquele lugar era acometida por algum tipo de patologia profissional, especialmente após um surto de patologia dermatológica em algumas equipes de Saúde da Família.

Este estudo é de grande relevância para o meio acadêmico e profissional, pois levantará uma análise das repercussões identificadas pela equipe de enfermagem, buscando fundamentos necessários para que se possa intervir de forma satisfatória na saúde dos trabalhadores.

Assim, busca-se com esta pesquisa alertar acerca da rotina desses acidentes, da necessidade do uso de equipamentos de proteção e a importância da realização de Educação Permanente em Saúde nesta temática nos serviços de saúde.

A referida pesquisa buscou desenvolver dados científicos que possam estabelecer os riscos ocupacionais e repercussões na saúde dos trabalhadores enfermeiros do município de Crateús, além de traçar um paralelo de saúde e adoecimento desses profissionais.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Crateús, Ceará.

Os sujeitos selecionados para o estudo foram os profissionais da equipe de enfermagem da ESF da zona urbana do município, sendo uma população total de 43 profissionais, distribuídos em três categorias: 18 enfermeiros (41,86 %); 21 técnicos de enfermagem (48,83 %), dois auxiliares de enfermagem (04,65%); e dois enfermeiros residentes da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (04,65 %).

Os dados foram coletados durante os meses de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, nas dez Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da zona urbana de Crateús.

A coleta se deu por meio da aplicação de um questionário estruturado, composto por 22 questões; dentre elas, 15 foram elaboradas pela pesquisadora e sete foram extraídas da Pesquisa Perfil da Enfermagem Fiocruz/COFEN/2013<sup>5</sup>, com duas opções de respostas "sim" e "não", e outras com múltipla escolha com assinalação "x". O momento foi

previamente agendado com os gerentes das unidades e realizado numa sala reservada.

Todos os dados foram compilados no editor de planilhas Microsoft Excel® 2013, versão 15.0.4.4823, sendo analisados por meio do programa estatístico SPSS versão 20.0. Os resultados da análise dos dados encontrados foram organizados e demonstrados por meio de tabelas e gráficos.

Foram seguidos os aspectos éticos e legais na realização do estudo e, dessa forma, foram acatadas as recomendações da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde<sup>6</sup>.

A pesquisa foi desenvolvida após submissão à Plataforma Brasil e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, sob parecer n.º 3.766.605, no ano de 2019.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com os dados colhidos, descrevem-se, a seguir, as informações que abrangem os indicadores do perfil sociodemográfico dos entrevistados, bem como analisadas e discutidas as suas caracterizações.

**Figura 1.** Aspectos sociodemográficos da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde. Crateús, Ceará, 2019.

Variáveis	Nº	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	27	62,79%
Masculino	16	37,20%
<b>Idade</b>		
20 a 25	08	18,60%
25 a 30	11	25,58%
30 a 40		30,23%
40 a 50	09	20,93%
Acima de 50	02	04,65%
<b>Categoria profissional</b>		
Enfermeiro	18	41,86%
Enfermeiro residente	02	04,65%
Auxiliar de enfermagem	02	04,65%
Técnico de enfermagem	21	48,83%
<b>Tempo de trabalho na instituição</b>		
>1 ano	06	13,95%
1 a 5 anos	15	34,88%
5 a 10 anos	08	18,60%
<10 anos	06	13,95%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação à faixa etária, 30,23% dos participantes

apresentavam idades entre 30 e 40 anos.

Os enfermeiros que participaram do estudo são, em sua grande maioria, do sexo feminino, com 62,79% da amostra, e apenas 37,20% sendo do sexo masculino.

Esse percentual também é apresentado como um fato nacional e internacional. O sexo feminino se mostra prevalente na profissão de enfermagem, realidade atual e efetivada ao longo do tempo<sup>7</sup>.

A enfermagem no mundo do trabalho destaca-se na construção do conhecimento prático e abstrato na área da saúde, composta predominantemente por mulheres, reconhecidas como pioneiras e pela criação e sistematização da categoria como profissão.

A enfermagem é uma profissão historicamente feminina, executada fora do ambiente doméstico e aceita socialmente, diferentemente de outros trabalhos (médicos, engenheiros, juízes), em que as mulheres tiveram ingresso apenas no final do século XX, tendo que lutar para alcançarem esse espaço<sup>8</sup>.

Nos últimos anos, nota-se um crescimento da atuação do sexo masculino na profissão. Essa atuação tem caminhado, entretanto, a passos lentos, pois o maior quantitativo desse profissional ainda é composto pelo sexo feminino<sup>9</sup>.

Em relação à idade, evidenciou-se que a maioria dos profissionais participantes apresentava idades entre 30 e 40 anos, perfazendo 30,23% dos participantes; na idade de 25 a 30, anos um total de 25,58%; e de 40 a 50 anos, um total de 20,93%. Notou-se em relação à faixa etária uma maior prevalência dos profissionais num perfil de segunda idade no estudo aplicado, ficando de acordo com outros estudos realizados, nos quais também foi destacado esse perfil de jovens adultos, podendo a idade interferir ou não no desenvolver do trabalho.

Os profissionais jovens, que estão no início de suas carreiras, tendem a apresentar um desejo maior de aprender e adquirir experiência, já os profissionais que se encontram na meia-idade, podem expor causas de insatisfação no ambiente de trabalho. Observou-se que os profissionais com uma idade mais avançada, por terem uma maior carga e uma experiência maior, tendem a ter uma visão mais objetiva, podendo mostrar que concedem valores maiores a aspectos que profissionais que têm menos experiência conceituam como insatisfatório<sup>10</sup>.

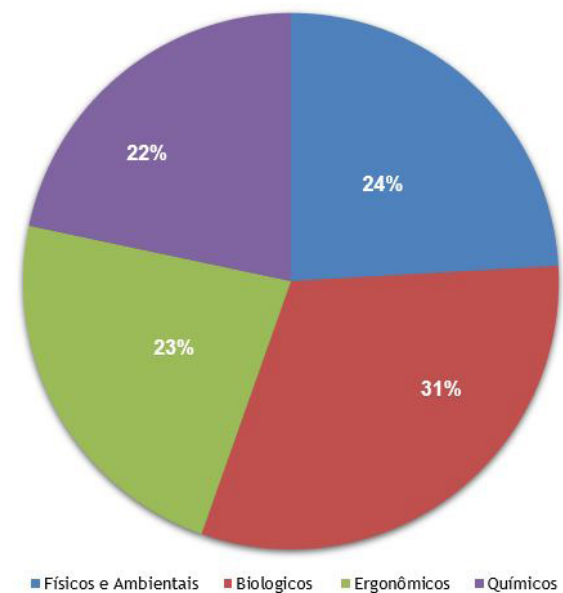
A categoria profissional de maior representação foi a de técnicos de enfermagem (48,83%), seguida por enfermeiros (41,86%). Enfermeiro residente e auxiliar de enfermagem repetiram o quantitativo,

com 4,65% em cada categoria. Em relação ao tempo de serviço desses trabalhadores, o quantitativo maior foi entre 1 a 5 anos (34,88%), seguido por de 5 a 10 anos, com 18,60%.

Dentre os pontos principais que podem implicar na qualidade do cuidado, observam-se as questões de limitações de formação e as dificuldades de fixação de profissionais. As contratações de caráter temporário transferem dificuldades de coordenação do sistema, a rotatividade dos profissionais e gerentes, ocasionando uma expressiva quebra de vínculos com os usuários e, conseqüentemente, uma baixa na qualidade do cuidado<sup>11</sup>.

Compreende-se, dessa forma, que quanto menos ocorre a rotatividade dos profissionais e quanto maior o tempo de atuação do enfermeiro na equipe, destaca-se maior possibilidade de relações interpessoais tanto com a equipe como com os pacientes e seus familiares. O vínculo proporciona a ampliação dos laços relacionais, aperfeiçoando afetos e potencializando o processo terapêutico. Com isso, vale enfatizar a importância do vínculo criado com a sociedade, bem como com a equipe<sup>12</sup>.

**Figura 1.** Riscos aos quais os profissionais da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde estão suscetíveis. Crateús, Ceará, 2019.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quando indagados sobre riscos aos quais os profissionais da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde estão susceptíveis, a resposta mais prevalente, com 31%, foram os riscos biológicos, seguidos pelos riscos físicos e ambientais, com

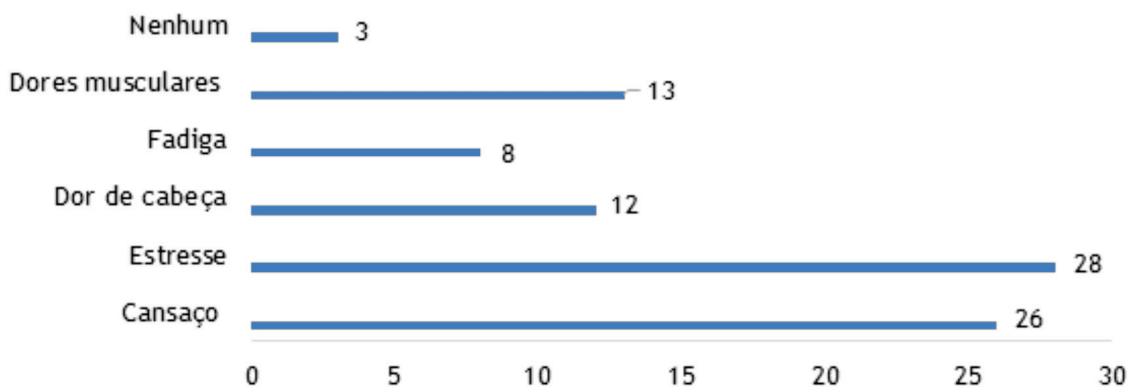
24%, que relataram estar relacionados ao ambiente de trabalho, colocando em risco a integridade física do trabalhador, podendo-se citar instalações elétricas inadequadas, falta de dedetização (animais peçonhentos), riscos de incêndios e o uso de máquinas sem proteção.

Os profissionais da área da Enfermagem estão mais expostos devido à execução de cuidados que envolvem risco de contaminação com material biológico, como a realização de curativos, passagem de sonda, o contato com materiais perfurocortantes, gases contaminadas com sangue ou secreções e o contato direto com o paciente. Por isso, faz-se necessária a aplicação de normas de biossegurança para prevenir a ocorrência de agravos à saúde do trabalhador<sup>13</sup>.

Os riscos ergonômicos podem afetar condições fisiológicas dos indivíduos expostos, como, por exemplo, movimentos repetitivos, postura corporal inadequada e cargas horárias de trabalho exaustivas<sup>14</sup>.

Quanto aos riscos químicos, pode-se qualificar como a exposição a substâncias químicas, dentre elas as medicações, imunobiológicos, gases, vapores e antissépticos, que são manipulados pela equipe de enfermagem, tendo em vista a necessidade de utilização dos equipamentos de proteção individual (EPIs) para o uso seguro dessas substâncias. O não uso desses materiais de proteção pode acarretar danos para a sua saúde, como também colocar em risco as vidas dos usuários dos serviços<sup>15</sup>.

**Figura 2.** Sintomas associados ao adoecimento no ambiente de trabalho de profissionais da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde. Crateús, Ceará, 2019.



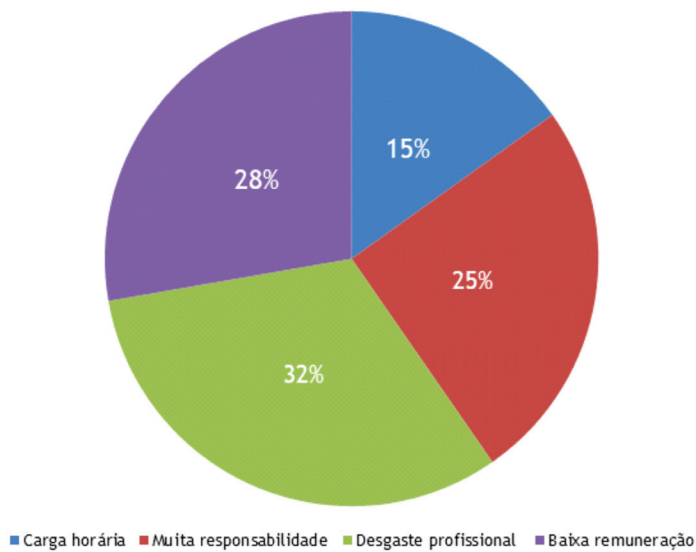
Fonte: Elaborado pelas autoras.

De acordo com o gráfico, podem-se elencar sintomas, sendo mais presente o estresse, com 65%, mostrando-se relevante também o cansaço, com 60%, gerado pelo acúmulo de obrigações, o que leva o trabalhador ao excesso de atividades, acarretando o estresse, cansaço físico e as dores musculares. E, muitas vezes, deixando esses profissionais com o sentimento de frustração, insegurança e incompetência no trabalho que realizam<sup>16</sup>.

A fadiga em decorrência do trabalho configura-se como um processo de exaustão física e psicológica que afeta diretamente os profissionais da enfermagem comprometendo o desempenho das atividades diárias, ela pode se tornar uma patologia crônica<sup>8</sup>.

A cefaleia faz parte dos fatores desencadeados pelo estresse e cansaço físico causados pelas demandas laborais e psíquicas, a repetitividade das atividades, responsabilidades, o que pode gerar essas desordens musculoesqueléticas<sup>17</sup>.

**Figura 3.** Principais fatores adoecedores no ambiente de trabalho de profissionais da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde. Crateús, Ceará, 2019.



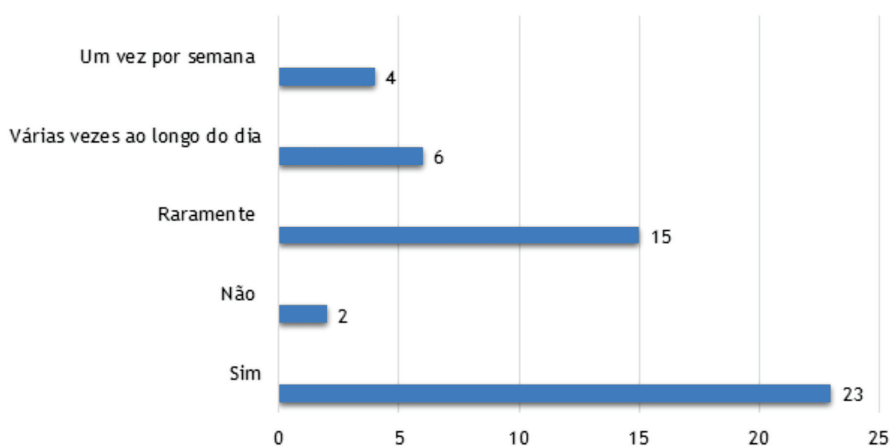
Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os fatores citados como adoecedores no ambiente de trabalho não deixam dúvidas quanto à natureza das ações e das condições vividas pela equipe de enfermagem, sendo os mais citados pelos profissionais o desgaste profissional (32%) e a baixa remuneração (28%).

O profissional enfermeiro atua em diversas áreas, como na gerência de enfermagem, no setor administrativo, organização, assistência aos usuários, dentre outras, desempenhando várias funções em apenas um cargo, ocasionado um esgotamento profissional que pode gerar diversas patologias<sup>18</sup>.

De acordo com estudos, horas exaustivas de serviço podem desencadear estresse, tornando esse indivíduo exposto a agravos físicos e/ou mentais, acontecimentos esses provenientes do ambiente de trabalho ou das funções desempenhadas por esses profissionais<sup>19</sup>

**Figura 4.** Presenteísmo profissional na equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde. Crateús, Ceará, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A pesquisa mostra mais expressivamente que 53,14% relataram já ter vivenciado o presenteísmo; e, em relação à frequência "raramente", 34,9%. Dados preocupantes que podem afetar a qualidade da assistência de enfermagem, que pode repercutir em erros e acidentes de trabalho.

O presenteísmo se qualifica como um fenômeno em que o indivíduo está fisicamente presente no local de

trabalho, e isso pode ocorrer por diversos motivos, entre eles as patologias físicas e emocionais<sup>20</sup>.

A maior parte dos profissionais da UAPS vivencia o presenteísmo nas suas rotinas de trabalho. Os estudos sobre esse fenômeno descrevem que ele está ligado diretamente à saúde emocional e à qualidade de vida do colaborador – quanto mais intensa a rotina laboral e a insatisfação do profissional com o serviço, poderá desencadear patologias em longo prazo, como as crônicas e as emocionais. Os trabalhadores da saúde presenteístas, mesmo com sintomas de saúde, tendem a comparecer ao trabalho, muitas vezes negligenciando os sinais e sintomas do adoecimento<sup>20</sup>.

## CONCLUSÃO

Diante do estudo realizado, percebe-se que os profissionais atuantes em instituições na área da saúde não estão livres de adoecimentos ou doenças ocupacionais.

Foi possível observar predominância do sexo feminino; os riscos biológicos foram os mais citados entre os profissionais e os fatores mais implicativos foram o desgaste profissional, baixa remuneração e muita responsabilidade. Tendo em vista os sintomas mais relevantes citados, destacam-se: estresse, cansaço e as dores musculares.

Os dados que chamam atenção neste estudo e que são preocupantes foram o fato desses profissionais de saúde da UAPS relatarem sono no ambiente de trabalho e vivenciarem o presenteísmo.

A contribuição desta pesquisa está em apresentar os dados sobre as condições de trabalho dos profissionais da área da enfermagem, nas UAPS, proporcionando possibilidades de criação de novas políticas de saúde pública direcionadas ao trabalhador, para que esses profissionais tenham condições dignas e satisfatórias.

Destaca-se a importância da educação permanente e contínua, bem como a promoção da saúde, visando evitar as patologias ocupacionais, com práticas direcionadas sobre o autocuidado e estilo de vida. Sobretudo, observa-se a necessidade de novos estudos e pesquisas direcionados ao bem-estar do profissional.

Espera-se que este estudo possa contribuir para futuras investigações e para auxiliar na elaboração e na implantação de medidas gerenciais que possam melhorar os processos de trabalho.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Maria Elisamara Rodrigues Soares Mota** contribuiu na concepção do artigo, na escrita, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. **Dilene Fontinele Catunda Melo** colaborou com revisão crítica do artigo e aprovação da versão final.

## REFERÊNCIAS

1. Trindade LL. Saúde do trabalhador: o referencial das cargas de trabalho como caminho de pesquisa e intervenções. *J Nurs Health*. 2015; 5(1)1-03.
2. Organização Internacional do Trabalho. A prevenção das enfermidades profissionais. Genebra: OIT; 2013.
3. Moraes KN. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde*. 2015; 6(1):565590.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
5. Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos WM, Wermelinger M, et al. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Convênio: Fiocruz/Cofen). Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-Ensp/Fiocruz e Cofen; 2015.
6. Brasil. Resolução 466/2012-Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012.
7. Freire MN, Costa ER. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho. *Rev Enferm Contemp*. 2016; 5(1).
8. Lombardi MR, Campos VP. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. *Rev ABET*. 2018; 17(1).
9. Silva TPD, Araújo WN, Stival MMS, Toledo AMT, Burke TN, Carregaro RL. Desconforto musculoesquelético, capacidade de trabalho e fadiga em profissionais da enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. *Rev esc enferm USP*. 2018; 52. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017022903332>
10. Andrade HS. Assistência do enfermeiro ao recém-nascido na atenção primária de saúde. *Cad Escola de Saúde*. 2018; 17(2):61-78. FREIRE, R.M.A. et al. Um olhar sobre a promoção da saúde e a prevenção de complicações: diferenças de contextos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016.

11. Machado MH, Santos MR, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, et al. Condições de trabalho da enfermagem. *Enferm Foco*. 2016; 7(esp):63-71. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.695>

12. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2018; 42:52-66. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>

13. Silva RA, Silva BR, Bragança C, Cruz AU, Silva JBS, De Paula CR.. Acidente de trabalho com material biológico na enfermagem. *Braz J Health Review*. 2020; 3(4):7780-96. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-047>

14. Florêncio FC, Nunes Neto GV, Florencio YL, Guerra MCGC. Riscos ocupacionais evidenciados nos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de urgência e emergência. *Enferm Brasil*. 2018; 17(5):535-541. doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v17i5.2175>

15. Worm FA, Oliveira PMA, Schiavenato D, Ascari RA, Trindade LL, Martins SO. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. *Rev Cuid*. 2016; 7(2):1288-96. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.329>

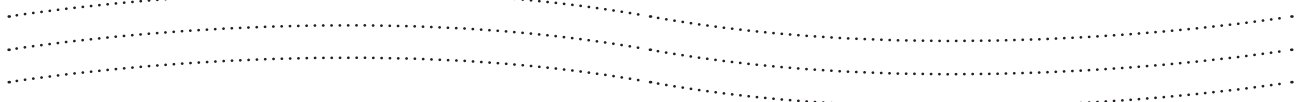
16. Sousa KHJF, Zeitoune RCG, Portela LF, Tracera GMP, Moraes KG, Figueiró RFS. Fatores associados aos riscos de adoecimento da equipe de enfermagem no trabalho em instituição psiquiátrica. *Rev Lat-Am Enferm*. 2020; 28. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3454.3235>

17. Braga DS, De Paula MAB. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. *Rev Magistro*. 2018; 1(17).

18. Carvalho AEL, Frazão IS, Silva DMR, Andrade MS, Aquino JM. Estresse dos profissionais de enfermagem atuantes no atendimento pré-hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(2). doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0660>

19. Garrido G, Lopes KMO, Silveira MA. Presenteísmo: Causas e consequências de um mal subterrâneo. *Rev Ciências da Administração*. 2017; 19(48):54-67. doi: <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2017v19n48p54>

20. Lourenço VP, Pérez-Nebra AR, Ferreira AI, Kohlsdorf M. Relação entre presenteísmo, síndrome de burnout e liderança ética em organizações escolares. *Fractal*. 2020; 32(spe):218-26.



# EPIDEMIOLOGIA E POSSÍVEIS INTERVENÇÕES PARA AS HEPATITES VIRAIS EM JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS

EPIDEMIOLOGY AND POSSIBLE INTERVENTIONS FOR VIRAL HEPATITIS IN JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS  
EPIDEMIOLOGÍA Y POSIBLES INTERVENCIONES PARA LAS HEPATITIS VIRALES EN JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS

Laura Paranhos Couto da Costa <sup>1</sup>

João Paulo Moreira Fernandes <sup>2</sup>

Nikolas Lisboa Coda Dias <sup>3</sup>

Letícia Martins Okada <sup>4</sup>

Stefan Vilges de Oliveira <sup>5</sup>

## Como Citar:

Costa LPC, Fernandes JPM, Dias NLC, Okada LM, Oliveira SV. *Epidemiologia e possíveis intervenções para as hepatites virais em Juiz de Fora, Minas Gerais. Sanare.* 2022;21(2):42-52.

## Descritores:

Hepatite Viral Humana; Estudos Epidemiológicos; Prevenção de Doenças; Estudos de Intervenção; Controle de Doenças Transmissíveis.

## Descriptors:

Human Viral Hepatitis; Epidemiological Studies; Disease Prevention; Intervention Studies; Communicable Disease Control.

## Descriptorios:

Hepatitis Viral Humana; Estudios Epidemiológicos; Prevención de Enfermedades; Estudios de Intervención; Control de Enfermedades Transmisibles

## Submetido:

09/08/2022

## Aprovado:

06/12/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Stefan Vilges de Oliveira  
Depart. de Saúde Coletiva da Faculd. de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Campus Umuarama, Bloco 2U, Sala 8, Av. Pará, 1720, Bairro Umuarama, Uberlândia –MG, CEP: 38400-902.  
Telefone: (34)3225-8604, Ramal: 8273.  
E-mail: [stefan@ufu.br](mailto:stefan@ufu.br)

## RESUMO

Delinear o perfil epidemiológico das hepatites A, B e C, em Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de 2011 a 2020, e propor intervenções para prevenir e reduzir os casos. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal descritivo, com análise quantitativa de casos de hepatites virais de Juiz de Fora, obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Posteriormente, realizou-se uma revisão integrativa para subsidiar o desenvolvimento das propostas de intervenção. Após o levantamento, observou-se predominância do sexo masculino em todas as hepatites e da hepatite C, com 78,8% dos casos. Evidenciou-se predominância de transmissão via alimentos contaminados para a hepatite A, com 74,29% dos casos, e das vias brancas e ignoradas para as hepatites B e C, seguidas pela via sexual, com 21,38%, e transfusional, com 20,75%, respectivamente. Após revisão integrativa, foram obtidos sete artigos sobre vacinação e abordagens educacionais. Evidenciando-se a alta incidência de hepatites virais em Juiz de Fora, é relevante aplicar intervenções envolvendo vacinação, ações educativas em saúde e a capacitação de profissionais da Saúde, com o intuito de prevenir e reduzir os casos dessas doenças no município.

1. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [lauraparanhos30@gmail.com](mailto:lauraparanhos30@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1154-6781>
2. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [joaopaulomoreira2012@gmail.com](mailto:joaopaulomoreira2012@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6284-9358>
3. Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [nikolaslisboa@gmail.com](mailto:nikolaslisboa@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0848-0195>
4. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [leticia\\_okada@yahoo.com.br](mailto:leticia_okada@yahoo.com.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7947-2112>
5. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [stefan@ufu.br](mailto:stefan@ufu.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5493-2765>

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**

*To outline the epidemiological profile of hepatitis A, B, and C in Juiz de Fora, Minas Gerais, from 2011 to 2020, and propose interventions to prevent and reduce cases. This is a descriptive cross-sectional epidemiological study, with a quantitative analysis of cases of viral hepatitis in Juiz de Fora, obtained from the Notifiable Diseases Information System (Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SINAN). Subsequently, an integrative review was carried out to support the development of intervention proposals. After the survey, there was a predominance of males in all types of hepatitis and of hepatitis C with 78.8% of cases. There was a predominance of transmission via contaminated food for hepatitis A, representing 74.29% of cases, and of white and ignored routes for hepatitis B and C, followed by sexual transmission representing 21.38% and transmission through transfusion representing 20.75%. After the integrative review, seven articles on vaccination and educational approaches were obtained. Before evidences of the high incidence of viral hepatitis in Juiz de Fora, it is relevant to apply interventions involving vaccination, educational health actions and the training for health professionals, aiming to prevent and reduce cases of these diseases in the municipality.*

**RESUMEN**

*Delinear el perfil epidemiológico de las hepatitis A, B y C en Juiz de Fora, Minas Gerais, en el periodo de 2011 a 2020, y proponer intervenciones para prevenir y reducir los casos. Se trata de un estudio epidemiológico transversal descriptivo, con análisis cuantitativo de casos de hepatitis virales de Juiz de Fora, obtenidos en el SINAN. Posteriormente, se realizó una revisión integrativa para subsidiar el desarrollo de las propuestas de intervención. Después del levantamiento, se observó la predominancia del sexo masculino en todas las hepatitis y de la hepatitis C con 78,8% de los casos. Se evidenció predominancia de transmisión a través de alimentos contaminados para la hepatitis A, con 74,29% de los casos, y de las vías blancas e ignoradas para las hepatitis B y C, seguidas por la vía sexual con 21,38% y transfusional con 20, 75%. Después de la revisión integrativa, fueron obtenidos siete artículos sobre vacunación y abordajes educativos. Evidenciándose la alta incidencia de hepatitis virales em Juiz de Fora, es relevante aplicar intervenciones involucrando vacunación, acciones educativas en salud y la capacitación de profesionales de salud con el objetivo de prevenir y reducir los casos de esas enfermedades en el municipio.*

.....

**INTRODUÇÃO**

Infecções inflamatórias hepáticas virais que afetam o fígado possuem grande importância para a humanidade, uma vez que podem levar a altas taxas de mortalidade e morbidade em indivíduos com infecções agudas ou cronicamente infectados<sup>1</sup>. Atualmente, sabe-se que os vírus A, B, C, D e E são os mais prevalentes relacionados às hepatites virais<sup>1</sup>.

Apesar de muitos casos serem assintomáticos, a fraqueza, náusea, vômitos, dor no hipocôndrio direito, icterícia, colúria e acolia fecal são sinais e sintomas que podem se manifestar<sup>2</sup>. Os achados laboratoriais mais prevalentes são o aumento das enzimas transaminases (ALT e AST) e a hiperbilirrubinemia direta<sup>1</sup>.

A hepatite A possui via de transmissão predominantemente oral-fecal, a partir de água e alimentos contaminados<sup>2</sup>, é uma doença aguda autolimitada que raramente leva a complicações severas<sup>2</sup> e possui vacinação prevista no Calendário

Nacional de Vacinação<sup>3</sup>. A hepatite B é uma doença que pode ser aguda ou crônica e se apresenta de variadas formas clínicas, desde assintomática até a forma icterícia e a hepatite fulminante<sup>1</sup> e também possui vacina<sup>3</sup>. A sua cronificação pode levar ao aparecimento da cirrose hepática e do carcinoma hepatocelular<sup>4</sup> e suas formas de transmissão mais prevalentes são: via sexual, transmissão vertical e via transfusional<sup>5</sup>. Já a hepatite C é transmitida, principalmente, por meio do uso de drogas injetáveis e transfusões sanguíneas. As infecções por hepatite B e C podem ser crônicas e assintomáticas por muitos anos.

Segundo o boletim epidemiológico de hepatites virais do Ministério da Saúde, no período entre 2000 e 2021, no estado de Minas Gerais, nesse mesmo período, respectivamente, houve 11.606, 14.588 e 14.429 casos e 106, 1.412 e 3.119 óbitos pelas hepatites A, B e C<sup>5</sup>. Logo, tornam-se necessárias medidas de prevenção, detecção precoce e intervenção para as hepatites virais. Desse modo, o objetivo do

presente estudo foi delinear o perfil epidemiológico das hepatites virais A, B e C no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de 2011 a 2020, e evidenciar potenciais propostas de intervenção na literatura para prevenir a transmissão e diminuir os casos da doença.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo epidemiológico transversal descritivo, que avaliou os casos de hepatites virais no município mineiro de Juiz de Fora, no período de 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2020. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma área territorial de 1.435.749 km<sup>2</sup> e uma população estimada de 577.532 habitantes<sup>6</sup>.

Para analisar os casos, foi realizada uma coleta de dados secundários no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da plataforma TABNET do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em julho de 2022.

Foram selecionados todos os 866 casos confirmados de hepatites virais ocorridas por município de notificação e de residência no período analisado. Desse total, foram excluídos 21 casos de hepatites que estavam classificadas como "A + B", "A + C", "B + C", "B + D", "E", ignorado ou em branco, devido à insuficiência dos dados fornecidos. Portanto, apenas foram analisados os casos que foram classificados nas formas etiológicas A, B e C.

Na ficha de notificação do SINAN, os casos confirmados são definidos pelos indivíduos que apresentem marcadores de anticorpos e antígenos reagentes, material genético viral detectado por exames de biologia molecular e que possuam menções de hepatites virais nas declarações de óbitos ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia específica.

Coletaram-se os seguintes dados do município:

1. Números totais de casos confirmados e classificados nas formas etiológicas A, B e C;
2. Sexo dos casos confirmados;
3. Faixa etária dos casos confirmados;
4. Raça dos casos confirmados;
5. Forma ou mecanismo de transmissão dos casos confirmados;
6. Forma clínica dos casos confirmados;

Realizou-se uma análise exploratória quantitativa dos dados. Para calcular as incidências municipais

anuais dos casos de hepatites, os casos confirmados foram divididos pelas populações residentes, que foram fornecidas pelas estimativas do IBGE, e multiplicados por 100 mil habitantes. Já as frequências relativas foram estimadas pela divisão do número de casos pelo total de casos do período analisado e foram transformadas em unidades percentuais.

Pelo Microsoft Excel, utilizaram-se somas, médias e variações percentuais para análise dos dados; e, para melhor apresentação dos dados, foram construídos uma tabela e um gráfico. O gráfico foi utilizado para representar os casos e as incidências municipais. A tabela foi utilizada para apresentar as frequências relativas dos valores relacionados às informações sobre demografia, forma etiológica e perfil clínico da doença.

Posteriormente, para responder à pergunta "Quais são as medidas de intervenção que podem ser aplicadas para reduzir a incidência e a transmissão de hepatites virais A, B e C em Juiz de Fora?", realizou-se uma revisão integrativa da literatura. A estratégia de busca foi a utilização de sintaxes de buscas nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), consultadas pela última vez em 22 de agosto de 2022. Recursos de pesquisa avançada e filtros presentes nessas plataformas foram utilizados para marcar os artigos escritos em língua portuguesa e inglesa, publicados durante 2012 a 2022. Não foi utilizada ferramenta de apoio na triagem do artigo. As sintaxes de busca foram descritores no DECS e no MESH, tanto simples e compostos, e digitados sem aspas e parênteses (Quadro 1).

Outrossim, aplicaram-se fatores de inclusão e exclusão que foram utilizados para a seleção de artigos que abordassem medidas intervencionistas para a redução da transmissão e dos casos de hepatites virais, usados na elaboração das propostas de intervenção. Os critérios de inclusão dos artigos foram os estudos que abordassem a temática de hepatites virais, de modo individual ou associado a outras doenças, aqueles que continham os descritores apresentados no Quadro 1 e estudos que descrevessem propostas de intervenção ou análise de resultados de intervenção realizados anteriormente. Por sua vez, os critérios de exclusão dos artigos foram os artigos com duplicidade na mesma ou em diferentes bases de dados, os estudos de revisão sistemática ou narrativa da literatura, relatos de caso, meta-

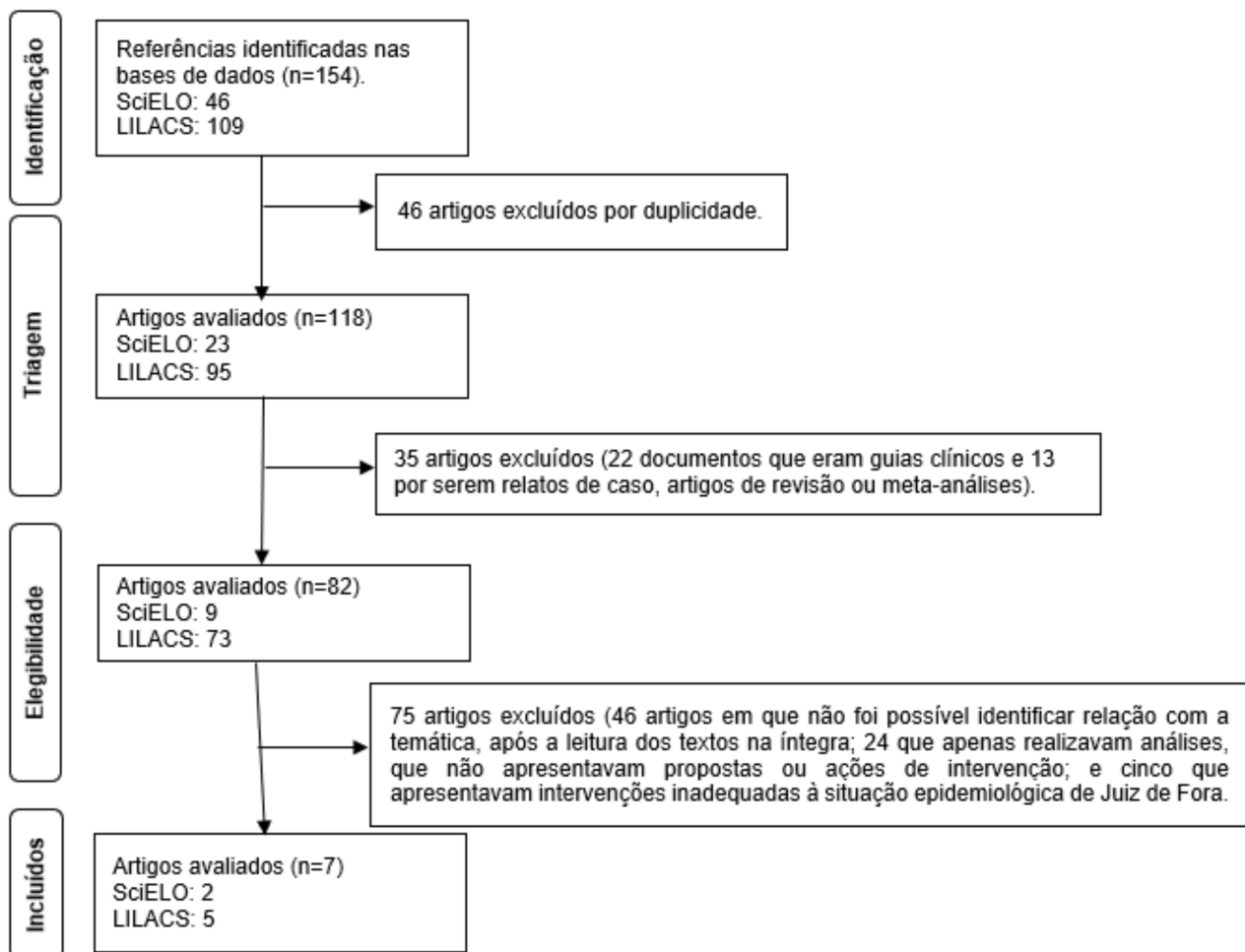
análises e duplicatas, os artigos que não abordassem hepatites e artigos de pesquisas que não apresentaram ou aplicaram medidas intervencionistas para as hepatites. A Figura 1 apresenta as etapas do processo de seleção dos artigos, iniciado pela identificação do número total de artigos nas bases de dados. Posteriormente, foram aplicados os fatores de exclusão nas fases de triagem e elegibilidade para retirar os artigos inadequados que não continham as informações essenciais para a elaboração das propostas de intervenção.

**Quadro 1** – Bases de dados e sintaxes de busca utilizadas para elaboração da proposta de intervenção.

Bases de dados	Sintaxes de busca
LILACS	Hepatitis, Viral, Human AND Disease Prevention Hepatitis, Viral, Human AND Intervention Studies Hepatitis, Viral, Human AND Intervention Studies AND Disease Prevention
SciELO	Hepatites virais AND prevenção AND intervenção; Hepatitis AND Intervention; Hepatitis AND Prevention

Fonte: Elaboração própria.

**Figura 1** – Bases de dados e o fluxograma do processo de seleção, elegibilidade e inclusão de artigos utilizados na elaboração da proposta de intervenção.



Fonte: Elaboração própria.

Este estudo dispensa a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, visto que utiliza dados secundários, não possibilitando a identificação nominal dos sujeitos da pesquisa e respeitando as normas de ética do Brasil.

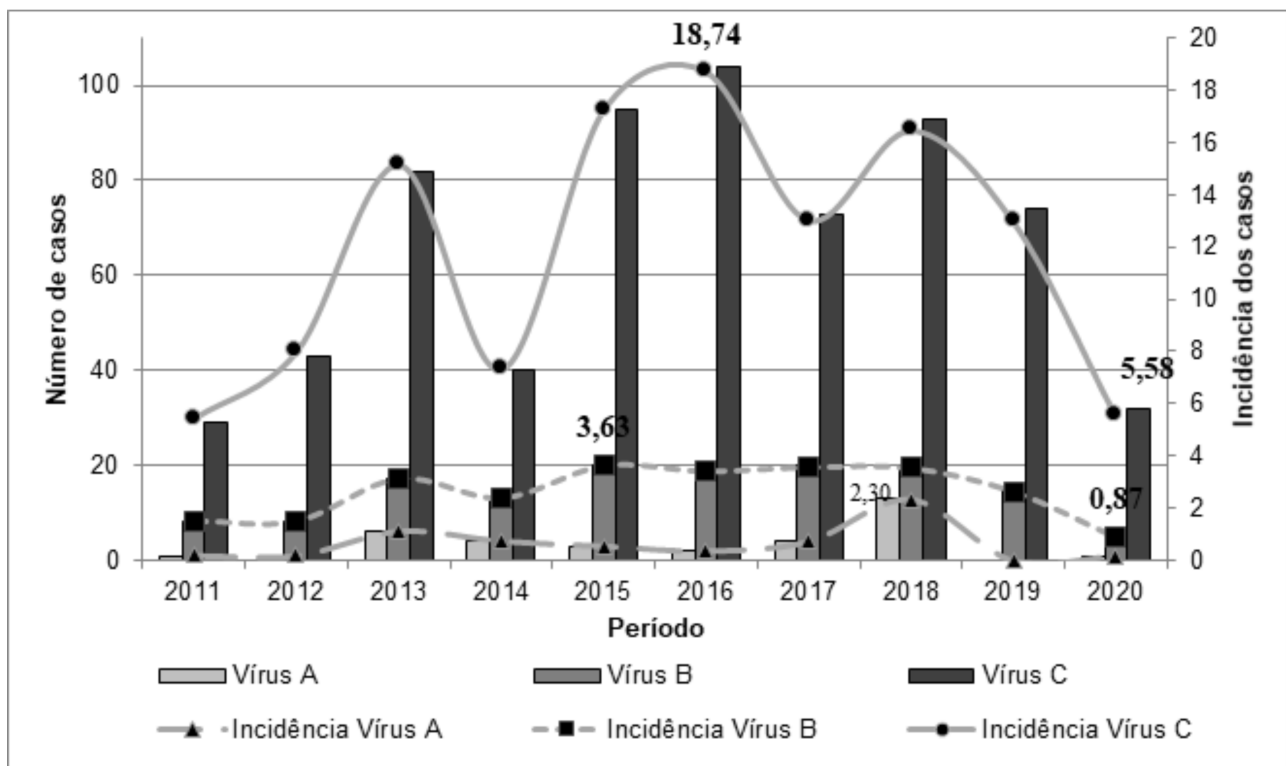
## RESULTADOS

Durante o período de 2011 a 2020, no município de Juiz de Fora, foi registrado um valor total de 845 casos confirmados de hepatites virais, dos quais 4,14%, 17,16% e 78,70% foram, respectivamente, das formas etiológicas A, B e C.

As hepatites A, B e C apresentaram, nesta ordem, incidências anuais médias de 0,63, 2,62 e 12,01 casos a cada 100 mil habitantes. Na Figura 2, nota-se que a hepatite viral acometida pelo vírus C apresentou os maiores números de casos e as maiores taxas de incidência em todo o período analisado, principalmente no ano de 2016, que apresentou um total de 104 casos e uma incidência de 18,74 casos por 100.000 habitantes, sendo que esse último valor representa um aumento de 56,03% em relação à média anual.

Já a hepatite A, em 2018, e a hepatite B, em 2015, apresentaram os maiores números, que foram, nesta ordem, de 13 e 20 casos, e as maiores incidências: 2,30 e 3,63 casos por 100.000 habitantes (Figura 2), que estão representando, respectivamente, aumentos de 265% e 38,54% em comparação às médias de suas incidências. Ademais, percebeu-se que as hepatites A, B e C apresentaram, respectivamente, incidências de 0,17, 0,87 e 5,58 casos a cada 100.000 habitantes em 2020, os quais representam diminuição de 72,38%, 66,72% e 53,52% em comparação às suas incidências médias.

**Figura 2** – Número de casos e taxas de incidência anuais de hepatites virais, classificados pela forma etiológica A, B e C, ocorridos no município mineiro de Juiz de Fora, MG, Brasil, durante o período de 2011 a 2020.



Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 1 mostra o total de casos para cada forma etiológica distribuída segundo o sexo, a faixa etária, a raça, a fonte de transmissão e a forma clínica. A partir dessa tabela, para todas as formas etiológicas, nota-se que há maior frequência de casos de indivíduos do sexo masculino e da raça branca. Para as formas etiológicas A e B, a maior frequência dos casos ocorreu nas faixas etárias de 20 a 39 anos, enquanto na hepatite C a maioria dos casos ocorreu na faixa etária de 40 a 59 anos. A forma clínica de hepatite aguda predominou para

a hepatite A, enquanto a forma clínica de hepatite crônica ou portador de hepatite foram as mais frequentes nas demais formas virais.

Além disso, evidencia-se que na hepatite A houve predominância da transmissão por água e alimentos contaminados (Tabela 1). Nas demais hepatites, observou-se frequência maior de casos que foram categorizados como ignorados ou deixados em branco na ficha de notificação do SINAN. Após essa categoria, evidencia-se que as segundas maiores frequências de casos foram transmitidas por via sexual, na hepatite B, e por via transfusional, na hepatite C (Tabela 1).

**Tabela 1** – Perfil epidemiológico dos casos de hepatites virais, classificados pela forma etiológica A, B e C, ocorridos no município mineiro de Juiz de Fora, Brasil, considerando o sexo, a faixa etária, a raça e a forma de transmissão da hepatite e a forma clínica, durante o período de 2011 a 2020.

<b>Frequência relativa (%)</b>			
<b>Forma Etiológica</b>	<b>Vírus A</b>	<b>Vírus B</b>	<b>Vírus C</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	65,71	59,31	53,98
Feminino	34,29	40,69	46,02
<b>Faixa etária</b>			
Menor que 1 Ano	0,00	0,00	0,45
1 a 4	5,71	0,00	0,15
5 a 9	5,71	0,00	0,00
10 a 14	8,57	0,00	0,15
15 a 19	5,71	2,07	0,75
20 a 39	51,43	40,00	14,89
40 a 59	17,14	39,31	58,2
60 a 64	2,86	6,9	10,53
65 a 69	0,00	7,59	7,22
70 a 79	2,86	3,45	6,02
80 ou mais	0,00	0,69	1,65
<b>Raça</b>			
Ignorado/Branco	14,29	7,59	6,92
Branca	42,86	46,21	60,9
Preta	11,43	18,62	11,28
Amarela	0,00	3,45	0,60
Parda	31,43	23,45	20,3
Indígena	0,00	0,69	0,00
<b>Mecanismos de transmissão</b>			
Ignorado	22,86	51,03	33,98
Sexual	2,86	21,38	14,44

Transfusional	0,00	5,52	20,75
Uso de drogas injetáveis	0,00	6,21	18,20
Vertical	0,00	0,69	0,45
Acidente de trabalho	0,00	0,000	0,60
Hemodiálise	0,00	0,69	0,00
Domiciliar	0,00	0,00	0,15
Tratamento cirúrgico	0,00	7,59	6,77
Tratamento dentário	0,00	6,21	3,01
Pessoa/pessoa	0,00	0,00	0,15
Alimento/água	74,29	0,00	0,00
Outros	0,00	0,69	1,50
<b>Forma Clínica</b>			
Ignorado	0,00	1,38	0,60
Hepatite Aguda	94,29	17,93	1,80
Hepatite Crônica/Portador	5,71	78,62	97,14
Hepatite Fulminante	0,00	0,69	0,30
Inconclusivo	0,00	1,38	0,15
Total	35	145	665

Fonte: Elaboração própria.

Após a realização da revisão integrativa da literatura, foram selecionados sete artigos que se adequaram à temática analisada, os quais foram utilizados para a construção das propostas de intervenção (Quadro 2). Nessas propostas, observou-se predominância de realização de vacinação, testes sorológicos para detecção de exposição viral e aplicação de abordagens educacionais visando à prevenção e redução da transmissão de hepatites virais.

**Quadro 2** – Detalhamento das intervenções evidenciadas na literatura para a redução de casos das hepatites A, B e C. Juiz de Fora, Brasil, 2022.

Proposta de intervenção	Recursos necessários	Resultados esperados	Local da intervenção	Referência bibliográfica
Vacinação contra a hepatite A e realização de testes sorológicos para avaliação da resposta imune contra o vírus.	Recursos humanos capacitados, vacinas, testes rápidos, equipamentos para coleta de sangue e testes sorológicos.	Aumento da imunidade, ampliação do rastreamento sorológico, prevenção e redução dos casos de hepatite A na população.	Primavera do Leste, Mato Grosso	Brito et al.
Vacinação contra a hepatite B e realização de testes sorológicos para avaliação da resposta imune contra o vírus.	Recursos humanos capacitados, vacinas, testes rápidos, equipamentos para coleta de sangue e testes sorológicos.	Aumento da imunidade, ampliação do rastreamento sorológico, prevenção e redução dos casos de hepatite B na população.	Municípios do estado do Paraná, na cidade de Montes Claros, Minas Gerais e cidades do Irã	Pudelco et al. Soares et al. Moghadami et al.
Palestras e rodas de conversa e distribuição de material sobre preservativos sexuais, de objetos perfuro-cortantes e higiene pessoal.	Recursos humanos capacitados. Disponibilidade de locais apropriados para realizar atividades e confeccionar os materiais educacionais e recursos didáticos.	Ampliação do uso de preservativos sexuais. Evitar compartilhamento de objetos perfuro-cortantes prevenindo a transmissão e reduzindo os casos.	Município (nome não informado) do Recôncavo Baiano, Bahia, e municípios de Pernambuco	Pimenta et al. Silva et al.
Palestras sobre vacinas, formas de transmissão e prevenção das hepatites para capacitar profissionais da saúde.	Recursos humanos capacitados para aplicação de intervenções educacionais. Disponibilidade de equipamentos e confecção de materiais para realização de palestras educacionais.	Aumentar o conhecimento e estimular a prática de medidas preventivas contra hepatites por parte dos profissionais de saúde.	Municípios do estado do Espírito Santo	Borchardt et al.

Fonte: Elaboração própria.

## DISCUSSÃO

A partir dos dados extraídos no presente estudo, evidenciou-se que, em Juiz de Fora, os casos de hepatites virais predominaram nos indivíduos do sexo masculino e de raça branca, e que a taxa de incidência dessas doenças reduziu em 2020. Além disso, percebeu-se que a maior parte dos meios de transmissão da doença foram classificados como “ignorados ou brancos” pelo SINAN.

A predominância do sexo masculino nos casos de hepatites pode estar relacionada à manutenção do estereótipo que considera a masculinidade como sexo forte, no qual o indivíduo não pode demonstrar suas vulnerabilidades para a sociedade, o que implica em procurar menos os serviços de saúde e realizar de modo ineficiente medidas de prevenção e autocuidado com as doenças em comparação ao sexo feminino<sup>7</sup>.

Em relação à raça, diferentemente dos achados do presente estudo, na literatura não foi encontrada

diferença no acometimento das hepatites entre as raças.

A queda, evidenciada pelos dados, nas notificações de casos de hepatites virais em Juiz de Fora, em 2020 (72,38% para hepatite A, 66,72% para hepatite B, e 53,52% para hepatite C), converge com os achados do estudo realizado em outras regiões do país, Tocantins e Amapá, em que foram observadas reduções de 72% e 61%, respectivamente, nos casos ocorridos de hepatite B, enquanto para as demais hepatites evidenciaram-se reduções de 76% e 70%, nessa ordem, em Tocantins e no Pará<sup>8</sup>, em 2020. Essas evidências podem estar correlacionadas às subnotificações e à redução dos diagnósticos e acesso aos serviços de saúde durante a pandemia de covid-19<sup>8</sup>.

O presente estudo mostrou que a forma de transmissão mais prevalente da hepatite A foi através de água e alimentos contaminados (74,9%). Essa estatística é corroborada por outros relatos na literatura científica. No município de Belém, PA, essa via de transmissão foi responsável por 88,79% dos casos de hepatite A na cidade entre os anos de 2007 e 2016<sup>9</sup>. Além disso, no presente estudo houve uma predominância mais considerável do sexo masculino, de 65,71%. Tanto no estudo que analisou a incidência de hepatites entre 2010 e 2017 em Minas Gerais quanto no trabalho atual, a faixa etária mais acometida pela hepatite A foi entre 20 e 39 anos<sup>10</sup>.

Na região Metropolitana do Vale do Paraíba, a maioria dos casos de hepatite B (58,5%) acometeram o sexo masculino e a faixa etária de 20 a 39 anos (44,03%)<sup>11</sup>; e, em relação aos mecanismos de infecção, a maior parte (57,08%) constou como ignorados ou em branco; dos que especificaram a forma de transmissão, predominou a via sexual, em 24,85% dos casos<sup>11</sup>, semelhantemente ao observado no presente estudo.

A maior incidência de hepatites C também foi observada em 50% dos casos ocorridos em Minas Gerais, no período de 2010 e 2017<sup>10</sup>, e 73% em São José dos Campos, no período de 2007 a 2018<sup>12</sup>, com base em dados coletados no SINAN. Além disso, no estado do Amazonas, a hepatite C também predominou na faixa etária de 40 a 59 anos e no sexo masculino, acometendo, respectivamente, 1.655 e 1.714 casos<sup>13</sup>.

No presente estudo, a transmissão transfusional foi a segunda mais frequente, seguida do uso de drogas injetáveis e, por último, a via sexual, nas hepatites C. Contudo, em dados anteriormente levantados referentes ao estado de Minas Gerais, a transmissão

através de drogas injetáveis foi a mais notificada, seguida da via transfusional e da sexual, para os casos de hepatites C<sup>10</sup>. A dificuldade para detectar os mecanismos de transmissão, por consequência do tempo prolongando para diagnosticar as hepatites e a realização de maneira inadequada dos preenchimentos das fichas de notificação do SINAN, pode estar correlacionada às quantidades elevadas de casos caracterizados como branco ou ignorado<sup>12</sup>.

Considerando a alta frequência de casos, são necessárias medidas de intervenções que possam ser aplicadas para reduzir o número de casos das hepatites em Juiz de Fora. Para tanto, a literatura científica evidencia a importância da aplicação de abordagens educacionais para profissionais da saúde, servidores e usuários das unidades básicas de saúde, por meio da divulgação de cartilhas informacionais sobre as doenças e sobre o uso de equipamentos de proteção individual para prevenção de contágio e transmissão<sup>14</sup>.

Outrossim, a realização de testes sorológicos para atestar a proteção ou a susceptibilidade em relação aos vírus das hepatites é uma estratégia de incentivar a imunização, a prevenção das transmissões e a adoção de medidas terapêuticas<sup>15</sup>. É importante que as medidas de promoção da saúde favoreçam a potencialização do público-alvo, como agente ativo na realização de ações protetivas para a saúde.

Evidências científicas demonstram o desconhecimento de agentes comunitários da saúde, após a aplicação de questionários sobre informações da transmissão, prevenção, profilaxia e tratamento das hepatites A, B e C<sup>15</sup>. No entanto, medidas de promoção da saúde, por meio de palestras educacionais, mostraram-se como ações estratégicas para estimular e fortalecer os conhecimentos dos profissionais sobre as hepatites<sup>15</sup>. Esses profissionais da saúde são importantes na busca ativa da imunização, por terem maior acesso aos domicílios e contato com a realidade da comunidade<sup>16</sup>, portanto, promover o conhecimento é essencial para reduzir o risco dos próprios profissionais e da comunidade de se contaminarem com as doenças.

A revisão realizada apontou que a vacinação é a principal medida a ser tomada em relação à hepatite A. O estudo selecionado para avaliar as intervenções relativas à hepatite A analisou os níveis sorológicos de anti-HAV (anticorpos contra o vírus da hepatite A) em 252 crianças após a imunização pela vacina da hepatite A<sup>17</sup>. Dessas, 236 testaram positivamente

para anti-HAV, significando um total de 93,6% de imunizados contra a hepatite A<sup>17</sup>.

Ademais, a incidência da infecção por hepatite A caiu de 3,29 a cada 100.000 habitantes, em 2014, ano em que a vacina começou a ser disponibilizada pelo SUS, para 0,80 a cada 100.000, em 2018<sup>19</sup>. Essa queda foi mais expressiva ainda em crianças menores de 5 anos, com uma redução de 96,8% na infecção pela doença. Assim, o investimento em campanhas de vacinação contra a hepatite A na cidade de Juiz de Fora é uma importante estratégia de conscientização da população sobre a importância da imunização, principalmente em crianças, conforme o Programa Nacional de Imunizações.

A epidemiologia da hepatite A evidencia que a principal via de transmissão é a via oral-fecal a partir do consumo de água e alimentos contaminados pelo vírus. Desse modo, torna-se fundamental a prática de medidas de higienização de alimentos antes do consumo e a ampliação de saneamento básico para populações mais vulneráveis. Logo, propõem-se medidas educativas sobre a transmissão da hepatite A e os cuidados necessários para evitá-la.

Em relação à hepatite B, constatou-se que a vacinação é a medida de prevenção de importante relevância e que implica na redução de casos. Avaliou-se que houve grande impacto na redução da incidência de casos e suas respectivas complicações, bem como no controle da doença, relacionados à instituição e à efetivação de programas com enfoque na promoção da vacinação de crianças e adolescentes<sup>18-20</sup>. Assim, torna-se indispensável investir em recursos na cobertura vacinal da população, prezando pela aplicação do esquema vacinal completo, com importante papel dos profissionais da saúde<sup>19,20</sup>, no sentido de atuarem na orientação sobre a vacinação, principalmente em ambientes de maternidade e puericultura.

Este estudo demonstra maior acometimento da população de homens da faixa etária de 20 a 39 anos e por transmissão sexual, pela infecção por vírus B. Portanto, propõe-se a aplicação de ferramentas educativas que alcancem essa população, principalmente no contexto da Atenção Primária. Podem-se utilizar cartazes, folders e rodas de conversas voltadas para temáticas que atuem nas diferentes exposições e vulnerabilidades dessa população, como: promoção de comportamentos sexuais mais seguros, o uso de preservativos e alerta para os malefícios do compartilhamento de utensílios de higiene pessoal de caráter perfurocortante, bem

como reiterar a eficácia da vacinação, visando à redução da transmissão e de novos casos<sup>21</sup>.

Em relação à hepatite C, detectaram-se intervenções realizadas em conjunto para a hepatite B, aplicadas para trabalhadores da saúde e manicures, através de mesas redondas e ensino de normas de biossegurança, com o objetivo de reduzir a infecção de hepatite C, durante o trabalho, ao serem expostos ao sangue contaminado<sup>14</sup>. Além disso, algumas medidas preventivas podem ser tomadas. Nas medidas primárias, têm-se a triagem em bancos de sangue e fiscalização de cumprimento de práticas de controle de infecção em hospitais, laboratórios e serviços de hemodiálise; e, nas secundárias, o tratamento de indivíduos infectados nas situações indicadas<sup>22</sup>. Ademais, recomenda-se priorizar o diagnóstico precoce, a partir de testes sorológicos, com foco nos grupos mais vulneráveis, como usuários de drogas injetáveis ou inaladas, pessoas que utilizam de instrumentos perfuro-cortantes esterilizados de forma inadequada ou que sofreram acidentes com tais objetos<sup>22</sup>. Por fim, recomenda-se incluir usuários de drogas injetáveis em programas para redução de danos, através do recebimento de equipamentos para uso individual e orientações sobre o não compartilhamento de objetos perfuro-cortantes<sup>22</sup>.

## CONCLUSÃO

O município de Juiz de Fora, MG, apresentou predominância da hepatite C entre indivíduos do sexo masculino e da raça branca, e maior número de notificações consideradas em branco e ignoradas. Para as hepatites A, predominou a transmissão via água e alimentos, enquanto para B e C predominaram, respectivamente, as transmissões sexual e transfusional. Percebeu-se redução na notificação dos casos de hepatites apenas em 2020, devido à pandemia por covid-19.

Diante desse panorama, fez-se um levantamento de medidas, por revisão integrativa da literatura, para o enfrentamento das formas de transmissão da doença e diminuição de novos casos. Para a hepatite A, evidenciaram-se as medidas de higienização de alimentos e saneamento básico; para a hepatite B, foi identificado o incentivo ao uso de preservativos sexuais; e, para a hepatite C, visualizou-se o investimento em triagem sorológica na doação de sangue e testes rápidos anti-HCV para trabalhadores expostos. Assim, essas propostas possuem potencial

significativo para melhorar os indicadores epidemiológicos observados na cidade de Juiz de Fora, MG.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como a baixa quantidade de dados quantitativos existentes no SINAN relacionados aos casos de coinfeções entre tipos distintos de hepatites e aqueles casos ocorridos na faixa etária de 0 a 19 anos, as quais resultaram em valores de incidências menores ou inexpressivos, que não puderam ser interpretados adequadamente. Além disso, outra limitação foi a quantidade significativa de mecanismos de transmissão das hepatites B e C classificadas como “ignoradas”, o que representa a possível ocorrência de falhas no preenchimento das fichas de notificação pelos profissionais da saúde e subnotificações. O uso de determinados descritores restringiu a detecção de artigos com informações úteis e necessárias para auxiliar, principalmente, na análise e na discussão de propostas de intervenções para reduzir os casos de hepatites, o que representa outra limitação observada durante a revisão de literatura.

Diante disso, sugere-se para o aperfeiçoamento de futuros estudos: capacitação profissional, visando ampliar os conhecimentos sobre o modo de utilização do SINAN, e preenchimento correto da notificação, bem como, para melhor discussão dos dados epidemiológicos, acessar outros bancos bibliográficos, como PUBMED, Google Acadêmico e LATINDEX, com o intuito de expandir a busca, e o desenvolvimento de ações interventivas.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**João Paulo Moreira Fernandes** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa, análise dos dados e redação do manuscrito. **Laura Paranhos Couto da Costa** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa, análise dos dados e redação do manuscrito. **Nikolas Lisboa Coda Dias** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa, análise dos dados e redação do manuscrito. **Letícia Martins Okada** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa, análise dos dados e redação do manuscrito. **Stefan Vilges de Oliveira** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa, análise dos dados e redação do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Castaneda D, Gonzalez AJ, Alomari M, Tandon K, Zervos XB. From hepatitis A to E: A critical review of viral hepatitis. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 05]; 27(16):1691-715. Available from: <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i16.1691>
2. Iorio N, John S. Hepatitis A. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Jul 05]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459290/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2022 Criança. [cited 2022 Jul 05]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022/calendario-nacional-de-vacinacao-2022-crianca/view>
4. Yuen MF, Chen DS, Dusheiko GM, Janssen HLA, Lau DTY, Locarnini SA, et al. Hepatitis B virus infection. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jul 05];7(4):18035. Available from: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.35>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. Boletim Epidemiológico das Hepatites Virais. [cited 2022 Jul 05]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico [Internet]. IBGE; 2010 [cited 2022 Jul 05]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br>
7. Vieira UA, Araujo MO, Araujo BO, Paixão GPN. Percepção dos enfermeiros sobre a (não) procura dos homens por Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Colet UEFS* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 02];10(1):58-66. Available from: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/5454>
8. Formigosa CA, Brito CV, Neto OS. Impacto da COVID-19 em doenças de notificação compulsória no Norte do Brasil. *Rev Bras Promoc Saúde* [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 12]; 35(11). Available from: <https://doi.org/10.5020/18061230.2022.12777>
9. Santos KS, Guimarães RJ, Sarmiento PS. Perfil da hepatite A no município de Belém, Pará, Brasil. *Vig Sanit Debate* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 12];7(2):18-27. Available from: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01216>
10. Bandeira LL, Souza CS, Marques DR, Peruzini GA, Guedes LV, Neto JD. Epidemiologia das hepatites virais por classificação etiológica. *Rev Soc Bras Clín Med* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jul 12];16(4):227-31. Available from: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/376>

11. Mendes GV, Canetti AC, Dória AC. Perfil epidemiológico dos casos de hepatite B na região metropolitana do vale do Paraíba e litoral norte. Rev Univap [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 05];28(57). Available from: <https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v28i57.2625>
12. Vasques GC, Guimarães IM, Sudo RS, Oliveira SV. Análise epidemiológica das notificações da Hepatite C em São José dos Campos-SP, Brasil: Uma proposta de intervenção para redução dos casos. Rev Cie UNIFAGOC [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 12];4(1):9-19. Available from: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/530>
13. Gusmão KE, Dias FC, Santana VM, Calado EJ, Oliveira VS, Oliveira AA, et al. Perfil clínico-epidemiológico da hepatite C na região norte do Brasil entre 2012 e 2015. Rev Pat Toc [Internet]. 2017 [cited 2022 Jul 12];4(2):41-45. Available from: <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2017v4n2p41>
14. Pimenta GR, Jesus LO, Almeida CS, Souza FO, Barbosa NS. Ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador sob risco de exposição e transmissão de hepatites virais. Rev APS [Internet]. 2017 [cited 2022 Jul 12];20(1):140-4. Available from: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15859>
15. Borchardt SK, Ferrarini LA, Rocha TS, Almeida AV, Capellini VK, Paro FM. Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Hepatites Virais antes e após palestras. Saude Pesq [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 19];14(2):299-306. Available from: <https://doi.org/10.17765/2176-92062021v14n2e8027>
16. Martins JR, Viegas SM, Oliveira VC, Rennó HM. Vaccination in everyday life: experiences indicate Permanent Education. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 19];23(4):e20180365. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0365>
17. Brito WI, Alves-Junior ER, Oliveira RM, Souto FJ. Initial evaluation of universal immunization with a single dose against hepatitis A virus in Central Brazil. Braz J Infect Dis [Internet]. 2018 [cited 2022 Jul 19];22(3):66-170. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.04.001>
18. Pudelho P, Koehler AE, Bisetto LH. Impact of vaccination in the reduction of hepatitis B in Paraná. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2014 [cited 2022 Jul 19];35(1):78-86. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.37821>
19. Soares DM, Lima CA, Costa FM, Carneiro JA. Enfermagem: realidade da imunização contra Hepatite B de um hospital do norte de Minas Gerais. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [cited 2022 Jul 19];19(4):692-701. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150093>
20. Moghadami M, Dadashpour N, Mokhtari AM, Ebrahimi M, Mirahmadizadeh A. The effectiveness of the national hepatitis B vaccination program 25 years after its introduction in Iran: a historical cohort study. Braz J Infect Dis [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 19]; 23(6):419-26. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2019.10.001>
21. Silva JW, Almeida ME, Souza AS, Vieira IM, Veras DL, Vasconcelos GS, et al. Mandala da Prevenção Combinada: ferramenta pedagógica no enfrentamento das infecções sexualmente transmissíveis, aids e hepatites virais em Pernambuco. Rev Saude Red [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 26];7(2). Available from: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p45-59>
22. Lombardi A, Mondelli MU; ESCMID Study Group for Viral Hepatitis (ESGVH). Hepatitis C: Is eradication possible? Liver Int. 2019;39(3):416-26. Available from: <https://doi.org/10.1111/liv.14011>



# CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICO-CIRÚRGICAS NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

NURSING CARE FOR THE PREVENTION OF ANESTHETIC-SURGICAL COMPLICATIONS IN THE IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ANESTÉSICO-QUIRÚRGICAS EN POSTOPERATORIO INMEDIATO

Rosemary Marques de Morais <sup>1</sup>

Ingrid Kelly Morais Oliveira <sup>2</sup>

Keila Maria de Azevedo Ponte Marques <sup>3</sup>

## Como Citar:

Morais RM, Oliveira IKM, Marques KMAP. Cuidados de enfermagem para a prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas no pós-operatório imediato. *Sanare*. 2022;21(2):53-60.

## Descritores:

Enfermagem Perioperatória;  
Complicações Pós-operatórias;  
Cuidados de Enfermagem.

## Descriptors:

Perioperative Nursing; Postoperative Complications; Nursing Care.

## Descriptores:

Enfermería Perioperatoria;  
Complicaciones Postoperatorias;  
Cuidados de Enfermería.

## Submetido:

15/08/2022

## Aprovado:

02/12/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Ingrid Kelly Morais Oliveira  
Av. Cmte. Maurocêlio Rocha Pontes,  
186 –Derby Clube, Sobral - CE  
CEP: 62042-280  
E-mail: ingridkelly17.ik@gmail.com

## RESUMO

Descrever os cuidados de enfermagem para prevenir complicações no pós-operatório imediato. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em junho de 2020, em Sobral, Ceará, com enfermeiros que cuidam de pacientes no pós-operatório imediato. Para a análise dos dados, utilizaram-se os pressupostos do método de Análise de Conteúdo de Bardin, de modo que as informações obtidas foram apresentadas em categorias pré-elaboradas a partir dos questionamentos do instrumento de coleta de dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob parecer n.º 189.291. O estudo mostrou os cuidados que devem ser implementados para prevenir complicações no pós-operatório imediato, na ótica de enfermeiros do serviço, com ênfase para: identificação e histórico do paciente, higienização adequada, apresentação de exames pré-operatórios, monitoramento dos sinais vitais, avaliação do paciente no pré-operatório e conferência de que se trata do paciente correto para o procedimento correto. Os enfermeiros apresentaram pensamento crítico e reflexivo, sendo capazes de identificar em sua prática quais ações poderiam melhorar para contribuir com a prevenção das complicações e os desafios que impedem a oferta de uma assistência direcionada à prevenção.

1. Enfermeira pelo Centro Universitário UNINTA. Pós-graduanda em Enfermagem em Centro Cirúrgico pelo Centro Universitário UNINTA. E-mail: marymarques@hotmail.com. ORCID: [0000-0002-7548-4914](https://orcid.org/0000-0002-7548-4914).

2. Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Pós-graduanda em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). E-mail: ingridkelly17.ik@gmail.com. ORCID: [0000-0003-1536-7289](https://orcid.org/0000-0003-1536-7289).

3. Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Enfermagem Cardiovascular e Intervencionista pela Universidade Estadual do Ceará. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: keilinhaponte@hotmail.com. ORCID: [0000-0001-5215-7745](https://orcid.org/0000-0001-5215-7745).

**ABSTRACT**

*Describe nursing care to prevent complications in the immediate postoperative period. This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach carried out in June 2020 in Sobral-Ceará with nurses who care for patients in the immediate postoperative period. For data analysis, the assumptions of Bardin's content analysis method were used, so that the information obtained was presented in pre-elaborated categories based on questions from the data collection instrument. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Estadual Vale do Acaraú under opinion no. 189,291. The study identified the care that should be implemented to prevent complications in the immediate postoperative period from the perspective of the site's nurses, with emphasis on: patient identification and history, proper sanitation, presentation of preoperative exams, monitoring of vital signs, assessment of the patient in the preoperative period, and confirmation of the right patient for the correct procedure. The nurses showed critical and reflective thinking, being able to identify in their practice which actions they could improve to contribute to the prevention of complications and the challenges that hamper the provision of care aimed at prevention.*

**RESUMEN**

*Describir los cuidados de enfermería para prevenir las complicaciones en el postoperatorio inmediato. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo realizado en junio de 2020 en Sobral-Ceará con enfermeros que cuidan de pacientes en el postoperatorio inmediato. Para análisis de los datos, se utilizaron condiciones previas del método de análisis de Bardin de modo que las informaciones obtenidas fueron presentadas en categorías desarrolladas a partir de cuestionamientos de la herramienta de coleta de datos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estadual Vale do Acaraú bajo el parecer n.º 189.291. El estudio identificó los cuidados que deben ser implementados para prevenir las complicaciones en el postoperatorio inmediato en la óptica de enfermeros del servicio, con énfasis para: identificación e histórico del paciente, higienización adecuada, presentación de exámenes preoperatorios, monitoreo de señales vitales, evaluación del paciente en el preoperatorio y comprobación de que se trata del paciente correcto para el procedimiento correcto. Los enfermeros presentan pensamiento crítico y reflexivo, siendo capaces de identificar en su práctica cuáles acciones podrían mejorar para contribuir con la prevención de las complicaciones y los desafíos que impiden ofrecer una asistencia vuelta hacia la prevención.*

.....

**INTRODUÇÃO**

O período de Pós-operatório Imediato (POI) corresponde às primeiras 24 horas após o término da cirurgia. Esse momento exige muita atenção da equipe de saúde, visto que é quando o paciente necessita de cuidados específicos até que recupere a consciência e a homeostase. Assim, a monitorização contínua do mesmo é necessária, a fim de prevenir intercorrências que o paciente possa apresentar, seja por fatores pré-existentes ou devido à intervenção cirúrgica<sup>1</sup>.

Para melhor acompanhamento da estabilização do paciente, após a cirurgia ele permanece na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), onde é devidamente monitorado pela equipe multiprofissional e somente é liberado quando todos os riscos são descartados. No entanto, é comum que, durante esse período, ocorram complicações pós-operatórias que podem resultar em maior tempo de

internação, reinternações e até levar o paciente a óbito. Desse modo, é importante que a equipe de enfermagem esteja devidamente capacitada para o cuidado desses pacientes, para que o risco de complicações diminua<sup>2</sup>.

Dentre as complicações mais comuns em pacientes pós-operatórios estão os problemas relacionados às vias aéreas, hipoxemia e embolia pulmonar, distúrbios circulatórios, como hemorragia e choque, distúrbios urinários, infecção do sítio cirúrgico, deiscência e evisceração. Isso posto, os profissionais de saúde devem ter um cuidado maior com esses sistemas orgânicos e buscar quaisquer sinais de alteração<sup>3</sup>.

Desse modo, a incidência de complicações no pós-operatório está associada às condições clínicas no pré-operatório, à extensão e ao tipo de procedimento cirúrgico e às intercorrências cirúrgicas ou anestésicas. Assim sendo, ter o conhecimento das principais complicações é fundamental para que se possa promover a rápida reabilitação do paciente e

evitar agravos da condição de saúde dele<sup>4</sup>.

Em vista disso, para minimizar o risco de complicações e garantir a segurança do paciente, a enfermagem possui uma relevante ferramenta que proporciona um cuidado integral, contínuo, seguro e humanizado ao paciente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que coordena todo o processo de pré, trans e pós-operatório, sendo dividida em cinco fases (visita pré-operatória, planejamento da assistência perioperatória, implementação, avaliação e reformulação da assistência). Assim, com o conhecimento técnico e científico do enfermeiro, é possível identificar as situações de saúde do paciente e sistematizar a assistência ofertada<sup>5</sup>.

A prática da SAEP permite ao enfermeiro a percepção, interpretação e antecipação das respostas individuais às alterações fisiológicas. Dessa forma, a incidência de complicações pós-operatórias diminui, pois faz com que a intervenção seja apropriada, planejada e definida de acordo com os problemas identificados durante o período perioperatório. Portanto, é importante que o paciente receba o cuidado individualizado conforme as suas necessidades, como sugere a SAEP<sup>6</sup>.

Reiteram-se, assim, os cuidados de enfermagem específicos para os pacientes em POI: obter relatório do enfermeiro da sala cirúrgica e do anestesista; monitorar e registrar os sinais vitais, incluindo levantamento da dor, a cada 15 minutos ou conforme apropriado; monitorar o retorno da função sensorial e motora, estado neurológico, nível de consciência; e encorajar o paciente a respirar profundamente e a tossir. Dessa forma, quando monitorado corretamente é possível evitar complicações, assim como perceber alterações fisiológicas e intervir imediatamente<sup>7</sup>.

O interesse sobre a percepção dos enfermeiros diante das complicações anestésico-cirúrgicas surgiu com as experiências e vivências profissionais na unidade cirúrgica, o que permitiu a percepção das dificuldades na assistência diante das complicações cirúrgicas no pós-operatório imediato.

Considerando que a equipe de enfermagem pode realizar cuidados para evitar tais complicações e que ainda há necessidade de aprimoramento e conhecimento ampliado por parte dos enfermeiros que atuam na assistência do pós-operatório imediato, este estudo visa descrever os cuidados de enfermagem para prevenir complicações no pós-operatório imediato.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um hospital terciário na região norte do estado do Ceará, referência regional e estadual em atendimento de saúde de alta complexidade. Participaram do estudo cinco enfermeiros dos serviços que cuidam dos pacientes no pós-operatório imediato, no período de junho de 2020; a amostra é justificada considerando os critérios de elegibilidade para participar da pesquisa, e considerando a pandemia do novo coronavírus.

Os critérios de inclusão dos profissionais consistiram em: ser enfermeiro, atuar no serviço de pós-operatório imediato, em contrato de trabalho com a instituição sede da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estavam de férias ou de licença ou não entregaram o questionário no tempo estipulado.

Para a coleta de informações, elaborou-se um questionário estruturado que contempla duas partes: 1. Dados pessoais (idade, sexo, estado civil, ano de formação e experiência no bloco cirúrgico) e 2. Questões sobre os cuidados de enfermagem para prevenir complicações anestésico-cirúrgicas no pós-operatório imediato.

Os enfermeiros foram identificados através da escala de trabalho da unidade, e, em seguida, convidados a participar da pesquisa. Os aspectos éticos foram esclarecidos pelo pesquisador e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário foi entregue para que o participante respondesse em momento oportuno, e um prazo de cinco dias foi estabelecido para a devolução do mesmo. A fim de preservar a identidade dos participantes, os questionários foram codificados com números aleatórios.

Para a análise dos dados, realizou-se a leitura das respostas dos questionários, dividindo as informações obtidas em categorias pré-elaboradas a partir do instrumento de coleta de dados, ou seja: cuidados de enfermagem para prevenir complicações anestésico-cirúrgicas; dificuldades enfrentadas na implementação do cuidado para prevenir; e fatores que consideram importantes para reduzir as complicações. Para isso, utilizaram-se os pressupostos do método de Análise de Conteúdo de Bardin<sup>8</sup>, seguindo com a leitura flutuante do material, definição de categorias a partir das respostas dos participantes e a interpretação das

respostas de acordo com cada categoria.

O presente estudo norteou-se pela resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, seguindo os princípios da bioética de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça<sup>9</sup>. Os participantes foram esclarecidos sobre os riscos e benefícios da pesquisa, aceitando participar do estudo mediante a assinatura do TCLE. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob parecer n.º 189.291.

## RESULTADOS

Os resultados foram organizados segundo os dados pessoais e conforme as respostas às questões acerca dos cuidados de enfermagem. Na caracterização dos participantes, a idade variou de 32 a 48 anos, 75% eram do sexo feminino, 50% eram solteiros. Quanto ao tempo de formação, variou entre dez e 25 anos, e a experiência em bloco cirúrgico ficou entre oito e 22 anos.

A análise das entrevistas permitiu o agrupamento de respostas e a criação de três categorias: a) cuidados de enfermagem para prevenir complicações anestésico-cirúrgicas; b) dificuldades enfrentadas na implementação do cuidado para prevenir; e c) fatores que consideram importantes para reduzir as complicações.

### Cuidados de enfermagem para prevenir complicações anestésico-cirúrgicas

Os resultados mostraram uma ênfase na identificação e histórico do paciente, sobre as alergias e necessidades que possui, para que o cuidado seja norteado por essas características que tornam o paciente singular, conforme se apresenta: “Investigar alergias, checar tipagem sanguínea no pré-operatório a fim de identificar as particularidades do paciente” (P1); “Solicitar informações do intraoperatório e preparar o leito de pós-operatório imediato de acordo com as necessidades do paciente” (P2); e “Investigar dados que venham a repercutir no momento anestésico-cirúrgico” (P3).

Outro cuidado que foi enfatizado pelos profissionais foi relacionado à higienização, tanto dos profissionais quanto do paciente e do ambiente cirúrgico e material, conforme os discursos apresentados: “Higienização do ambiente cirúrgico, salas e do equipamento utilizado neste processo”

(P4) e “Higienização das mãos de toda a equipe e do cliente” (P2).

Entre os demais cuidados citados pelos profissionais, observam-se: conferir jejum do paciente e se está portando os exames pré-operatórios, retirada de adornos, monitorar sinais vitais, uso de dispositivos de posicionamento para evitar quedas, avaliar o paciente no pré-operatório e conferir se é o paciente correto para o procedimento correto.

### Dificuldades enfrentadas na implementação do cuidado para prevenir

Quanto aos desafios enfrentados na implementação dos cuidados para a prevenção de infecção, os enfermeiros apresentaram diferentes pontos de vista, entretanto, repetiu-se em suas respostas a grande demanda de cirurgias no mesmo período, o que impede que seja realizada uma assistência mais minuciosa devido à escassez de profissionais, como segue: “A superlotação em alguns casos dificulta a implementação da SAEP” (P1); “Ausência de uma equipe multiprofissional” (P2); e “Grande quantidade de procedimentos durante um mesmo período” (P4).

Além dessas dificuldades, também foi relatada a falta de capacitação da equipe do bloco cirúrgico, bem como problemas com a infraestrutura do setor, que dificultam a implementação do cuidado, como pode ser observado a seguir: “A infraestrutura não contribui, é preciso um ambiente que favoreça o cuidado” (P2) e “Dificuldades na capacitação da equipe e escassez de materiais necessários para o cuidado” (P3).

Entre as dificuldades relatadas pelos profissionais, têm-se: falta de avaliação prévia do paciente e dos exames dos mesmos, falta de insumos para o cuidado ao paciente e o uso indevido dos EPIs.

### Fatores que consideram importantes para reduzir as complicações

No que diz respeito aos fatores que podem reduzir essas complicações, destaca-se melhorar o dimensionamento da equipe, ou seja, organizar a distribuição dos profissionais no bloco cirúrgico, a fim de otimizar o serviço e assim ofertar uma assistência qualificada, conforme observado a seguir: “Um bom dimensionamento da equipe” (P1); “Melhor dimensionamento da equipe” (P2); e “Dimensionamento adequado da equipe” (P3).

Outro fator recorrente foi a utilização correta da SAEP e obedecer aos protocolos do serviço, a fim de realizar uma anamnese adequada que forneça todas as informações acerca das alergias do paciente e histórico de outras cirurgias e como reagiu, por exemplo, e, assim, diminuir as complicações anestésico-cirúrgicas, de acordo com os trechos a seguir: “Avaliação pré-anestésica e pós-anestésica pela equipe multiprofissional, seguir protocolos e educação permanente” (P3); “Iniciar os cuidados no pré-operatório de cada paciente, identificando doenças preexistentes e alergias” (P4); “Utilizar instrumentos de checklist seguindo a rotina proposta pela SAEP”; (P1) e “Maior conhecimento da paciente por parte de toda a equipe” (P2).

Considerando as falas dos profissionais, é perceptível o conhecimento e entendimento dos mesmos acerca da importância dos cuidados de enfermagem no perioperatório, no entanto, existem desafios na rotina que dificultam a execução correta dessas ações que contribuem para a segurança do paciente e melhor prognóstico no pós-operatório.

## DISCUSSÃO

A partir dos cuidados de enfermagem apresentados pelos enfermeiros, observa-se a identificação do paciente no pré-operatório; aqui vale ressaltar a utilização da SAEP, que tem em suas fases a visita pré-operatória com o objetivo de conhecer o histórico do paciente e recolher todos os dados importantes para a cirurgia. No entanto, é necessário que essas informações sejam compartilhadas com toda a equipe responsável pelo cuidado do paciente, durante o perioperatório, já que na SRPA o leito é preparado de acordo com as necessidades desse paciente.

Desse modo, a identificação dos pacientes é essencial para o processo de cuidado dos mesmos, posto que é a partir dos dados coletados que o profissional de enfermagem é capaz de elaborar um plano de cuidados voltado para as necessidades, o que favorece um cuidado individualizado e eficaz.

Conforme um estudo<sup>10</sup> realizado com pacientes admitidos para a realização de procedimentos cirúrgicos, tem-se que, a partir da coleta de dados no período do pré-operatório, é possível identificar os diagnósticos de enfermagem do paciente. Com isso, a enfermagem é capaz de avançar em sua prática com o desenvolvimento de um processo de cuidado dinâmico, utilizando-se do raciocínio clínico e pensamento crítico para a tomada de decisão sobre

as ações e intervenções que o paciente demande.

Tal prática possibilita a rápida identificação dos potenciais fatores de risco e fragilidades dos pacientes e favorece a intervenção efetiva da equipe, o que diminui o risco de complicações dos mesmos. Assim, destaca-se também a importância de haver uma comunicação efetiva entre toda a equipe do bloco cirúrgico, desde o pré até o pós-operatório imediato. Dado que está entre os dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica, a comunicação efetiva entre a equipe, com troca de informações críticas para a condução segura do procedimento cirúrgico<sup>11</sup>.

Outro cuidado apresentado foi quanto à correta higienização das mãos, assunto recorrente no âmbito da segurança do paciente. Partindo do princípio que essa ação, aparentemente simples, é capaz de salvar vidas, ressalta-se, no entanto, que ainda é preciso enfatizar a importância desse cuidado nos serviços de saúde, principalmente no ambiente do centro cirúrgico. A boa higienização de todo o setor, da sala, dos materiais que serão utilizados para a realização dos procedimentos, em especial nas cirurgias, dos profissionais e do próprio paciente, é possível ofertar uma assistência segura, visto que o risco de contaminação e infecção diminui consideravelmente<sup>12</sup>.

Além disso, a correta higienização das mãos é uma estratégia de cuidado para o profissional e para o paciente, simultaneamente. Nesse aspecto, evidencia-se que é uma responsabilidade do profissional enfermeiro a manutenção de um ambiente limpo e seguro para os pacientes, por meio da coordenação da equipe de limpeza e do serviço de esterilização dos materiais. De acordo com um estudo de revisão<sup>13</sup>, para evitar contaminações no sítio cirúrgico, é preciso obedecer aos protocolos de enfermagem em que constam as recomendações para o preparo correto do paciente e da equipe cirúrgica, por exemplo: a lavagem correta das mãos, desinfecção dos instrumentos e ambiente e a utilização correta dos equipamentos de proteção individual (EPIs).

No que diz respeito às dificuldades na implementação dos cuidados, tem-se a sobrecarga dos profissionais em seus serviços, o que tem sido comum, tanto pela alta demanda como pela falta de pessoal, o que implica na necessidade de realizar diferentes procedimentos, mas não há profissionais suficientes para que sejam distribuídos. É necessário que além do aumento do número de profissionais no setor haja uma distribuição melhor dos pacientes

eletivos e internados por turno, deixando sempre uma margem para as possíveis cirurgias de emergência que possam surgir.

Conforme um estudo de revisão<sup>14</sup>, entre as dificuldades para a implantação da SAEP destacou-se a falta de tempo e pessoal para executar a sistematização. Apesar de os enfermeiros compreenderem a necessidade da SAEP, o desempenho de diferentes atividades gerenciais e sobrecarga de trabalho repercute diretamente na não execução adequada da SAEP e em falhas na assistência contínua ao paciente no perioperatório. Dessa forma, torna-se imprescindível que as tarefas sejam distribuídas entre a equipe de maneira que permita ao enfermeiro prestar a devida assistência ao paciente.

Diante dessa situação, nota-se a importância da educação permanente dentro dos serviços de saúde para a capacitação da equipe, o que precisa ser constante, ainda mais no que se refere à segurança do paciente, que é a prioridade no cuidado. Também é importante que haja uma comunicação efetiva entre o setor e a direção da instituição para que as necessidades do serviço sejam apresentadas, e, conforme as condições, o serviço seja adaptado para oferecer um cuidado efetivo.

As transformações e avanços na área da saúde, com novas descobertas científicas, ressaltam a importância de os profissionais atuantes estarem em constante capacitação. Assim, um estudo que teve como objetivo avaliar o impacto da capacitação de enfermeiros em uma unidade de centro cirúrgico identificou a efetividade de ações de educação permanente em saúde, com ênfase na utilização de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem<sup>4</sup>. Evidencia-se, com isso, que a capacitação dos profissionais é indispensável para o cuidado efetivo, formação qualificada dos enfermeiros e motivação dos profissionais quanto à busca de conhecimentos e interesse pela área em que atua.

No que diz respeito aos fatores que podem reduzir as complicações no POI, abordou-se quanto à organização da equipe. A delegação de atividades e clareza nas funções de cada membro da equipe favorece uma assistência qualificada e eficaz, estimulando o trabalho colaborativo e apoio mútuo durante o processo de trabalho. A falta de um bom dimensionamento da equipe influencia de forma negativa no trabalho da equipe de enfermagem, pois podem haver momentos em que os pacientes necessitem de um cuidado e atenção maior e

não será possível ofertar devido à falta dessa organização, sendo, portanto, fundamental uma boa liderança em enfermagem, a fim de realizar o correto dimensionamento da equipe, a fim de beneficiar o paciente. Dessa forma, em se tratando da SRPA, é essencial que a equipe esteja atenta a todas as necessidades dos pacientes, objetivando-se prevenir complicações.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, n.º 543/2017, em seu artigo 2º, discorre sobre o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem com base nas características relativas do serviço de saúde, tais como recursos, a estrutura, as atribuições e competências dos diferentes integrantes da equipe, a atuação dos serviços de enfermagem nos diferentes turnos, o método e a jornada de trabalho, a carga horária semanal e a proporção de profissionais de enfermagem de nível superior. Ademais, a resolução ressaltava sobre as características do paciente quanto ao grau de dependência desse em relação à equipe e à sua realidade sociocultural<sup>15</sup>.

Diante disso, é pertinente que os responsáveis pelo gerenciamento dos serviços tenham em mente essas normas quanto ao dimensionamento correto da equipe, respeitando as necessidades impostas e aplicando na prática. Dessa forma, haverá um benefício tanto para a equipe de enfermagem, que terá condições de trabalho melhor no que diz respeito à divisão das atividades, como para os pacientes, que receberão a assistência qualificada, contribuindo para a redução das complicações no POI.

A enfermagem há muito tempo é reconhecida como uma ciência, e isso se deve ao fato de que a assistência desempenhada pelo enfermeiro tem embasamento científico. Uma grande aliada da equipe de enfermagem é a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que muitas vezes é negligenciada, mas que, quando aplicada corretamente na prática, traz inúmeros benefícios à assistência ofertada. Assim, é certo que a correta utilização da SAEP, que se trata da SAE direcionada à assistência perioperatória, apresenta-se como um fator que contribui para a redução das complicações no POI, considerando que avalia e acompanha o paciente em todo o período perioperatório, permitindo que o profissional conheça o paciente e seja capaz de identificar alterações em seu estado geral.

Em um estudo de revisão<sup>16</sup> realizado com o objetivo de avaliar o resultado da utilização da SAEP

na SRPA, percebeu-se que, quando implementada corretamente, a sistematização é capaz de impedir a ocorrência de complicações, bem como revertê-las quando já estiverem instaladas. Assim, é necessário que o enfermeiro acompanhe e monitore constantemente o estado geral do paciente quando esse for encaminhado à SRPA e, assim, aplicar as ações da SAEP de forma integral e direcionada às necessidades de cada paciente, atentando-se a todos os detalhes em cada procedimento realizado. Para isso, o enfermeiro deve ter conhecimento técnico e teórico para lidar com as complicações mais comuns, com uma rápida tomada de decisão e boa dinâmica com a equipe.

## CONCLUSÃO

O estudo mostrou os cuidados que devem ser implementados para prevenir complicações no POI, na ótica de enfermeiros do serviço, quais sejam: identificação e histórico do paciente, higienização adequada, conferir jejum, apresentação de exames pré-operatórios, retirada de adornos, monitoramento dos sinais vitais, uso de dispositivos de posicionamento para evitar quedas, avaliação do paciente no pré-operatório e conferência de que se trata do paciente correto para o procedimento correto.

Os enfermeiros apresentaram pensamento crítico e reflexivo, sendo capazes de identificar em sua prática quais ações poderiam melhorar para contribuir com a prevenção das complicações e os desafios que impedem a oferta de uma assistência direcionada à prevenção. Além disso, com a apresentação dos desafios enfrentados na prática, pretende-se instigar os gestores a implementar ações e recursos a fim de beneficiar os pacientes e os profissionais que atuam no serviço.

O estudo tem como limitações o número de profissionais que participaram e ter sido realizado em uma única instituição. Dessa forma, com os resultados obtidos e a pequena amostra pesquisada não é possível estender os resultados obtidos para toda a atenção terciária. Além disso, sugere-se que outros estudos sejam realizados, mas que abranjam mais profissionais, até de instituições diferentes, o que permitirá uma comparação entre os serviços do bloco cirúrgico e SRPA.

Assim, este estudo permitirá a reflexão dos profissionais de saúde que atuam no bloco cirúrgico quanto à assistência que tem sido ofertada aos

pacientes. E, dessa forma, serão capazes de buscar meios para propiciar uma assistência qualificada aos pacientes em SRPA. O reconhecimento dos desafios e cuidados na assistência de enfermagem perioperatória contribuirá para a capacitação dos profissionais, beneficiando, assim, os pacientes, que poderão contar com uma assistência segura e qualificada.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Rosemary Marques de Moraes** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Ingrid Kelly Moraes Oliveira** contribuiu com a redação do manuscrito. **Keila Maria de Azevedo Ponte Marques** contribuiu com a revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Campos MPA, Dantas DV, Silva LSL, Santana JFNB, Oliveira DC, Fontes LL. Complicações na sala de recuperação Pós-anestésica: uma revisão integrativa. Rev SOBEC [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 12];23(3):160-8. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/385>
2. Rocha DM, Costa ECL, Rodrigues CF, Matias JGMG, Bezerra SMG, Machado RS, et al. Cuidados para a prevenção de complicações em pacientes traqueostomizados. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 14];13(1):169-78. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238545>
3. Sousa AFL, Hermann PRS, Fronteira I, Andrade D. Monitoring of postoperative complications in the home environment. Rene [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 18]; 21(43161):1-8. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/43161>
4. Lucas MG, Oliveira EBC, Oliveira IC, Basseto M, Machado RC. Impacto de uma capacitação para enfermeiros acerca da assistência no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Rev SOBEC [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 18];23(2):89-95. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/381>
5. Santo IMBE, Matos JC, Silva CJ, Almeida RP, Santos JLP, Silva SM, Caetano ER, Lima RD, Nunes KS, Barbosa SS. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP): Reflexos da Aplicabilidade no Processo de Cuidar. Rev Eletr Acervo Saúde [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 12];43(2945):1-8. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2945/1603>

6. Mendes PJA, Araújo KCGS, Morgan PE. Atuação do enfermeiro na prevenção de eventos adversos no centro cirúrgico, utilizando SAEP. Editorial BIUS [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 12];19(13):1-17. Available from: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/7661>

7. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman, JMC Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Diário oficial de União 12 de dez de 2012. [Home-page on the internet]. [cited 2022 Jan 20]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

10. Monteiro LBS, Souza PA, Almeida PF, Bittencourt GR, Fassarella CS. Nursing diagnoses in adults and elderlies in the preoperative period: a comparative study. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 12];72(2):56-63. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/z4gxDjYKS4j7h6JczXnRtQH/?lang=en>

11. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.

12. Oliveira BCS, Oliveira DS, Ferreira JDL, Virginio NA, Monteiro GRSS, Lima CA, Oliveira RC, Gonçalves KKN, Moraes CAC. Segurança do paciente em centro cirúrgico: desafios para a prática de enfermagem. Rev Eletr Acervo Enfermagem [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 12];10(1):1-8. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/6377>

13. Barbosa ALS, Mendonça GB, Viana MC, Rodrigues GMM, Anjos LF. Papel do enfermeiro no controle a infecção adquirida no centro cirúrgico. Rev Liberum Accessum [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 13];9(1):10-19. Available from: <http://revista.liberumaccessum.com.br/index.php/RLA/article/viewFile/88/90>

14. Jost MT, Viegas K, Caregnato RCA. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória na segurança do paciente: revisão integrativa. Rev SOBECC [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 14];23(4):218-25. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/440>

15. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de

Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem; 2017 [Home-page on the internet]. [cited 2022 Jan 20]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html#:~:text=1%C2%BA%20Estabelecer%2C%20na%20forma%20desta,s%C3%A3o%20realizadas%20atividades%20de%20enfermagem](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html#:~:text=1%C2%BA%20Estabelecer%2C%20na%20forma%20desta,s%C3%A3o%20realizadas%20atividades%20de%20enfermagem)

16. Pereira EA, Semczyszczym VSS, Soares SCL. Sistematização da assistência em enfermagem nos pacientes pós-cirúrgicos eletivos na sala de recuperação anestésica – RPA: revisão de literatura. Braz J Surg Clin Res [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 15];32(3):123-8. Available from: <https://www.mastereditora.com.br/download-3614>



# TENDÊNCIA TEMPORAL DE ÓBITOS POR SUICÍDIO EM UM ESTADO DO NORDESTE DO BRASIL

TEMPORAL TREND OF DEATHS BY SUICIDE IN A STATE IN THE NORTHEAST OF BRAZIL  
TENDENCIA TEMPORAL DE MUERTES POR SUICIDIO EN UN ESTADO DEL NORDESTE DE BRASIL

Karina Alves Amorim de Sousa <sup>1</sup>

Rafael Macedo de Oliveira <sup>2</sup>

Layze Braz de Oliveira <sup>3</sup>

Nelson Silva Rodrigues Júnior <sup>4</sup>

Antônio Filho Alves Rodrigues <sup>5</sup>

Aline Raquel de Sousa Ibiapina <sup>6</sup>

## Como Citar:

Sousa KAA, Oliveira RM, Oliveira LB, Rodrigues Júnior NS, Rodrigues AFA, Ibiapina ARS. Tendência temporal de óbitos por suicídio em um estado do nordeste do Brasil. *Sanare*. 2022;21(2):61-68.

## Descritores:

Suicídio; Epidemiologia; saúde mental.

## Descriptors:

Suicide; Epidemiology; Mental Health.

## Descriptores:

Suicidio; Epidemiología; salud mental.

## Submetido:

12/06/2022

## Aprovado:

09/11/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Karina Alves Amorim de Sousa.  
Av. Prof. Camilo Filho, 605. Gurupi,  
Teresina, Piauí.  
CEP: 64.091.095.  
E-mail: karinnaduda@gmail.com

## RESUMO

Objetivou-se avaliar características demográficas e sociais referentes aos óbitos por suicídio em um estado do nordeste do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo epidemiológico, realizado por meio de levantamento no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, referente aos anos de 2008 a 2018, a fim de identificar o perfil epidemiológico e discutir o comportamento desse fenômeno. Foram notificados 2.801 óbitos por suicídio em dez anos no estado do Piauí, a maior taxa de detecção foi de 10,08, no ano de 2018; o número de casos foi maior entre o sexo masculino (2.154 – 76,91%), na faixa etária adulta jovem de 20 a 39 anos (1.264 – 45,13%), pardos (1.851 – 66,08%), solteiros (1.278 – 45,63%) e o meio mais utilizado foi o enforcamento/sufocamento (2.065 – 73,72%). O número de óbitos segue em ascensão na série temporal e a vulnerabilidade masculina é maior. Portanto, conhecer a mortalidade por suicídio no estado é crucial para ações preventivas eficazes.

1. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. E-mail: karinnaduda@gmail.com. Orcid: [0000-0003-1538-1275](https://orcid.org/0000-0003-1538-1275).

2. Graduado em enfermagem pela Faculdade do Piauí – FAPI. E-mail: oliveirasarutobi2@gmail.com. Orcid: [0000-0002-9916-240X](https://orcid.org/0000-0002-9916-240X).

3. Doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP. E-mail: layzebraz@usp.br. Orcid: [0000-0001-7472-5213](https://orcid.org/0000-0001-7472-5213).

4. Graduando em medicina pela Universidade de Rio Verde – UniRV. E-mail: nelson\_rodrigues\_jr@hotmail.com. Orcid: [0000-0001-8145-4562](https://orcid.org/0000-0001-8145-4562).

5. Pós-Graduado em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família e Urgência e Emergência. E-mail: filho.nino@hotmail.com. Orcid: [0000-0001-7714-9901](https://orcid.org/0000-0001-7714-9901).

6. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: alineraquel8@hotmail.com. Orcid: [0000-0003-1373-3564](https://orcid.org/0000-0003-1373-3564).

**ABSTRACT**

*The objective was to evaluate demographic and social characteristics related to deaths by suicide in a state in northeastern Brazil. This is a descriptive epidemiological study, carried out through a survey in the Notifiable Diseases Information System (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), referring to the years 2008 to 2018, in order to identify the epidemiological profile and discuss this phenomenon's behavior. There were 2,801 deaths from suicide reported in ten years in the state of Piauí, the highest detection rate was 10.08, in 2018; the number of cases was higher among males (2,154 – 76.91%), in the young adult age group from 20 to 39 years old (1,264 – 45.13%), brown (1,851 – 66.08%), single (1,278 – 45.63%) and the most used method was hanging/suffocation (2,065 – 73.72%). The number of deaths continues to rise in the time series with greater male vulnerability. Therefore, the knowledge of mortality by suicide in the state is crucial for effective preventive actions.*

**RESUMEN**

*Se objetivo evaluar características demográficas y sociales referentes a las muertes por suicidio en un estado del nordeste de Brasil. Se trata de un estudio descriptivo epidemiológico, realizado por medio del levantamiento en el Sistema de Información de Agravios de Notificación, referentes a los años de 2008 a 2018, para identificar el perfil epidemiológico y discutir el comportamiento de ese fenómeno. Fueron notificadas 2.801 muertes por suicidio en diez años en el estado de Piauí, la mayor tasa de detección fue de 10,08, el año de 2018; el número de casos fue mayor entre el sexo masculino (2.154 – 76,91%) en la fase adulta joven de 20 a 39 años (1.264 – 45,13%), pardos (1.851 – 66,08%), solteros (1.278 – 45,63%) y el medio más utilizado fue en ahorcamiento (2.065 – 73,72%). El número de muertes sigue en crecimiento en la serie temporal y la vulnerabilidad masculina es mayor. Por lo tanto, conocer la mortalidad por suicidio en el Estado es crucial para acciones preventivas eficaces.*

.....

**INTRODUÇÃO**

Mitigar os casos de óbito por suicídio ainda se caracteriza um grande desafio em todo o mundo. Esse é um fenômeno considerado como um problema de saúde pública, tendo como preditor diversos fatores por vezes complexos e multifacetados, que envolvem desde eventos estressantes da vida, doenças mentais subjacentes, estilos de *coping* e fatores de personalidade, podendo ser desencadeado em qualquer fase da vida após a primeira infância<sup>1</sup>.

Nesse sentido, há um desafio mundial com esforços e desenvolvimento de planos estratégicos de prevenção, cujo objetivo é reduzir as taxas de suicídio (taxa ou coeficiente de suicídio é medido universalmente por cada 100.000 habitantes). É um fenômeno complexo e multideterminado, resultado de uma interação entre aspectos psiquiátricos, psicológicos, ambientais, sociais, culturais, genéticos e religiosos<sup>2,3</sup>.

Conjectura-se que o número de mortes por suicídio, a cada ano e em todo o mundo, versa em torno de 800.000, com uma taxa de 15,0 e 8,0 para cada 100.000 pessoas entre homens e mulheres, respectivamente. Existe uma estimativa de que até

2025 o número de casos de óbito por suicídio pode alcançar 1,5 milhão de pessoas no mundo, com uma projeção de aumento de 50% na incidência de mortes por ano<sup>3</sup>.

Todavia, faz-se necessário ter cautela ao interpretar quaisquer estatísticas sobre suicídio, pois os dados são subnotificados, ou podem conter viés de anotação ao serem alocados para outras causas de morte, e tais coeficientes variam em função dos locais. Isso significa que, por exemplo, num país de dimensão continental como o Brasil, há localidades com taxas baixas ou altas, ao utilizarmos os critérios dispostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>4</sup>.

A propósito da subnotificação de casos de suicídio, esse é um problema que gera uma preocupação global, afinal dados inconsistentes dificultam, sobremaneira, o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a prevenção. Diversas razões colaboram para o subdimensionamento dos casos, como o estigma que envolve o suicídio (quando possível, os agentes envolvidos colocam como *causa mortis* acidente ou homicídio, por exemplo); casos ocorridos em lugares remotos onde o sistema de notificação não alcança; deficiência do sistema de saúde pública, que notifica como morte por causas

externas, sem ter uma investigação mais apurada da verdadeira causa do óbito, dentre outras<sup>3</sup>.

No âmbito brasileiro, o quantitativo de óbitos por suicídio alcançou um coeficiente de 5,3 para cada 100 mil habitantes no ano de 2011 e, em 2015, esse coeficiente chegou a 5,7. De acordo com o período supracitado, os estados com percentuais mais elevados foram o Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, com 10,3, 8,8 e 8,5 óbitos para cada 100 mil habitantes, respectivamente<sup>3,2</sup>.

No nordeste do Brasil, a taxa média de mortalidade entre 2010 e 2014 foi de 5,14 óbitos a cada 100 mil habitantes, com ênfase para o estado do Piauí, o qual apresentou o maior o maior percentil, com 75 (10,71 óbitos/100 mil hab.), e maior valor médio (7,77 óbitos/100 mil hab.) de casos. No ranking dos dez municípios com os números mais elevados de casos, cinco são liderados pelo Piauí. O percentual de crescimento de casos chama atenção nessa região<sup>5</sup>.

É pertinente salutar a importância de desenvolver estudos epidemiológicos sobre essa temática tão relevante, e cabe destacar que é fundamental no macro cenário atual conhecer a distribuição temporal e geográfica dos casos de suicídios nas diferentes regiões do Brasil, principalmente aquelas com maior número de casos. Em casos como o Brasil, com dimensão continental e diferenças geográficas, sociais e culturais tão acentuadas, os estudos regionais ocupam grande relevância<sup>2</sup>.

Nessa perspectiva, conhecer o perfil epidemiológico, características socioambientais, culturais e seccionais é um dos pontos para alcançar os pilares das vulnerabilidades para o suicídio, assim como para edificar políticas públicas no intuito de minimizar os impasses decorrentes dessa problemática. Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar características demográficas e sociais referentes aos óbitos por suicídio em um estado do nordeste do Brasil, entre os anos de 2008 e 2018, bem como caracterizar os principais métodos utilizados nessa região.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, epidemiológico, realizado por meio de levantamento na base de dados. Os dados foram coletados em outubro de 2019 e são referentes aos anos de 2008 a 2018. O estudo foi realizado no estado do Piauí, cuja população é de 3.273.227 habitantes, localizando-se no nordeste do Brasil<sup>6</sup>.

Além da taxa de óbitos por suicídio, foram incluídas para a análise as variáveis: ano de notificação, sexo, faixa etária, etnia, estado civil e os métodos utilizados, com o intuito de identificar o perfil epidemiológico e discutir o comportamento desse fenômeno no estado, no período de 2008 a 2018, e excluídos dados não oficiais, referente aos casos de subnotificação.

Os dados foram coletados pelos próprios pesquisadores, que fazem parte da Gerência Estadual de Atenção à Saúde do Estado, por meio do banco de dados disponibilizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

Após a coleta, procedeu-se a tabulação dos dados no software de planilha eletrônica Excel. Realizou-se análise descritiva simples; a análise dos dados provenientes do SINAN foi realizada pelo programa TABWIN.

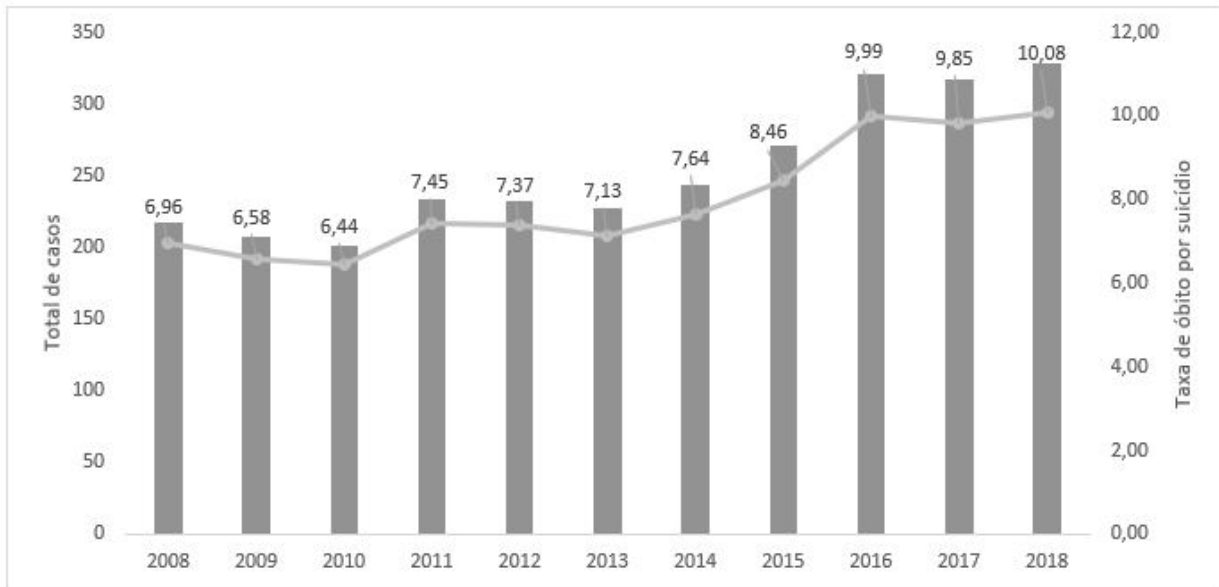
A discussão dos dados foi feita com base na produção científica sobre a temática. Uma vez que a pesquisa foi realizada a partir de uma base de dados de domínio público, não foi necessária submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, foi submetida à aprovação pela Instituição (Secretaria de Estado da Saúde do Piauí/Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde), que cedeu acesso à base de dados.

Este estudo não foi avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa, pois foi embasado na Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Contudo, destaca-se que foram respeitados todos os preceitos éticos para a pesquisa nacionais e internacionais<sup>7</sup>.

## RESULTADOS

No período de 2008 a 2018, foram notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 2.801 óbitos por lesão autoprovocada. A partir da análise do banco de dados, em 2018 identificou-se o maior quantitativo de óbito por suicídio, com um total de 329 notificações, com uma maior taxa de detecção (10,08) no ano de 2018 e uma menor taxa de detecção (6,44) em 2010. Os resultados apontam um aumento heterogêneo de casos de mortes por suicídio nessa série temporal (Figura 1).

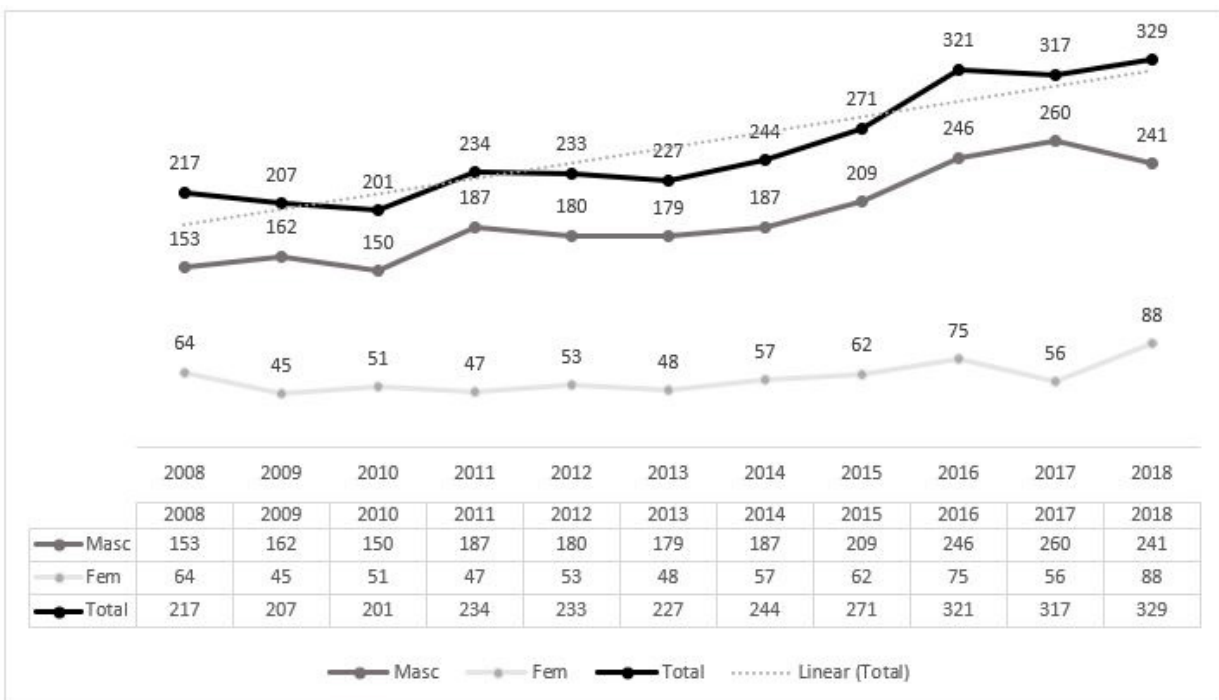
**Figura 1** – Taxa de óbitos por suicídio. Piauí, Brasil, 2008 a 2018.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade<sup>8</sup>.

O sexo masculino apresenta tendência ascendente ao longo dos anos, apesar do declínio no último ano do estudo; entre o sexo feminino, a dinâmica no número de casos ocorreu de forma homogênea, com uma queda no ano de 2017, seguida de uma elevação no número de casos em 2018. Atenta-se, ainda, para o aumento de 57,71% e 37,5% dos óbitos, sexo masculino e feminino, respectivamente, ao longo do período avaliado (Figura 2).

**Figura 2** – Total de óbitos por suicídio, segundo sexo e ano. Piauí, Brasil, 2008 a 2018.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade<sup>8</sup>.

Constatou-se maior notificação de suicídio na população masculina, com 2.154 (76,91%) casos; a faixa etária de maior ocorrência de tentativas foi a de 20 a 39 anos, com 1.264 casos (45,13%), seguida de 40 a 59

anos, com 780 casos (27,85%). Mediante os dados disponíveis, nota-se um predomínio entre a etnia parda (1.851 – 66,08%). Quanto ao estado civil, o número de óbitos foi maior entre os solteiros (1.287 – 45,63%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição das características sociais dos óbitos por lesão autoprovocada. Piauí, Brasil, 2008 a 2018.

Características	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	646	23,06
Masculino	2.154	76,91
Ignorado	01	0,03
<b>Faixa Etária</b>		
5 a 9 anos	01	0,03
10 a 19 anos	253	9,03
20 a 39 anos	1.264	45,13
40 a 59 anos	780	27,85
60 ou mais	499	17,82
Ignorado	04	0,14
<b>Etnia</b>		
Branca	546	19,50
Preta	244	08,71
Amarela	11	0,40
Parda	1.851	66,08
Indígena	02	0,07
Ignorado	147	5,24
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	1.278	45,63
Casado	879	31,39
Viúvo	134	4,78
Separado	90	3,21
União estável	267	09,53
Ignorado	153	05,46

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade<sup>8</sup>.

No que concerne aos métodos utilizados pelos indivíduos, houve predominância entre métodos de enforcamento/sufocamento, com 2.065 (73,72%) casos; uso de produtos químicos, gases e drogas, com 346 (12,35%); e disparo de arma de fogo, com 233 (8,32%) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição percentual dos óbitos segundo meio utilizado. Piauí, Brasil, 2008 a 2018.

Meio utilizado	N	%
Enforcamento/sufocamento	2.065	73.72
Uso de produtos químicos, gases, drogas	346	12.35
Disparo de arma de fogo	233	8.32
Precipício, lugar elevado	46	1.64
Afogamento/submersão	29	1.04
Outros meios específicos	29	1.04
Fumaça, fogo e chamas	27	0.96
Uso de objetos cortantes/penetrantes	18	0.64
Uso de objetos contundentes	5	0.18
Impacto de veículo a motor	3	0.11

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade<sup>8</sup>.

## DISCUSSÃO

O tema suicídio é retratado na literatura especializada como uma questão de saúde pública. Estudos realizados mostraram que, estatisticamente, ocorre um suicídio a cada 40 segundos no mundo todo. Mas sabe-se que as estatísticas são falhas, já que morte por suicídio ainda é um tabu em muitos lugares, então, muitos médicos e familiares acabam pressionando para que a causa da morte seja mascarada nos atestados de óbito, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes<sup>2-4</sup>.

A OMS estima que mais de 800.000 pessoas ainda morrem por suicídio todos os anos, mesmo que sejam mortes evitáveis. Em todo o mundo, os suicídios representam 50% de todos os registros de mortes violentas entre homens e 71% entre as mulheres. Significativamente, uma tentativa anterior de suicídio é o fator de risco mais relevante para o suicídio à população em geral<sup>4</sup>.

No presente artigo, foi analisado o perfil de óbitos por suicídio no estado do Piauí, entre 2008 e 2018. Foram notificados, no SIM, 2.801 óbitos por lesões autoprovocadas, mais frequentes em indivíduos do sexo masculino. O número de óbitos por suicídios no Brasil ainda está em ascensão em todas as regiões, entretanto, no Nordeste, a taxa de crescimento é maior quando equiparada às outras regiões, com 2,3%<sup>9</sup>.

Estudos mostram que determinadas características sociodemográficas podem influenciar, ou ainda, explicar, os índices de suicídio comumente relatados na literatura. Por exemplo, indivíduos do sexo masculino, na faixa de 15 a 35 e maiores de 75 anos,

quando colocados em condições econômicas extremas (muito pobres ou muito ricos), podem experimentar maior ideação suicida<sup>5</sup>.

Além disso, residir em áreas urbanas, ter experimentado estresse recente ligado a condições de moradia ou trabalho (ser despedido ou estar desempregado) e não praticar religião (ser ateu) também foram associados a maiores taxas de lesão autoprovocada<sup>5</sup>.

Em estudo realizado na Índia, um dos países com maior número de óbitos por suicídio no mundo, identificou-se que a faixa etária mais acometida são os jovens de 0 a 24 anos, e uma proporção menor entre aposentados com idades entre 65 a 84 anos; autores chamam atenção para o desenvolvimento de estratégias de prevenção para esse público jovem<sup>10</sup>.

No Brasil, o suicídio é a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos; entre 2011 e 2015, registraram-se 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com uma taxa geral de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. O risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.)<sup>11</sup>.

Uma outra condição que parece influenciar fortemente nas tentativas de suicídio refere-se ao estabelecimento de parcerias, uma vez que não estar em um relacionamento (ser solteiro, divorciado ou viúvo) é associado com maior ideação suicida. Isso corrobora os nossos dados, já que mais de 50% dos indivíduos dos estudos não estavam em um relacionamento<sup>5</sup>.

O suicídio foi apontado como a segunda causa de morte acidental em homens jovens de todo o mundo, de acordo com um estudo realizado mundialmente. Como jovens e adultos estão em um momento de suas vidas no qual, muitas vezes, por estarem pressionados por conta de sua idade, precisam tomar decisões importantes sobre o direcionamento que suas vidas irão tomar, com isso vem o enfrentamento de novos desafios e a construção de sua identidade, desenvolvimento, autoestima, aquisição de independência, construção de relacionamentos íntimos e a constante crescente de suas responsabilidades<sup>12,13</sup>.

Nesse tempo, eles estão sujeitos a processos decorrentes de seus desenvolvimentos físicos e psicológicos, que, nessa idade, estão em constante mudança. Além de serem frequentemente confrontados com as expectativas daqueles ao seu redor (familiares, maridos/esposas, amigos etc.),

expectativas essas que, algumas vezes, podem ser muito altas. Essas situações provocam um grau de insegurança, estresse e uma perda de controle, que podem levar a um certo grau de desamparo, que pode explicar o motivo pelo qual o suicídio vem crescendo na faixa dos 20 aos 39 anos<sup>5,13</sup>.

Estudos mostram que, apesar de as mulheres serem mais propensas a tentarem suicídio, os homens são mais bem-sucedidos em suas tentativas, já que esses geralmente realizam o ato de forma mais violenta, enquanto que mulheres, geralmente, usam formas mais medicamentosas<sup>8</sup>. Na literatura, ainda não há uma hipótese clara capaz de explicar esses achados com mais precisão, no entanto se especula que, por serem menos propensos a falar de seus sentimentos e desacreditarem de tratamentos (tanto psicoterápicos quanto medicamentosos), o nível de suicídio seja maior em homens<sup>14,15</sup>.

Enforcamento, armas de fogo e saltos de prédios são os mais frequentes métodos utilizados pelos homens, e isso se dá por serem vias mais “efetivas”; esses resultados fazem uma relação com os achados do presente estudo, em que enforcamento representa 73% e armas de fogo, 8%. Os métodos mais utilizados de suicídio variam e são influenciados através da cultura e do acesso que o indivíduo tem a eles. Faixa etária, gênero e outros fatores também podem exercer influência na escolha dos métodos<sup>2,16</sup>.

Nos Estados Unidos, por exemplo, o método mais utilizado são armas de fogo, uma vez que o acesso à compra de armas nesse país é facilitado. Já na Austrália e Inglaterra, são comuns os métodos de intoxicação por gases e enforcamento. Por outro lado, em países como China, Sri Lanka e Índia é mais comum o método de envenenamento por pesticidas, já que esses países possuem uma grande área de sua economia voltada à agronomia, não tendo uma vigilância sobre esses produtos. Com isso, a facilidade para a circulação desses produtos no país sobe, podendo ser obtidos mais facilmente, acarretando na perda de muitas pessoas todos os anos<sup>17</sup>.

No Brasil, o método mais recorrente de suicídio é por enforcamento, seguido de arma de fogo e, por fim, envenenamento. Esses dados correspondem, em grande parte, aos que foram obtidos no presente artigo. Quanto à etnia, mais da metade dos indivíduos eram pardos. Esse dado pode ser explicado pelo fato de que 63% da população do Piauí se declara parda, de acordo com contagem populacional realizada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística<sup>6,18</sup>.

Apesar de alarmante, o suicídio pode ser prevenido. O ato de suicídio é complexo e influenciado por muitos outros fatores; com uma análise contextual, pode-se compreender as situações onde existe o maior risco e, com isso, entender o acesso dos meios de cometer suicídio, como, por exemplo, sofrer violência baseada em gênero, dificuldade de lidar com estresse agudo ou crônico na vida, sofrer abuso durante a infância ou discriminação, sendo vivenciado por indivíduos em situação de vulnerabilidade. Portanto, na perspectiva global e nacional, o suicídio segue como uma grave questão de saúde pública<sup>19,20</sup>.

Por ser um tema muito estigmatizado, muitos indivíduos que pensam em cometer o ato acabam por não procurar por ajuda, o que poderia evitar que esses atos fossem realizados, porém, é comprovado que falar de forma responsável sobre o tema atua de forma preventiva, em vez de servir como fator de risco<sup>2,18,21</sup>.

Alguns países adotaram estratégias específicas de prevenção, atreladas aos fatores de risco, que levam em consideração as características de cada localidade, como a restrição e monitoramento no armazenamento e na importação de agrotóxicos, no Sri Lanka; leis mais rígidas na comercialização de armas de fogo, na Austrália; limitação das divulgações de conteúdos específicos que representem fator de risco para o suicídio, em Hong Kong; e capacitação dos profissionais da linha de frente na Atenção Primária, no Reino Unido<sup>17</sup>.

## CONCLUSÃO

Os casos de óbito por suicídio seguem alcançando uma elevada magnitude no Brasil. O estudo realizado permitiu identificar informações relevantes para a população do Piauí, no que se refere aos casos de suicídio, uma vez que os resultados indicam uma elevada taxa de detecção no estado.

A partir dos resultados desta investigação, o presente estudo identificou uma ascensão dos casos de óbitos por suicídio durante a série temporal; a taxa de detecção se manteve de forma ascendente e alcançou seu pico no ano de 2018. O número de casos de óbito é maior entre os homens e a dinâmica de acometimento ao longo dos anos é crescente, com um predomínio entre adultos jovens na faixa etária entre 20 a 39 anos, pardos e solteiros. O método mais utilizado foi o enforcamento/sufocamento.

Portanto, conhecer o perfil da mortalidade por suicídio no estado é crucial para sensibilizar e educar a comunidade, bem como os profissionais de saúde, sobre sinais e sintomas, manejo dos casos e, se necessário, encaminhamento precoce. Apesar de a prevenção do suicídio ainda continuar sendo um grande desafio para o campo da saúde pública, ampliar as discussões sobre o tema, enfrentando a estigmatização, pode gerar uma conscientização da população e estimular a prevenção, servindo como uma forma de reverter a situação atual, uma vez que o progresso no embate dessa área está alicerçado no esforço e pesquisas realizadas para compreender os suicídios.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Karina Alves Amorim de Sousa** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Rafael Macedo de Oliveira** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Layze Braz de Oliveira** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Nelson Silva Rodrigues Júnior** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Antônio Filho Alves Rodrigues** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Aline Raquel de Sousa Ibiapina** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Sinyor M, Tse R, Pirkis J. Global trends in suicide epidemiology. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 2];30(1):1-6. Available from: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000296>
2. Organização Mundial de Saúde. Dados de suicídio relatados por países [Internet] 2018 [cited 2020 Feb 2]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/countrydata/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/countrydata/en/)
3. Klein CR, Silva WB, Oliveira JDD. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2011 e 2016. *Rev Patog Tocantins* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 2];6(4): 8-12. Available from: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51>
4. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 22]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world-report-2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world-report-2014/en/)

5. Santos EGO, Barbosa IR. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 12];25(3):371-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030015>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet] 2019 [cited 2020 Feb 2]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/panorama>
7. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n.º 510/2016. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. *Diário Oficial da União*. 12 dez. [Internet] 2012 [cited 2020 Feb 2]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
8. Brasil. Sistema de Informações Sobre Mortalidade (DATASUS) [Internet]. [cited 6 May 2022]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtmap.htm>
9. D'Éça Júnior A, Rodrigues LS, Meneses Filho EP, Costa LDLN, Rêgo AS, Costa LC, et al. Mortality by suicide in the Brazilian population, 1996-2015: what's the predominant trend? *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 2];27(1):20-4. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900010211>
10. Torok M, Shand F, Phillips M, Meteoro N, Martin D, Laesen M. Data-informed targets for suicide prevention: a small-area analysis of high-risk suicide regions in Australia. *Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 2];54:1209-18. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01716-8>
11. Ministério da Saúde. Suicídio: saber, agir e prevenir. *Bol Epidemiol* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 22];48(10):1-14. Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
12. Jan M, Rather Y, Majeed N, Wani ZA, Dar MA, Margoob MA, et al. Psychosocial risk factors and clinical profile associated with attempted suicide in young adult and adolescent patients in conflict zone-Kashmir. *Ann Trop Med Public Health* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 22];10:154-9. Available from: <https://doi.org/10.4103/1755-6783.205561>
13. Bilsen J. Suicídio e Juventude: Fatores de Risco. *Psiquiatria da Frente* [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 22];9:540. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
14. Andoh-Arthur J, Knizek BL, Osafo J, Hjelmeland H. Suicide among men in Ghana: The burden of masculinity. *The burden of masculinity, Death Studies* [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 22];42(10):658-66. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1426655>
15. Sher L. Suicide in men: an underappreciated public health challenge. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 25];270:7-8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01041-w>
16. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 22];12:307-30. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
17. Rosa NAM, Oliveira RR, Arruda GO, Mathias TAF. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. *J Brasileiro Psiquiatria* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 6];66(2):73-82. Available from: <https://doi.org/10.1590/0047-208500000153>
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Bol Epidemiol* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 2];48(30). Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/bibliografia/2017025Perfilepidemiologicodastentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasilearededeatenaoasade.pdf>
19. Williams SC, Schmaltz SP, Castro GM, Baker DW. Incidence and Method of Suicide in Hospitals in the United States. *Joint Commission J Quality Patient Safety* [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 16];44(11):643-50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.08.002>
20. Figueiredo AEB, Silva RM, Vieira LJES, Mangas RMN, Sousa GS, Freitas JS, et al. É possível superar ideias e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 14];20(6):1711-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02102015>
21. Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *British J Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 13];210:396-402. Available from: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>



# FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO EM IDOSOS

RISK FACTORS FOR DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE  
FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

Esther Alves Fernandes <sup>1</sup>

Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues <sup>2</sup>

## Como Citar:

Fernandes EA, Rodrigues ARGM. Fatores de risco para depressão em idosos. *Sanare*. 2022;21(2):69-77.

## Descritores:

Depressão; Saúde do Idoso; Fatores de Risco.

## Descriptors:

Depression; Elderly Health; Risk Factors.

## Descriptores:

Depresión; Salud del Anciano; Factores de riesgo.

## Submetido:

25/05/2021

## Aprovado:

01/12/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Esther Alves Fernandes  
Endereço: Pombal, bairro Santa Rosa,  
casa n° 340.  
Paraíba-PB  
CEP: 58840000  
Email: [alvesesther632@gmail.com](mailto:alvesesther632@gmail.com)

## RESUMO

A pesquisa objetivou identificar fatores de risco associados à presença de sintomas depressivos em idosos, à luz da literatura científica; para tanto, adotou-se o método de revisão integrativa. A busca ocorreu no mês de setembro de 2019, nas bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, SCOPUS, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Biblioteca Virtual em Saúde. Os fatores de risco encontrados foram uso de álcool, ser ativo, ser dependente, estar desempregado, divorciado ou sem companheiro, estresse emocional do cuidador, estar institucionalizado, menor classe econômica, ser mulher, fazer o uso de polifarmácia, portar doenças crônicas, possuir velocidade da marcha diminuída e estar viúvo. Tendo em vista a transição etária e epidemiológica que se faz presente em várias nações, é inegável a importância de se estudar as doenças crônicas que acometem principalmente essa faixa etária. Nesse sentido, espera-se gerar subsídios para a prática profissional, além de informação que pode, inclusive, alicerçar a ação dos núcleos de apoio do idoso.

1. Discente do curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande. Email: [alvesesther632@gmail.com](mailto:alvesesther632@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8053-4683>.

2. Profa. Dra. Na Universidade Federal de Campina grande. Email: [rejanegomesmoura@gmail.com](mailto:rejanegomesmoura@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1451-2114>.

**ABSTRACT**

*The research aimed to identify risk factors associated with depressive symptoms in elderly people in the light of scientific literature; therefore, the method adopted was an integrative review. The search took place in September 2019, in the databases Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, SCOPUS, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde and Biblioteca Virtual em Saúde. The risk factors found were use of alcohol, being active, dependent, unemployed, divorced or without a partner, facing the emotional stress of a caregiver, being institutionalized, having a lower economic class, female gender, using polypharmacy, having chronic diseases, decreased gait speed, and being widowed. In view of the age and epidemiological transition present in several nations, the importance of studying chronic diseases that affect mainly this age group is undeniable. In this sense, we expect to generate subsidies for professional practice, in addition to information that can also support actions carried out by elderly support centers.*

**RESUMEN**

*La investigación objetivó identificar factores de riesgo asociados a la presencia de síntomas depresivos en ancianos a la luz de la literatura científica, para tanto, se adoptó el método de revisión integrativa. La búsqueda ocurrió el mes de septiembre de 2019, en las bases de datos Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, SCOPUS, Web of Science, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud y Biblioteca Virtual en Salud. Los factores de riesgo encontrados fueron el uso de alcohol, ser activo, ser dependiente, estar desempleado, divorciado o sin pareja, estrés emocional del cuidador, estar institucionalizado, menor clase económica, ser mujer, hacer el uso de polifarmacia, portar enfermedades crónicas, poseer velocidad de marcha disminuida y estar viudo. Teniendo en vista la transición etaria y epidemiológica que se hace presente en varias naciones, es innegable la importancia de estudiarse las enfermedades crónicas que acometen principalmente a esa franja etaria. En ese sentido, se espera generar subsidios para la práctica profesional, además de información que puede incluso basar la acción de los núcleos de apoyo del anciano.*

.....

**INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é uma etapa inevitável da vida, marcado por mudanças na saúde e no convívio social, influencia e é influenciado por diversos fatores. A saúde mental não enfrenta essas mudanças de forma padrão em todas as pessoas, portanto, alguns podem estar mais vulneráveis a adquirir algum transtorno. Nesse sentido, para que o cuidado prestado seja de qualidade é necessário atentar para as diversas esferas da vivência do idoso, considerando sua subjetividade. Tendo em vista que novas pesquisas e descobertas são feitas todos os dias, bem como o gradual envelhecimento da população, é necessário que as políticas públicas estejam em constante evolução visando promover uma assistência cada vez mais próxima das necessidades dessa população.

O transtorno depressivo vem sendo observado com mais frequência na população idosa, o que é preocupante, uma vez que impacta na qualidade de vida e capacidade funcional, além de aumentar o risco de morbimortalidade. A vulnerabilidade dessa faixa etária os expõe ao surgimento de problemáticas que podem influenciar na sua saúde mental. Nesse sentido, é importante que a doença seja investigada

rotineiramente por profissionais de saúde, tendo em vista a possibilidade de tratamento e controle dos sintomas<sup>1</sup>.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2002, estimou em pesquisa que, em 2020, a população idosa no Brasil excederia os 30 milhões, chegando a compor quase 13% da população total do país<sup>2</sup> e, em 2060, alcançará a marca de 58,4 milhões, sendo 26,7% da população<sup>3</sup>. O crescimento no número de idosos não se encerra no Brasil; nos Estados Unidos da América (EUA), o número de idosos chegou a 703 milhões, em 2019<sup>4</sup>.

Essa transição populacional resulta no aumento da incidência de doenças crônicas, a exemplo dos transtornos mentais. Nesse viés, é necessário que os serviços de saúde se adequem a tais mudanças com a reorganização de ações voltadas para o público, buscando inovações na atenção ao idoso. Entretanto, ressalta-se que a prevenção se torna uma medida indispensável para envelhecer com qualidade de vida, portanto, é necessário agir antes da presença de doenças<sup>5,6</sup>.

Nesse sentido, a prevalência da depressão na população varia de 3 a 11%, sendo que, nas Instituições de Longa Permanência, em torno de

50% dos idosos são portadores de algum transtorno psiquiátrico, ocupando o segundo lugar na lista dos mais comuns. No tocante ao suicídio, os idosos constituem o grupo mais acometido, decorrente de casos da depressão. Além disso, a maioria das pessoas que se suicidam tiveram a primeira manifestação da depressão não diagnosticada e, conseqüentemente, não tratada<sup>7</sup>.

O subdiagnóstico é preocupante, uma vez que a identificação dos sintomas na fase inicial da doença e o início do tratamento precoce podem contribuir para minimizar seus impactos, bem como para evitar que a doença se agrave. Portanto, o profissional de saúde deve se atentar para o reconhecimento de fatores de risco, bem como dos sintomas da depressão<sup>8</sup>.

Partindo desse pressuposto, levantaram-se dúvidas que instigaram a pesquisar quais são os fatores desencadeantes da depressão nessa população de idosos. Portanto, acredita-se que a relevância do presente estudo se dá uma vez que a síntese de evidências proporciona embasamento para a atuação dos profissionais da saúde no reconhecimento do conjunto de fatores que se associam à doença, possibilitando, com isso, que identifiquem indivíduos mais vulneráveis e, assim, contribuindo para o diagnóstico. Dessa forma, espera-se beneficiar também a população idosa, que, ao se deparar com profissionais preparados, terão seu problema de saúde reconhecido e tratado, contribuindo para a melhora no prognóstico e qualidade de vida.

Para tanto, a pesquisa objetivou identificar fatores de risco associados à presença de sintomas depressivos em idosos à luz da literatura científica.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa e descritiva, realizada no mês de setembro de 2020. Para realizar a revisão integrativa, optou-se por seguir os seguintes passos<sup>9</sup>:

1) Identificar tema e elaborar pergunta norteadora. É fato que várias nações estão envelhecendo, como exemplo, a do Brasil, e, com isso, é inevitável considerar o aumento do surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como a depressão. Tendo em vista o reconhecimento dos aspectos que influenciam diretamente na saúde mental do idoso, levantou-se a seguinte pergunta que

nortear o presente estudo: “Quais são os fatores de risco associados à presença de sintomas depressivos em idosos, com base na literatura?”.

2) Estabelecer critérios de inclusão/exclusão e busca na literatura. A busca ocorreu no mês de setembro de 2019, nas bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Com a intenção de obter maior abrangência de dados, utilizaram-se palavras-chave cadastradas no Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), nos idiomas português e inglês, agrupadas pelo operador booleano “AND”.

A estratégia de investigação ocorreu da seguinte forma: nas bases CINAHL, SCOPUS e Web of Science foi utilizado o entrecruzamento das palavras-chave “Depression” AND “Health of the Elderly” AND “Risk Factors”. Nas bases LILACS e BVS, mesclaram-se os seguintes descritores nos idiomas português e inglês: “Depression” AND “Health of the Elderly” AND “Risk Factors”; “Depressão” AND “Saúde do Idoso” AND “Fatores de Risco”.

Como critérios para inclusão foram considerados artigos originais, estar disponível nas bases de dados escolhidas e na íntegra, ter sido publicado nos últimos cinco anos, nos idiomas inglês e português, abordar a temática estudada e responder à pergunta da pesquisa. Os artigos duplicados e/ou que abordaram a população idosa, mas não tratam dos fatores de risco para depressão foram excluídos.

3) Definir as informações a serem destacadas. Para melhor análise e síntese, as informações retiradas dos artigos, a princípio, foram: autor, ano, objetivos e principais resultados (Quadro1).

Foram encontrados 266 artigos ao todo; após aplicar o filtro de ano de publicação, restaram 102. Desses, 84 estavam disponíveis na íntegra. Após retirar aqueles que não eram originais, permaneceram 50. Refinaram-se, a partir desses, os que estavam disponíveis nos idiomas português e inglês, 45 permaneceram. Por fim, realizou-se a leitura superficial e profunda; foram retirados também aqueles estudos duplicados nas bases de dados. A amostra foi, portanto, composta por oito artigos. O caminho percorrido até a amostragem está representado na Figura 1.

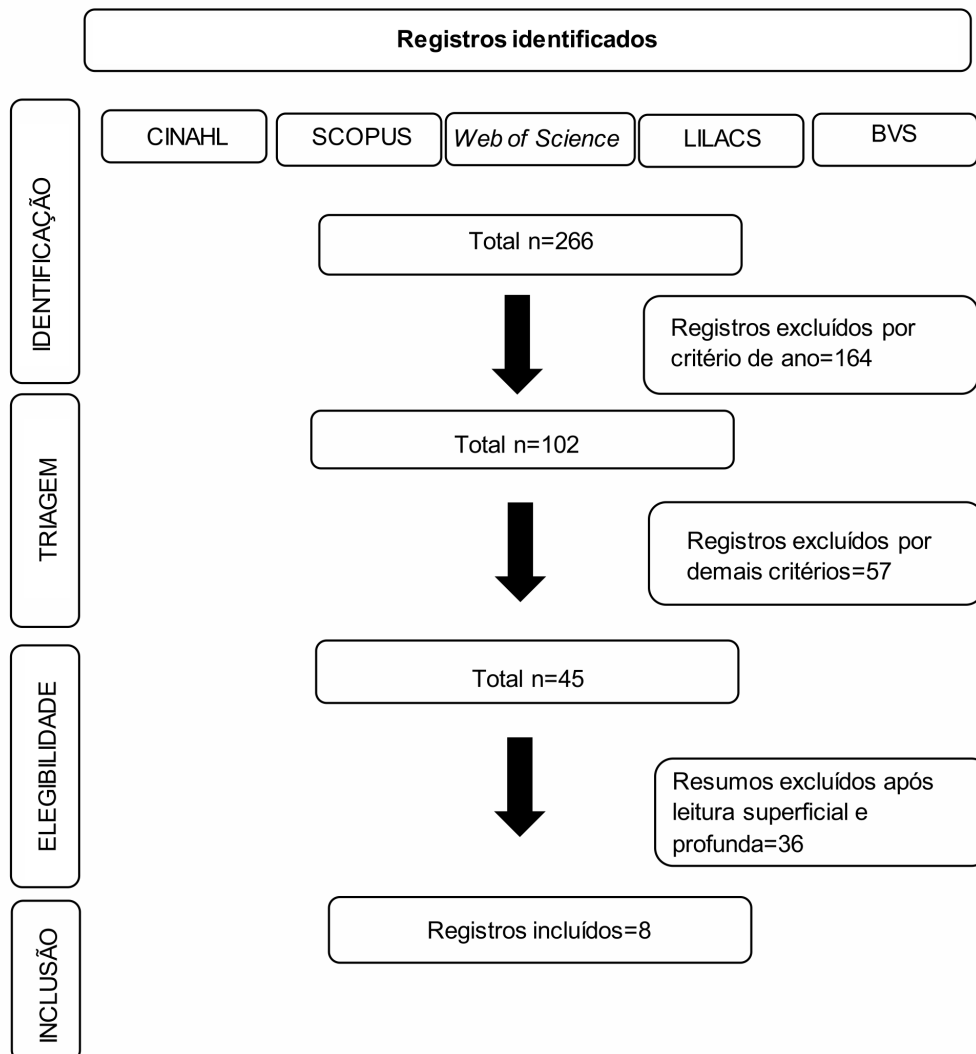
4) Avaliar os estudos escolhidos. A amostra foi avaliada com cautela e foram considerados os resultados e conclusões de cada um dos estudos

incluídos a fim de recolher informações pertinentes para atender ao objetivo da pesquisa.

5) Interpretar resultados e síntese de conhecimento. Um quadro foi construído visando possibilitar melhor análise e comparação dos resultados da pesquisa (Quadro 1). Além disso, uma tabela contendo os fatores de risco e a frequência que foram citados na amostra foi criada; esperou-se facilitar a compreensão da predominância dos achados (Tabela 1). A avaliação e compreensão dos resultados permitiu a listagem de tópicos, o que facilitou a posterior discussão.

Dessa maneira, a pesquisa permitiu sintetizar, analisar, comparar e discutir acerca dos fatores de risco associados à presença de sintomas depressivos em idosos na literatura, gerando assim novas conclusões sobre o tema.

**Figura 1** – Percurso Metodológico da Pesquisa – PRISMA-P



Fonte: Readaptado pelas autoras<sup>10</sup>.

## RESULTADOS

As amostras reuniram informações a respeito do tema estudado, contando com estudos de 2015 a 2020, que estão representados no Quadro 1. Dessa forma, foi possível melhor comparação e análise dos achados.

**Quadro 1** – Pesquisas incluídas na amostra (autores; ano; objetivo e conclusão).

AUTORES/ANO	OBJETIVOS	CONCLUSÃO
CYBULSKI <i>et al.</i> <sup>11</sup>	Analisar o estado mental de pessoas idosas que frequentam universidades da Terceira Idade na Polônia, com particular ênfase nas fontes sociodemográficas de variância nos índices psicológicos.	Em conclusão, o grupo de estudo foi caracterizado principalmente pelos leves sintomas depressivos e de ansiedade. A saúde mental dos participantes poloneses do programa <i>Age University</i> foi significativamente modulada por seu estado sócio-ocupacional, marital e condição financeira.
H E L L W I G ; MUNHOZ; TOMASI <sup>12</sup>	Medir a prevalência e identificar os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos.	Maior atenção deve ser dada à identificação de sintomas depressivos em idosos e seus fatores associados para fundamentar políticas e planejamentos de intervenções para tratamento e manejo dessa doença em nível coletivo.
EJEM; DRENTEA; CLAY <sup>13</sup>	Investigar o estresse emocional do cuidador como estressor crônico da vida de uma pessoa idosa, tendo como embasamento teórico o paradigma do estresse de vida.	Os achados dessa investigação apontam para a importância de estudar cuidadores e receptores de cuidados como díades, uma vez que o estresse associado ao papel de cuidador afeta cada membro.
GUEDES <i>et al.</i> <sup>14</sup>	Identificar desfechos adversos de saúde relacionados ao declínio da velocidade de marcha em idosos comunitários.	Assim, os resultados indicaram que idosos com velocidade de marcha menor que 0,8m/s apresentam maior risco de eventos adversos de saúde. Dessa forma, sugere-se que a velocidade de marcha não seja negligenciada na avaliação de idosos comunitários, inclusive na Atenção Básica.
SOUSA <i>et al.</i> <sup>15</sup>	Determinar a prevalência de sintomas de depressão e verificar associação com fatores sociodemográficos em idosos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família do município de Cajazeiras, PB.	Estratégias voltadas para a identificação de sintomas de depressão e dos fatores associados são necessárias na atenção à saúde do idoso e podem ajudar os profissionais de saúde, principalmente em nível de Atenção Primária, a compreenderem a realidade desses indivíduos, diagnosticar precocemente e intervir de forma adequada na prevenção ou tratamento da depressão.
SPANDEL <i>et al.</i> <sup>16</sup>	O objetivo do estudo é investigar a correlação entre a polifarmácia e os sintomas depressivos em adultos hospitalizados com mais de 65 anos de idade.	Nosso estudo indica que a polifarmácia está positivamente correlacionada com a presença de sintomas depressivos em pacientes geriátricos. Identificamos uma série de medicamentos associados a uma maior prevalência de sintomas depressivos.
FREIRE <i>et al.</i> <sup>16</sup>	Identificar a prevalência de depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência e descrever as características socioeconômicas e clínicas dos idosos estudados.	A depressão é uma patologia comum, com grande prevalência entre idosos institucionalizados e seu diagnóstico precoce pode colaborar para melhorar o cuidado e a qualidade de vida dos pacientes.
GIRARDI- PASKULIN <i>et al.</i> <sup>17</sup>	Caracterizar a população idosa e seus cuidadores e verificar a associação dos sintomas depressivos dos idosos e sobrecarga do cuidador com as variáveis de interesse.	Evidenciaram-se diferenças no gênero do cuidador na presença de sintomas depressivos e diferenças na assistência nas atividades de vida diária para sobrecarga do cuidador.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Os fatores de risco encontrados foram uso de álcool, ser ativo, ser dependente, estar desempregado, divorciado ou sem companheiro, estresse emocional do cuidador, estar institucionalizado, menor classe

econômica, ser mulher, fazer o uso de polifarmácia, portar doenças crônicas, possuir velocidade da marcha diminuída e estar viúvo. Os achados foram agrupados na Tabela 1 juntos com a frequência em que foram citados na amostra.

**Tabela 1** – Fatores de risco e suas respectivas frequências de citação na amostra.

FATORES DE RISCO	FREQUÊNCIA DE CITAÇÃO NA AMOSTRA
Álcool	2
Ativos	1
Dependentes	2
Desempregados	2
Divorciados/sem companheiro	5
Estresse emocional do cuidador	1
Institucionalizados	1
Insuficientemente ativos	2
Menor classe econômica	3
Mulheres	6
Polifarmácia	1
Portadores de doenças crônicas	4
Velocidade da marcha diminuída	1
Viúvos	1

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Percebeu-se uma predominância dos fatores: ser mulher (citado por 6 estudos), estar divorciado ou sem companheiro (citado por 5 estudos), ser portador de doenças crônicas (citado por 4 estudos) e possuir menor classe socioeconômica (citado por 3 estudos). Dessa forma, optou-se por discutir tais achados em quatro categorias: Gênero, Estado Civil, Portador de Doença Crônica Não Transmissível e Condições Socioeconômicas, com o intuito de melhor entendimento.

## DISCUSSÃO

### Gênero feminino

Os achados apontam a condição de mulher como fator de risco para desenvolver sintomas depressivos, um deles traz que essas chegam a apresentar cerca de duas vezes mais sintomas da doença que os homens<sup>12</sup>. Outros autores corroboram o achado em estudo, constatando não somente uma maior ocorrência da depressão nas mulheres, mas também a presença de sintomas mais acentuados. Os autores destacam ainda que possíveis explicações para isso seriam questões hormonais durante a puberdade, ciclo menstrual e outros fatores biológicos presentes em algum momento na vida da mulher, bem como o acúmulo de responsabilidades que é exigido pela atual sociedade

e acaba gerando uma sobrecarga<sup>19</sup>. Dessa forma, a multicausalidade da doença é posta em evidência, demonstrando a importância de um olhar transversal para além dos sintomas e tratamentos.

Outro ponto a ser destacado é a associação entre violência doméstica e depressão. Observou-se, em amostra com 15 mulheres violentadas, que 13 sofriam da forma grave da doença, e 2 da moderada. Sentimentos constatados foram solidão, tristeza crônica, passividade e outros. Ressalta-se ainda que a violência doméstica é um fenômeno altamente prevalente e influencia diretamente na saúde pública<sup>20</sup>. Com isso, é entendido que questões de convivência social e familiar acabam por influenciar diretamente na saúde mental desse grupo.

É importante que a questão da violência seja considerada, uma vez que os números nos casos de feminicídio aumentaram quando comparados os meses de março de 2019 e março de 2020, sendo que essa alta foi de 38,9%, de acordo com o levantamento do Fórum Brasileiro de Segurança Pública<sup>21</sup>.

### Estado civil

O segundo fator de risco mais citado foi viver sem companheiro ou estar divorciado; a literatura corrobora o achado quando revela que os idosos que vivem sozinhos apresentam maior prevalência da doença e, ainda, que os divorciados ou viúvos

tendem a apresentar mais sintomas depressivos que os casados e até mesmo que os solteiros<sup>22</sup>. A amostra aponta ainda que a solidão e o isolamento social podem colaborar para o aparecimento da depressão<sup>17</sup>. Nesse sentido, o sentimento de solidão é observado como um fator desencadeante<sup>23</sup>.

Observou-se também que envolvimento familiar tem grande importância tanto na prevenção como na tentativa de minimizar os sintomas<sup>17</sup>. Infere-se, portanto, que, nesse contexto, as questões sociais ganham destaque. Dessa forma, é ideal que as consequências emocionais geradas pelo ambiente no qual o idoso se insere sejam observadas. Ressalta-se a importância do núcleo familiar e da companhia no dia a dia para o idoso, aqueles que passaram pelo processo de luto ou separação parecem estar mais fragilizados com a situação.

### Portador de Doença Crônica Não Transmissível

As doenças crônicas aparecem com mais frequência em países de baixa e média renda; em 2005, representavam 80% das mortes nessas localizações. Deve-se ainda levar em conta que esse número vem aumentando<sup>24</sup>. Em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que as doenças crônicas atingem bilhões de pessoas em todo o mundo, incluindo todas as faixas etárias. Além disso, as mais comuns são diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias crônicas<sup>25</sup>.

Ser portador de doença crônica foi o terceiro fator de risco mais citado pela amostra. Um dos estudos que mostraram isso possuía a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* como as doenças mais presentes na amostra<sup>17</sup>. Nesse viés, uma pesquisa envolvendo idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* mostrou que existe comprometimento da qualidade de vida com consequências percebidas nos âmbitos psicológico e ambiental, e em questões como autonomia. Com isso, nota-se que a presença dessas doenças isoladamente ou associadas interfere negativamente no processo de envelhecimento<sup>26</sup>.

A literatura aponta que pessoas com doenças crônicas possuem maior risco de apresentar depressão e, ainda, que, quando são duas ou mais, as chances se tornam maiores<sup>27</sup>. Percebe-se, portanto, uma importante associação entre tais condições e a depressão, o que sinaliza a necessidade de maior atenção.

### Condições Socioeconômicas

Em 2018, o Brasil somou 13,5 milhões de pessoas vivendo com renda mensal per capita menor que 145 reais, o que equivale à população da Bolívia, para se ter ideia da dimensão do problema. Nesse sentido, os pretos e pardos chegam a compor 72,7% dos pobres, e, mesmo os que não estão abaixo da linha de pobreza, possuem cerca de metade da renda média per capita dos brancos. Vale destacar ainda que o número de pessoas que vivem nessa situação de carência financeira vem crescendo desde 2015. Tais fatos espelham a desigualdade socioeconômica do Brasil<sup>28</sup>.

Possuir menor classe socioeconômica é outro fator que predispõe a adquirir depressão, de acordo com os estudos buscados. Com isso, observou-se na amostra esse risco em idosos com até um salário mínimo<sup>17</sup>. Outras pesquisas trazem essa relação inversa entre condição socioeconômica e depressão, o desemprego e a instabilidade financeira estão diretamente envolvidos nesses casos<sup>29</sup>. Outro ponto a ser considerado é que os idosos de menor classe socioeconômica tendem a perceber barreiras na acessibilidade aos serviços de saúde, avaliando negativamente questões como facilidade para receber medicamentos e quantidade de atendimentos fornecidos por dia pelo serviço de saúde. Percebe-se, portanto, uma problemática que gira em torno da acessibilidade organizacional vivenciada por esse recorte de idosos<sup>30</sup>.

Vale destacar que nenhum estudo da amostra engloba idosos em situação de rua e em extrema pobreza, mas ainda assim a relação foi percebida, todavia é importante considerar essa maior vulnerabilidade que acompanha o estado em que vivem os grupos supracitados.

## CONCLUSÃO

O presente estudo constatou, a partir das evidências reunidas, que fazer uso de álcool, estar desempregado, divorciado ou sem companheiro, estresse emocional do cuidador, estar institucionalizado, menor classe socioeconômica, ser mulher, fazer uso de polifarmácia, ser ativo, portar doenças crônicas, ser dependente, possuir velocidade da marcha diminuída e estar viúvo são fatores de risco para depressão em idosos.

Faz-se necessário, portanto, que profissionais e rede de apoio estejam atentos para condições

que propiciam maiores chances de desenvolver depressão, bem como para seus sinais e sintomas, desconstruindo a ideia de que esses fazem parte do processo natural do envelhecer. Além disso, é necessário que os profissionais da saúde levem em consideração o conjunto de fatores que se relacionam com a vida da pessoa idosa e sua saúde mental, adotando uma perspectiva mais ampla da multicausalidade da doença. Dessa forma, considerar questões que influenciam nos âmbitos social e ambiental é necessário para obter uma visão além do olhar biomédico tradicional.

É imprescindível que a saúde acompanhe as graduais mudanças que acometem a população, assim, com o aumento perceptível no número de pessoas idosas, junto de um maior número de doenças crônicas como a depressão, urge a necessidade de aprofundar-se no tema. Portanto, faz-se importante que mais estudos sejam feitos visando entender a depressão em pessoas idosas, pois, pesquisando, será possível apontar erros e acertos na assistência e propiciar uma melhor experiência para essas pessoas que experimentam do cuidado.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Esther Alves Fernandes** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues** contribuiu com o delineamento do estudo, análise crítica do manuscrito e dos artigos da amostra

## REFERÊNCIAS

1. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR, et al. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. Rev epidemiol controle infecç. 2016;6(2):97-103.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
4. United Nations. World Population Ageing 2019: hightedlights [Internet]. New York; 2019 [cited 2021 March 11]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
5. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva

epidemiológica. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(1):3-6.

6. Mendes JLV, Silva SC, Silva GR, Santos NAR. O aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: uma revisão da literatura. REMAS. 2018;8(1):13-26.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos da Atenção Básica n. 19. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Araujo AGC. Prevenindo a depressão em idosos institucionalizados [monografia de especialização]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto enferm. 2008;17(4):758-64.
10. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Syst rev. 2015;4(1):1-9.
11. Cybulski M, Cybulski L, Cwalina U, Kowalczyk K, Krajewska-Kulak E. Mental health of the participants of the Third Age University program: a cross-sectional study. Frontiers in Psychiat. 2020 July;11:656.
12. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Depressive symptoms among the elderly: a cross-sectional population-based study. Cien Saude Colet. 2016;21(11):3575-84
13. Ejem DB, Drentea P, Clay OJ. The effects of caregiver emotional stress on the depressive symptomatology of the care recipient. Aging ment health. 2015;19(1):55-62.
14. Guedes RC, Dias RC, Neri AL, Ferriolli E, Lourenço RA, Lustosa LP. Declínio da velocidade da marcha e desfechos de saúde em idosos: dados da Rede Fibra. Fisioter pesqui. 2019;26(3):304-10.
15. Sousa KA, Freitas FFQ, Castro AP, Oliveira CDB, Almeida AAB, Sousa KA. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. REME. 2017;21:1-7.
16. Leszek S, Jadwiga JO, Agnieszka BS. Polypharmacy as a risk factor for depressive symptoms in geriatric patients: an observational, cross-sectional study. Ars Pharm. 2016; 57(3):127-35.
17. Freire HSS, Oliveira AKS, Nascimento MRF, Conceição MS, Nascimento CEM, Araújo PF, et al. Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de

Yesavage em instituições de longa permanência. *Nursing*. 2018;21(237):2030-5.

18. Girardi-Paskulin LM, Kottwitz-Bierhals CCB, Santos NO, Baltar-Day C, Oliveira-Machado A, Morais EP, et al. Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. *Invest educ enferm*. 2017;35(2):210-20.

19. Coutinho MEM, Giovanini M, Pavini LS, Ventura MT, Elias RM, Silva LM, et al. Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. *Rev bras neurol psiquiatr*. 2015;19(1).

20. Bittar D, Kohlsdorf M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. *Psicol argum*. 2013;31(74):447-56.

21. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19 [Internet]. 3a ed. São Paulo; 2020 [cited 2020 Nov 16]. Available from: [https://forumseguranca.org.br/publicacoes\\_posts/violencia-domestica-durante-pandemia-de-covid-19-edicao-03/](https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/violencia-domestica-durante-pandemia-de-covid-19-edicao-03/)

22. Ribeiro J, Lima E, organizadores. Livro de Atas do II Encontro Nacional de Novos Investigadores em Saúde & II International Meeting of New Health Researchers. Leiria: Politécnic de Leiria; 2017.

23. Cardoso KV, Martins RS, Komoni G, Oliveira JA, Chaud DMA. Qualidade de vida, depressão e inapetência em idosos: uma revisão bibliográfica. *Discp Scient*. 2019;20(1):109-21.

24. Organização Mundial da Saúde. Prevenção de doenças crônicas um investimento vital. Genebra: OMS; 2005.

25. World Health Organization. Time to deliver: Report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases. Geneva: WHO; 2018.

26. Souza DP, Melo TS, Reis LA, Lima PV. Qualidade de vida em idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Rev Psicol*. 2016;10(31):56-68.

27. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA, et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev saúde púb*. 2012;46(4):617-23.

28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos. Agência de notícias [Home page on the internet]. 2019 [cited 2020 Nov 18]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>

29. Silveira EF. Fatores socioeconômicos e psicossociais relacionados à prevalência da depressão no Brasil [mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre; 2016.

30. Pedraza DF, Nobre AMD, Albuquerque FJB, Menezes TN. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. *Cienc Saúde Colet*. 2018;23(3):923-33.



# ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA URBANA: REVISÃO INTEGRATIVA

STRATEGIES FOR CONFRONTING URBAN VIOLENCE: INTEGRATIVE REVIEW

ESTRATEGIAS PARA EL ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA URBANA: REVISIÓN INTEGRATIVA

Diógenes Farias Gomes <sup>1</sup>Lúcia Conde de Oliveira <sup>2</sup>Maria Socorro de Araújo Dias <sup>3</sup>**Como Citar:**

Gomes DF, Oliveira LC, Dias MSA.  
Estratégias para o enfrentamento da  
violência urbana: revisão integrativa.  
Sanare. 2022;21(2):78-92.

**Descritores:**

Exposição à violência; Urbanização;  
Política Pública.

**Descriptors:**

Exposure to violence; Urbanization;  
Public policy.

**Descriptores:**

Exposición a la violencia;  
Urbanización; Política pública

**Submetido:**

10/07/2022

**Aprovado:**

29/08/2022

**Autor(a) para Correspondência:**

Diógenes Farias Gomes  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Itaperi,  
Fortaleza, Ceará. CEP: 60.714-903  
E-mail: diogenes.gomes@aluno.uece.  
br

**RESUMO**

Estudo de revisão que sintetiza evidências sobre políticas de enfrentamento da violência urbana desenvolvidas no contexto nacional e internacional. Foram utilizados 27 artigos identificados na Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online e PubMed. Revelou-se que a má execução de políticas igualitárias e de urbanização é fator que influencia a violência urbana entre jovens de 10 a 24 anos. Identificaram-se estratégias no Quênia, Austrália, Estados Unidos da América e Brasil, com ações voltadas para jovens escolares, segurança pública, envolvimento da sociedade civil e aproximação do Estado às necessidades das minorias. Fatores socioeconômicos, sociais e ambientais influenciam na violência urbana e devem ser, quando possível, alvos de intervenções das políticas públicas, a fim de reduzir a formação de iniquidades. A urbanização, quando associada a outros fatores socioeconômicos, pode acelerar a violência urbana. Espera-se que as evidências sintetizadas neste artigo possam auxiliar na tomada de decisões e realização de novas pesquisas.

1. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: diogenes.gomes@aluno.uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2181-6012>

2. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. E-mail: condelucia@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8265-7476>

3. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Saúde da Família da Rede Nordeste de Apoio à Saúde da Família (RENASF). E-mail: socorroad@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7813-547X>

**ABSTRACT**

*Review study that synthesizes evidence on policies to combat urban violence developed in a national and international context. We identified 27 articles in the Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online and PubMed. We observed that the poor execution of egalitarian and urbanization policies are factors that influence urban violence among young people aged 10 to 24 years. Strategies were identified in Kenya, Australia, United States of America (USA) and Brazil, with actions aimed at young people at school age, public safety, involvement of the civil society and bringing the State closer to the needs of minorities. Socioeconomic, social and environmental factors influence urban violence and should, when possible, be targets of public policy interventions in order to reduce the formation of iniquities. Urbanization, when associated with other socioeconomic factors, can accelerate urban violence. We hope that the evidence synthesized in this article can aid in the decision-making process and in the conduction of further research.*

**RESUMEN**

*Estudio de revisión que sintetiza evidencias acerca de las políticas de enfrentamiento a la violencia urbana desarrolladas en el contexto nacional e internacional. Fueron utilizados 27 artículos identificados en la Biblioteca Virtual en Salud, científica Eleetronic Library Online y PubMed. Se reveló que la mala ejecución de políticas igualitarias y de urbanización son factores que influyen la violencia urbana entre jóvenes de 10 a 24 años. Fueron identificadas estrategias en Kenia, Australia, Estados Unidos de la América y Brasil, con acciones vueltas hacia los jóvenes escolares, seguridad pública, involucramiento de la sociedad civil y proximidad del Estado a las necesidades de las minorías. Factores socioeconómicos, sociales y ambientales influyen en la violencia urbana y deben ser, cuando posible, objetivos de intervenciones de las políticas con el fin de reducir la formación de iniquidades. La urbanización cuando asociada a otros factores socioeconómicos, puede acelerar la violencia urbana. Se espera que las evidencias sintetizadas en este artículo puedan auxiliar en la tomada de decisiones y realizaciones de nuevas investigaciones.*

**INTRODUÇÃO**

A violência urbana é um problema contemporâneo que está presente na vida de todas as pessoas que vivem em pequenas e grandes cidades ao redor do mundo. Vai além de uma simples variação para a amplitude genérica do termo violência, é por si só uma expressão das experiências diárias que pulsam nos ambientes urbanos, sendo vinculada à sensação de insegurança, medo, enfraquecimento do Estado e fortalecimento das organizações criminosas, sob a influência do crescimento da desigualdade<sup>1</sup>.

Vale ressaltar que a violência urbana não compreende a realidade da zona rural, pois essa deve ser entendida sob outra conjuntura e a partir de outras evidências, mesmo que fenômenos recentes, como a migração de retorno, tenham interferido na segurança de pequenas cidades e zonas rurais, principalmente no Brasil<sup>2</sup>.

Ambientes insalubres, má distribuição de renda, desemprego, dependência química, questões raciais, baixo nível educacional, isolamento social, baixo potencial de resolução das políticas públicas, dentre outros elementos, têm sido apontados como fatores para a geração da violência derivada da

urbanização<sup>3-5</sup>.

Um exemplo mundial de aumento acelerado da urbanização e geração de violência pode ser dado por Nova Iorque. Na década de 1990, a cidade estava assolada por altas taxas de violência, até que foi preciso discutir sobre a reorganização dos espaços urbanos e a valorização de grupos negligenciados, principalmente da periferia. Disso, denota-se que não há como dissociar espaço urbano e violência. A cidade e suas desigualdades são determinantes para a violência, e pontos fulcrais para a formulação de políticas públicas<sup>6</sup>.

A ausência e omissão do Estado nas questões de enfrentamento da violência urbana têm dado oportunidade para a prevalência de uma nova ordem social sob controle da criminalidade. As organizações criminosas se instauram como um novo Estado, regido de princípios e regras. Foi o que aconteceu em países como Itália, Rússia, Colômbia, Uganda e Zaire, onde máfias descredibilizaram as políticas de enfrentamento ao crime organizado na segunda metade do século passado. De maneira indistinta, isso também tem ocorrido no Brasil<sup>7</sup>.

Os países latino-americanos concentram os maiores indicadores de violência urbana do mundo,

com altas taxas de homicídio, roubo, furto e agressões. Esse problema se justifica pela má distribuição de renda, segregação social, pobreza, exclusão e sujeição criminal que enfrentam os países dessa região, assim como as desigualdades geradas em decorrência do histórico de exploração colonial e capitalista<sup>8</sup>.

O *World Statistics 2018* anunciou Honduras como o país mais violento das Américas, com uma taxa de 55,5 mortes violentas para cada 100 mil habitantes, seguido da Venezuela (49,2), El Salvador (46), Colômbia (43,1), Trinidad e Tobago (42,2), Jamaica (39,1) e Brasil (31,3). De modo geral, a média de mortes desses países é de 31,8 por 100 mil habitantes. No mundo, essa média é de 24,1, e chega a 9,2 mortes por 100 mil habitantes em países desenvolvidos. Essa diferença entre os países se dá mediante os (des)avanços das políticas igualitárias e equânimes<sup>9</sup>.

Essas afirmativas demonstram que a violência urbana é um problema da agenda política e da saúde pública nos diversos países do mundo, catalisada por um elemento dinâmico e complexo, que é a urbanização. Resta, portanto, entender como têm sido desenvolvidas estratégias para seu enfrentamento.

Este estudo ocupa-se em sintetizar as evidências das políticas de enfrentamento da violência urbana desenvolvidas ao redor do mundo. Desse modo, utiliza-se de estratégias metodológicas que garantem um consolidado das produções científicas de validade para a seara das políticas públicas.

## MÉTODO

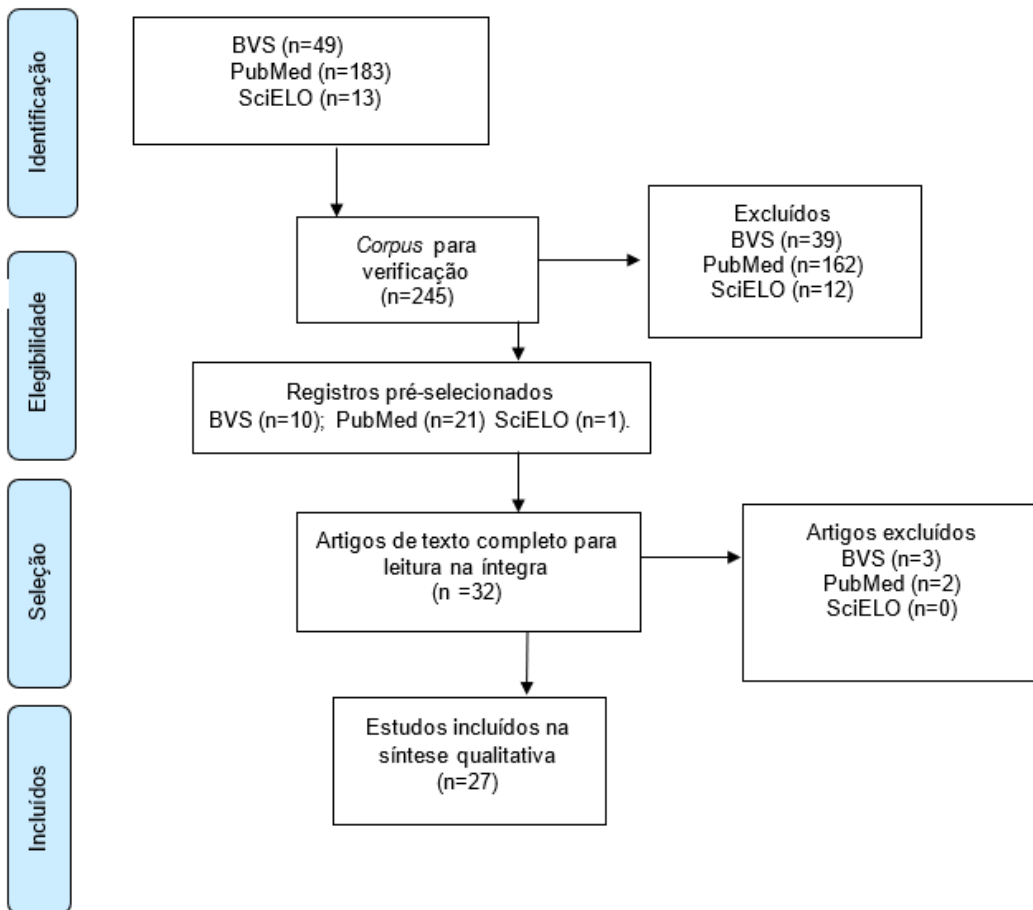
Trata-se de uma revisão integrativa orientada pela seguinte questão norteadora: quais são as estratégias de políticas públicas para a redução e o enfrentamento da violência urbana ao redor do mundo?

As buscas por evidências foram realizadas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed. Essas foram escolhidas devido à disponibilidade de documentos científicos oriundos de experiências internacionais e pela concentração de estudos no campo das políticas públicas. E, apesar de entender a violência urbana como um problema multidisciplinar, buscamos integrar suas relações disciplinares com um eixo central, a área da saúde, por acreditar nos seus impactos nas estatísticas de

vida.

Foram utilizados termos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), e palavras identificadas em textos. Elas foram associadas do seguinte modo, por base de dados: BVS e SciELO: “políticas públicas *and* violência urbana *and* saúde”; PubMed: “*public policy and urbanization and violence and health*”. Outros ensaios de busca foram feitos; no entanto, apenas a associação simples dos termos com o operador booleano *and* e uso de aspas apresentou resultados satisfatórios. As buscas ocorreram com o auxílio de dois dos autores, durante os meses de setembro de 2021 a janeiro de 2022.

Para a seleção, foram excluídos resenhas, editoriais, resumos de eventos, cartas ao editor e prévias de publicação (prelo). Não foram utilizados recortes temporais ou preferência por idiomas. Apenas artigos científicos foram incluídos, independentemente do tipo de metodologia utilizada. O delineamento dessa etapa da revisão foi sustentado nas recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)<sup>10</sup>, com enfoque em estudos qualitativos. A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos artigos e a delimitação do *corpus* de análise.

**Figura 1** – Fluxograma da seleção dos artigos.

Fonte: Elaboração própria, com base em Moher et al.<sup>10</sup>.

Consolidou-se um *corpus* de 27 artigos. Eles foram lidos por completo e observados os títulos, autores, ano de publicação, cenário de investigação, aspectos metodológicos, principais resultados e recomendações. Isso ocorreu por meio da utilização de um instrumento criado previamente para o registro dos dados, desenvolvido a partir das recomendações da *Critical Appraisal Skills Programme*<sup>11</sup>.

Os resultados foram organizados conforme a técnica de categorização. A execução dessa técnica foi orientada pelas propostas da análise de conteúdo de Bardin<sup>12</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, são apresentados os resultados dos artigos em duas categorias: “caracterização dos artigos selecionados” e “estratégias para o enfrentamento da violência urbana”.

### Caracterização dos artigos selecionados

Os 27 artigos evidenciaram que: a violência urbana é um fenômeno intimamente ligado aos determinantes sociais e desigualdades sociais, independentemente das características socioeconômicas do país; saúde e violência possuem uma relação inversamente proporcional; as ações de saúde pública voltadas às questões de gênero, família e grupos específicos, se bem executadas, com objetivos e metas exequíveis e que alcançam principalmente o público jovem, podem reduzir a mortalidade e morbidade por violência urbana. O Quadro 1 apresenta detalhes dos artigos selecionados.

**Quadro 1** – Artigos selecionados de acordo com título, autores, base de dados, periódico e características metodológicas.

<b>Título</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Fonte</b>	<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Principais características metodológicas</b>	<b>Cenário</b>
<i>Association between firearm laws and homicide in urban counties</i>	Crifasi CK, Merrill-Francis M, McCourt A, Vernick JS, Wintemute GJ, Webster DW	PubMed	2018	Journal Urban Health	Estudo longitudinal quase experimental	34 condados americanos (EUA)
<i>Building collaborative capability between law enforcement and civil Society leaders to prevent urban violence</i>	Worrall R, Kjaerulf F	BVS	2018	International Journal of Public Health	Estudo de caso analítico e comparado	Nakuru e Naivasha (Quênia)
<i>Can health be related to interpersonal violence in Middle Easten countries?</i>	Bayati M, Lotfi F, Keshavarz K, Delavari S, Selavari S	PubMed	2020	Archives of Iranian Medicine	Estudo documental	Países do Oriente Médio
<i>Changes in attitudes toward guns and shooting following implementation of the Baltimore Safe Streets Intervention</i>	Milam AJ, Buggs SA, Furr-Holden DM, Leaf PJ, Bradshaw CP, Wester, D	PubMed	2016	Journal of Urban Health	Análise de implantação	Beltimore, Maryland (EUA)
<i>Characterising risk of homicide in a population-based cohort</i>	O'Neil M, Buajitti E, Donnelly PD, Lewis J, Kornas, K, Rosella LC	PubMed	2016	Journal Epidemiology Community Health	Coorte de base populacional	Ontario, Canadá
<i>Communities are not all created equal: strategies to prevent violence affecting youth in the United States</i>	Cohen L, Davis R, Realini A	BVS	2016	Journal of Public Health Policy	Revisão	EUA*
<i>Criminal use of assault weapons and high-capacity semiautomatic firearms: na updated examination of local and national sources</i>	Koper CS, Johnson WD, Nichols JI, Ayers A, Mullins N	PubMed	2018	Journal Urban Health	Estudo documental	Hartford, Rochester, Syracuse, Baltimore, Richmond, Minneapolis, Milwaukee, Kansas City, Seattle e Sacramento (EUA)

<i>Decreasin the supply of and demand for guns: Oakland's youth advocacy Project</i>	Calhoun D	PubMed	2013	Journal of Urban Health	Estudo de caso	Oakland, Califórnia (EUA)
Entre sufocamentos e alguns possíveis: violência urbana e políticas públicas	Benicio LFS, Barro JP, Silva DB	BVS	2018	Revista Polis Psique	Pesquisa-intervenção à luz da cartografia deleuzeana	Fortaleza, Ceará (Brasil)
<i>Greening vacante lots para reduce violent crime: a randomised controlled trial</i>	Garvin EC, Cannucio CC, Branas CC	PubMed	2013	Injury Prevention	Estudo de caso-controle	Philadelphia, Pennsylvania (EUA)
<i>Gun theft and crime</i>	Cook PJ	PubMed	2018	Journal Urban Health	Ensaio crítico	Chicago (EUA)
<i>Jails, prisons, and the health of urban populations: a review of the impact of the correctional system on Community health</i>	Freudenberg N	PubMed	2001	Journal Urban Health	Revisão	EUA
<i>Protecting urban health and safety: balancing care and harm in the Era of mass incarceration</i>	Gaber N, Wright A	PubMed	2015	Journal of Urban Health	Análise teórica ecossocial e antropológica médica	Ferguson, Missouri e Staten Island, New York (EUA)
<i>Scales of geography, time, and population: the study of violence as a public health problem</i>	Wallace D, Wallace P,	PubMed	1998	American Journal of Public Health	Estudo documental	Bronx, New York (EUA)
<i>Social inequalities and the rise in violent deaths in Salvador, Bahia State, Brazil: 2000-2006</i>	Viana LAC, Costa MCN, Vieira-da-Silva LM	BVS	2011	Cadernos de Saúde Pública	Estudo ecológico	Salvador, Bahia (Brasil)
<i>Spatial analysis of urban violence based on emergency room data</i>	Lima LP, Singer JM, Saldiva PHN	BVS	2008	Revista de Saúde Pública	Geoprocessamento ( <i>software</i> Mapinfo profissional, versão 7.0)	São Paulo, Capital (Brasil)

<i>Spatial analysis of the impact of a school-level youth violence prevention program on violent crime incidents in the Community</i>	Masho SW, Zirkle KW, Wheeler DC, Sullivan T, Farrell AD	PubMed	2019	Prevention Science	Estudo documental	Richmond (EUA)
<i>State firearm laws and interstate transfer of guns in the USA, 2006-2016</i>	Collins, T, Greenberg R, Siegel M, Xuan Z, Rothman EF, Cronin SW, Hemenway D	PubMed	2018	Journal Urban Health	Estudo documental	50 estados americanos
<i>Strengthening the effectiveness of "whole of government" interventions to break the cycle of violence in disadvantaged communities</i>	Harris E, Rose VK, Kemp LA, Chavez RV	PubMed	2007	Public Health Research and Practice	Estudo descritivo	Oeste de Sydney (Austrália)
<i>Taking action on violence through research, policy, and practice</i>	Hyman I, Vahabi M, Bailey A, Patel S, Guruge S, Wilson-Mitchell K, Pui-Hing Wong J	PubMed	2016	Global Health Research and Policy	Revisão	Toronto (Canadá)
<i>Temporal association between federal gun laws and the diversion of guns to criminals in Milwaukee</i>	Webster DW, Vernick JS, Bulzacchelli MT, Vittes KA	PubMed	2012	Journal Urban Health	Estudo transversal	Milwaukee, Wisconsin (EUA)
<i>The association between weather and the number of daily shootings in Chicago (2012-2016)</i>	Reeping PM, Hemenway D	PubMed	2020	Injury Epidemiology	Estudo transversal (cross-sectional)	Chicago (EUA)
<i>Urban blight remediation as a cost-beneficial solution to firearm violence</i>	Branas CC, Kondo MC, Murphy SM, South EC, Polsky D, MacDonald JM	PubMed	2016	AJPH Place-Based Interventions	Estudo quase-experimental de análise de impacto	Philadelphia, Pennsylvania (EUA)

<i>Violence as a public health problem: an ecological study of 169 countries</i>	Wolf A, Gray R, Fazel S	2014	Social Science & Medicine	Análise comparada	169 países (entre os países da Organization for Economic Co-operation and Development – OECD e da Multidimensional Poverty Index – MPI)
Violência urbana e capital social em uma cidade do sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo	Vial EA, Junges JR, Olinto MTA, Machado OS, Pattussi MP	2010	Revista Panamericana de Salud Publica	Exploratório descritivo	São Leopoldo, Rio Grande do Sul
Violência urbana e política pública de prevenção: avaliação do Programa Fica Vivo! no estado de Minas Gerais, Brasil	Silva BFA, Queiroz B L, Marinho FC, Pereira FNA, Cisalpino P	2018	Revista Brasileira de Estudos de População	Avaliação de impacto**	Belo Horizonte, Minas Gerais (Brasil)
Vitimização por violência urbana em uma cidade do médio porte do sul do Brasil	Cruz SH, Azevedo MR, Gonçalves H	2011	Revista Brasileira de Epidemiologia	Estudo transversal de base populacional	Pelotas, Rio Grande do Sul (Brasil)

Fonte: Elaboração própria.

Verifica-se a prevalência de estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA) (n=15). Isso se deve às expressivas campanhas de enfrentamento da violência que ocorreram principalmente nas cidades de Baltimore, Chicago, Filadélfia e Nova Iorque durante as décadas de 1970 a 1990. Essas cidades, à medida que cresceram, tiveram o aumento da desigualdade e violência, principalmente nos bairros da periferia e de origem negra, contudo, a contrapartida do Estado se deu, inicialmente, com a execução de políticas públicas de enfrentamento da violência como fator físico. Políticas essas que evoluíram em sentido rizomático para questões sociais.

De modo geral, os artigos demonstraram a interferência das políticas públicas nas taxas de homicídios, roubos e furtos em dimensões locais, regionais e nacionais, com recortes temporais com média de 5 anos.

### **Estratégias para o enfrentamento da violência urbana**

Nesta categoria, consolidaram-se as políticas públicas implementadas para o enfrentamento da violência urbana. Essas experiências foram identificadas no Quênia, Austrália, EUA e Brasil. Desse modo, é necessário que sejam considerados os impactos das intervenções tendo em vista os contextos locais.

O *Place-Based Leadership Development* (P-BLD) foi uma estratégia implementada em Nakuru e Naivasha, Quênia, entre 2005 e 2006, com o propósito de integrar as políticas de saúde e segurança. A proposta do programa era formar líderes locais, estimular a participação ativa e revisão das práticas policiais, envolvendo a comunidade na resolução de problemas relacionados à violência urbana por meio de denúncias anônimas. A coletividade, para tanto, foi o princípio orientador desse programa, estimulando a participação de atores locais e a integração entre os setores envolvidos no problema apresentado<sup>13</sup>.

Um destaque importante pode ser dado à função da polícia. Um dos desafios desse programa foi a validade participativa desses sujeitos, devido às desavenças dentro do próprio grupo. Em geral, alguns policiais eram praticantes de ações violentas excessivas e realizavam a proteção de organizações criminosas; além disso, alguns não eram confiantes nas denúncias realizadas<sup>13</sup>.

Os autores evidenciaram que dentro da própria polícia, e independentemente do escalão, a corrupção se configurou como o alicerce de práticas que interferiram não somente nesse programa, mas em todo o sistema de segurança pública e de outros setores, como a saúde. Entretanto, os policiais jovens buscavam exercer a lei, enquanto os mais antigos sustentavam uma hierarquia prejudicial, interferindo nas suas decisões e possibilidade de mudanças. Ainda, a forma como interpretam a lei é distinta: os mais antigos, utilizam-se das prerrogativas legais para fins individuais, exercendo sobre os criminosos um poder para proveito pessoal<sup>13</sup>.

Na Austrália, uma intervenção realizada em Sydney utilizou ações em centros de jovens, para reduzir o índice de vandalismo<sup>14</sup>. Para isso, os tomadores de decisão utilizaram evidências científicas disponíveis sobre intervenções semelhantes. Evidências de diferentes disciplinas também foram consideradas, incluindo a criminologia, sociologia, geografia humana e desenvolvimento humanitário. Essas características fomentam o uso de evidências na formulação de programas sobre violência em públicos jovens, devido ao desafio que há na realização de ações com esse grupo.

Nas Américas, os únicos países que apresentaram políticas públicas orientadas para esse problema foram os EUA e o Brasil.

Nos EUA, o *Urban Networks to Increase Thriving Youth Violence Prevention* (UNITY) foi apontado como uma estratégia pactuada entre cidades americanas comprometidas com a redução da violência. Esse programa foi criado em 2005 e concebeu-se na necessidade de fortalecer ações de saúde pública na prevenção da violência. Semelhante ao que ocorreu no Quênia, o UNITY buscou a participação da comunidade para o desenvolvimento da resiliência comunitária, o que interfere nas ações violentas. Essa resiliência é indicada como um princípio colaborativo entre os indivíduos e condiz com o respeito e aprendizagem conjunta<sup>15</sup>.

A resiliência comunitária pode ser medida por meio da oportunidade econômica, ambientes/projetos construídos pela comunidade como decisões relativas à distribuição de espaços, habitação e transporte, redes sociais fortes e confiantes, positividade étnica e racial, qualidade escolar e oportunidades de participação significativa<sup>15</sup>.

A estratégia prática para o alcance da resiliência comunitária foi o *spectrum of prevention*, que permitiu a promoção de mudanças ambientais, de

sistemas e normas, com avaliação dos níveis de influência das políticas e legislações, coalizões entre as redes comunitárias, formação de redutores de violência, educação comunitária e habilidades. Baltimore, Kansas City, New Orleans, Seattle, Minneapolis e Oakland são exemplos de condutores dessa estratégia<sup>15</sup>.

O *spectrum of prevention* é uma abordagem compreensível para a prevenção de ações violentas, desenvolvido por Larry Cohen, em 1983. A ferramenta *spectrum* envolve estratégias educacionais que possibilitam soluções compreensíveis antes, durante e depois de identificados eventos oriundos de problemas complexos. Tem como etapas: influenciar políticas e legislação; realizar mudanças na prática organizacional; fomentar coalização e redes; educar provedores; realizar promoção da saúde nas comunidades; fortalecer o conhecimento e habilidades individuais<sup>16</sup>.

O *spectrum* é essencialmente educacional e foi desenvolvido em departamentos da saúde<sup>16</sup>. No enfoque da violência, o uso dessa abordagem promove a realização de ações intersetoriais e multidisciplinares. Fatores como segregação residencial, pobreza, deterioração comunitária, álcool e outras substâncias, cobertura tendenciosa da mídia, armas e crença inevitável da violência foram indicados como desafios na execução dessa abordagem.

Uma importante consideração sobre o UNITY é a possibilidade de utilização dessa ferramenta nos contextos de diferentes países. Trata-se de uma estrutura adaptável metodologicamente que fomenta a formulação de políticas informadas por evidências.

Uma outra estratégia identificada foi a *Cure Violence*, conhecida como *CeaseFire* ou *Safe Streets*, em Baltimore. Trata-se de uma política pública de saúde que tem o objetivo de prevenir a violência a partir de intervenções com adolescentes e jovens adultos. Essa estratégia demonstra ser eficaz em desfechos como redução dos homicídios e violência armada em várias cidades ao redor do mundo. Contudo, a base para todo o processo prático do *Cure Violence* se dá pela aproximação do Estado nas comunidades carentes<sup>17</sup>.

O *Cure Violence* é uma estratégia inspirada na abordagem em saúde pública. Foi desenvolvida em 1995, na Escola de Saúde Pública da Universidade de Illinois, Chicago. Trata-se de um projeto de prevenção da violência com intervenções de nível individual e comunitário, a fim de promover mudanças em

comunidades com altos índices de violência armada entre jovens. Quando identificados, esses jovens são abordados e são oferecidas intervenções para mudança de comportamentos e atitudes<sup>18,19</sup>.

Em 2020, essa estratégia de saúde pública ficou em nona posição no ranking entre as 500 melhores estratégias de prevenção à violência do mundo. Ela foi a responsável pela redução de 63% dos tiroteios em Nova Iorque, 48% dos tiroteios em Chicago, 45% dos crimes violentos em Trinidad e Tobago e 40% dos tiroteios na Filadélfia<sup>18</sup>.

Em Oakland, Califórnia, um programa também destinado ao público de adolescentes e jovens adultos foi o *Youth ALIVE*. Esse programa envolveu jovens em ações de prevenção à violência, sendo empoderados para identificar riscos como acesso a armas de fogo, uso de álcool e outras drogas, desemprego, falta de esperança nos desafios cotidianos em relações às condições socioeconômicas<sup>20</sup>.

O *Youth ALIVE* surgiu na primeira década deste século, mediante o aumento da violência urbana proporcionada por crises econômicas mundiais. Seu principal indicativo é que as condições de vida como moradia, baixo poder aquisitivo e baixo nível educacional podem tornar esse público mais vulnerável, o que é comum em países com altos índices de desigualdade<sup>20</sup>. Para tanto, consideram os determinantes sociais e as desigualdades como fonte para realizar suas intervenções.

Em Richmond, Virgínia, no período entre 2009 e 2015, foi observado um aumento das taxas de violência entre jovens de 10 a 18 anos em comunidades com altas taxas de crime e pobreza. Essas comunidades foram historicamente as mais afetadas pelas desigualdades desencadeadas pela urbanização. Nesse período, foi criado o *Olewus Bully Prevention Program* (OBPP), que se propôs a realizar ações nas escolas envolvendo alunos e familiares. O público de professores participou como mobilizador das intervenções e foi afetado positivamente nos resultados obtidos, diminuindo-se o número de tentativas e agressões de alunos aos docentes<sup>21</sup>.

O maior desafio desse programa foi o baixo potencial de transformação das condições de vida dos alunos e familiares. As intervenções apresentaram um alto potencial de mudança nas escolas e nas situações violentas que envolviam o seu potencial de transformação educacional, mas não conseguiram atingir problemas macroeconômicos e de desigualdade<sup>21</sup>.

Por ter sido fundamentado unicamente em ações

escolares, o OBPP não conseguiu gerar fortes mudanças numa realidade a longo prazo, pois estratégias conjuntas como programas de transferência de renda por desempenho educacional, ampliação de espaços de lazer nas comunidades pobres, presença do Estado e redução do medo pelo fortalecimento do sistema de segurança pública eram necessários para uma total efetividade<sup>21</sup>.

Nos EUA, as políticas de armamento e as campanhas contrárias a elas representaram um forte impacto nos índices de violência urbana. Nesse sentido, colocam-se estas experiências a seguir, contudo é preciso compreender que foram observados mais os impactos da concessão ao uso de armas de fogo no aumento dos roubos e homicídios, do que propriamente sugeridas estratégias de intervenção, como apresentadas nos parágrafos anteriores.

Um ensaio crítico sustentado no levantamento de dados do *National Crime Victimization Survey* (NCVS) e do *Bureau of Justice Statistics* estimou que, no período de 2005 a 2010, tenham ocorrido 232.400 roubos de armas e 153.900 assaltos. De 2010 a 2014, os reflexos desses roubos puderam ser percebidos no aumento dos assaltos a mão armada, com 251.300 casos notificados<sup>22</sup>.

Uma análise dos impactos das leis de armamento civil revelou que os condados do Alabama, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, Tennessee, Texas, Utah, Virginia, Washington e Wisconsin são considerados os mais vulneráveis a homicídios por arma de fogo. Para tanto, verificou-se que a posse de armas aumentou em 4% os homicídios por arma de fogo, principalmente nos condados que tiveram permissão para compra e porte anterior ao ano de 1984 (Illinois, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, New Jersey, New York e North Carolina). Quando comparados a influência do tempo de concessão do armamento e o aumento da violência, o condado de Maryland foi o único de apresentou leis mais recentes, datadas de 2013, e um aumento acentuado das taxas de homicídio por armas de fogo<sup>23</sup>.

Uma análise comparada com um recorte menor de tempo (2012 a 2014), que teve como cenários Hartford, Rochester, Syracuse, Baltimore, Richmond, Minneapolis, Milwaukee, Kansas City, Seattle e

Sacramento, revelou que o uso de armas de fogo em assaltos foi maior após ampliadas as leis para venda de armas nesses condados. O uso de rifles, com maior potencial de risco se comparados a pistolas de baixo calibre, foi prevalente em Rochester, Syracuse e Milwaukee, enquanto que o uso de armas semiautomáticas foi mais prevalente no Kansas, Seattle e Milwaukee. Estima-se que essas medidas de acesso aumentaram em 40% os casos de violência nesses cenários<sup>24</sup>.

Os dados dessa análise comparada foram de encontro a outros estudos<sup>25,26</sup>, os quais indicaram que, independentemente do contexto, as políticas de armamento facilitam o aumento dos índices de violência urbana. Outras evidências reforçam que as políticas de flexibilização do porte de armas para civis aumentam a violência no trânsito, os custos com a saúde, suicídio e desfechos agressivos envolvendo armas de fogo<sup>27-29</sup>.

Diante dessas evidências, chega-se a uma compreensão que armamento e segurança pública são elementos incompatíveis, com interferência nos indicadores de saúde. A posse de armas, garantida por lei, não registrou desfechos positivos, influenciando o aumento dos crimes e homicídios, e a instabilidade das políticas públicas de segurança pública. Ademais, saúde e segurança pública demonstraram uma relação diretamente proporcional.

No Nordeste brasileiro, a cidade de Fortaleza, Ceará, é atualmente uma das mais violentas do país, com um aumento no número de homicídios, roubos e furtos e rebeliões nos últimos cinco anos. Um dos artigos reforça essa evidência ao contemplar, a partir de um estudo cartográfico deleuziano, os reflexos da violência no acesso e assistência à saúde<sup>30</sup>.

No artigo, os autores destacam que jovens residentes na Barra do Ceará, bairro da periferia, sofrem com o impacto da violência com redução do estado social e aumento do estado penal. A dificuldade de acesso aos serviços de uma rede de apoio como Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciência e Esporte (CUCA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centro de Saúde da Família (CSF) foi apontada como uma limitação que tem levado os jovens à criminalidade<sup>31</sup>.

Em Salvador, Bahia, um estudo ecológico demonstrou motivações sociais para a violência urbana semelhantes às de Fortaleza. Residir em bairros pobres, com alta taxa de desemprego,

presença do crime organizado, tráfico, uso abusivo de drogas, força violenta do Estado na mediação de conflitos, corrupção, acesso a armas de fogo e baixo poder de transformação das ações sociais foram os principais determinantes identificados para a exposição de jovens à violência<sup>32</sup>.

Apesar das diferenças regionais, todos os estados brasileiros sofrem com o problema da violência urbana. As experiências de Pelotas e São Leopoldo, Rio Grande do Sul, indicam que, independentemente de estarem situadas em uma região com melhores indicadores econômicos, sociais e de saúde, esse problema também é acentuado e necessita da formulação de políticas públicas efetivas<sup>31-33</sup>.

Constatou-se que a sensação de medo em decorrência de crimes violentos é uma epidemia nos grandes centros urbanos e cidades do interior brasileiro, causando a sensação de insegurança e ausência do estado. Essa dissociação é indicada em um dos artigos como um catalisador do “desprezo, perplexidade, revolta e descrédito”<sup>33</sup> da população.

A única estratégia identificada como política de enfrentamento da violência no Brasil foi o Programa Fica Vivo, implementado em Belo Horizonte, Minas Gerais, no ano de 2002. Esse programa surgiu em meio ao número elevado de mortes por causas violentas, envolvendo ações de diferentes setores como segurança pública, saúde e educação, para a redução da criminalidade e prevenção da violência. Numa série histórica de 15 anos (2002 a 2017), há indicativos da sua efetividade na redução média do número de mortes nos territórios de intervenção<sup>34</sup>.

Para tanto, depreende-se das evidências apresentadas que as estratégias de enfrentamento da violência devem considerar as limitações estruturais e organizativas das cidades e das políticas públicas, a fim de proporcionar intervenções efetivas e que considerem os determinantes e desigualdades.

## CONCLUSÃO

Este estudo trouxe evidências de que a violência urbana é um fenômeno dinâmico e multifatorial, tendo como principal indutor o processo de urbanização e catalisada pelos determinantes sociais e a desigualdade.

A maioria dos estudos é oriunda de experiências de condados americanos marcados pelo histórico de discriminação racial, migração e leis de acesso ao uso de armas de fogo. Dos países latino-americanos, apenas o Brasil apresentou evidências de políticas

de enfrentamento da violência identificadas nas buscas. Desse modo, sugerimos que outros estudos possam ser realizados incorporando bases de dados que contemplem experiências de outros países da América Latina, Europa, Ásia e Oceania.

Constatou-se que fatores socioeconômicos, sociais e ambientais influenciam na violência urbana e devem ser, quando possível, alvos de intervenções das políticas públicas a fim de reduzir a formação de iniquidades.

Verificou-se que a violência urbana esteve associada a outros problemas de saúde pública como transtornos mentais e doenças negligenciáveis. Nesses problemas, a população carcerária, com prevalência dos jovens, foi a mais afetada.

Espera-se que esta revisão possa ser utilizada como base para outros estudos e inspire novas pesquisas sobre o tema. A incipiência de estudos fora dos EUA sobre a formulação de políticas públicas na área revela a necessidade de publicização científica, e a ausência de estudos de demais países carece de estratégias de buscas em bases de dados mais específicas.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Diógenes Farias Gomes** contribuiu na idealização, construção e revisão. **Lúcia Conde de Oliveira** contribuiu na construção e revisão do artigo. **Maria Socorro de Araújo Dias** contribuiu na revisão final do artigo.

## CONFLITO DE INTERESSE

Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

Este artigo é parte da pesquisa de tese intitulada “Avaliação de impacto em saúde das políticas de enfrentamento a violência urbana em metrópoles do Brasil e Colômbia” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

## REFERÊNCIAS

1. Peres MFT, Ruotti C. Violência urbana e saúde. Rev USP. 2015;107:65-78.
2. Baptista EA, Campos J, Rigotti JIR. Migração de retorno no Brasil. Mercator [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 28];6:e16010. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/mercator/v16/1984-2201-mercator-16-e16010.pdf>

3. Jonhs MM, Lowry R, Andrzejewski J, Barrios LC, Demissie Z, McManus T. Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students – 19 States and Large Urban School Districts, 2017. Morbidity and Mortality Wkly Report [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 05];68(3):67-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6348759/>
4. Branas CC, Kondo MC, Murphy AM, South EC, Polsky D, MacDonald JM. Urban blight remediation as a cost-beneficial solution to firearm violence. AJPH [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 01];106(2):2158-2165. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdfplus/10.2105/AJPH.2016.303434>
5. Jacoby SF, Dong , Jessica H. Beard, Douglas J. Wiebe, Christopher N. Morrison. The enduring impact of historical and structural racism on urban violence in Philadelphia. Social Science & Medicine [Internet]. 2018 [cited 2021 nov 01];199:87-95. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.038>
6. Ferreira JM. O nexo entre infraestrutura urbana e criminalidade: como a arquitetura e o urbanismo pode contribuir para a redução da violência. Rebsp [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 02];12(1):92-100. Available from: <https://doi.org/10.29377/rebsp.v12i1.392>
7. Chesnais JC. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 1999 [cited 2021 Oct 29];4(1):53-69. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s14138123199900010005&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s14138123199900010005&script=sci_abstract&lng=pt)
8. Misse M. Alguns aspectos analíticos nas pesquisas da violência na América Latina. Estud Av [Internet]; 2019 [cited 2021 Nov 18];33(96). Available from: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2019.3396.0003>
9. World Health Organization. World Health Statistics 2018: Monitoring health for the sustainable development goals. 2018.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med [Internet]. 2009 [cited 2021 Nov 30];6(7):e1000097. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
11. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklist [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 10]. Available from: [https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018-fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018-fillable_form.pdf)
12. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Worrall R, Kjaerulf F. Building collaborative capability between law enforcement and civil Society leaders to prevent urban violence. International Journal of Public Health [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 30];63:969-976. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-018-1153-z>
14. Harris E, Rose VK, Kemp LA, Chavez RV. Strengthenig the effectiveness of “whole of government’ interventions to break the cycle of violence in disadvantaged communities. Public health Research and Praticce. 2007;18(5-6):94-96.
15. Cohen L, Davis R, Realini A. Communities are not all created equal: estrategies to prevent violence affecting youth in the United States. Journal of Public Health Policy [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 30];37(sup l1):81-94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27638244/>
16. Cohen L, Swift S. The spectrum of prevention: developing a comprehensive approach to injury prevention. Injury Prevention [Internet]. 1999 [cited 2021 Nov 30];5:203-207. Available from: <https://injuryprevention.bmj.com/content/injuryprev/5/3/203.full.pdf>
17. Milam AJ, Buggs SA, Furr-Holden CD, Leaf PJ, Bradshaw CP, Webster D. Changes in attitudes toward guns and shooting following implementation of the Baltimore Safe Streets Intervention. Journal of Urban Health [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 30];93(4):609-626. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4987588/>
18. Violence Prevention Alliance. Cure Violence (previously The Chicago Project for Violence Prevention). 2020 [cited 2021 Dec 02]. Available from: [https://www.who.int/violenceprevention/about/participants/cure\\_violence/en/](https://www.who.int/violenceprevention/about/participants/cure_violence/en/)
19. Butts JA, Roman CG, Bostwick L, Porter JR. Cure Violence: A Public Health Model to Reduce Gun Violence. Annu Rev Public Health [Internet]. 2015 [cited 2021 Dec 10];36:39-53. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-031914-122509>
20. Calhoun D. Decreasin the supply of and demand for guns: Oakland’s youth advocacy Project. J Urban Health [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 12];91(1):72-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3907618/>
21. Masho SW, Zirkle KW, Wheeler DC, Sullivan T, Farrell AD. Spatial analysis of the impacto f a school-level youth violence prevention program violent crime incidentes in the Community. Prevention Science [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 11];20(4):521-531.

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6685541/pdf/nihms-1044346.pdf>

22. Cook PJ. Gun theft and crime. *J Urban Health* [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 30];95:305-312. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-018-0253-7>

23. Crifasi CK, Merrill-Francis M, McCour A, Vernick JS, Wintemute GJ, Webster DW. Association between firearm laws and homicide in urban counties. *Journal Urban Health* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 10];95(5):383-390. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5993701/pdf/11524\\_2018\\_Article\\_273.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5993701/pdf/11524_2018_Article_273.pdf)

24. Koper CS, Johnson WD, Nichols JL, Ayers A, Mullins N. Criminal use of assault weapons and high-capacity semiautomatic firearms: na updated examination of local and national sources. *J Urban Health* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 04];95(3):313-321. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28971349/>

25. Collins T, Greenberg R, Siegel M, Xuan Z, Rothman EF, Cronin SW, et al. State firearm laws and interstate transfer of guns in the USA, 2006-2016. *J Urban Health* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 02];95(3):322-336. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29671188/>

26. Webster DW, Vernick JS, Bulzacchelli MT, Vittes KA. Temporal association between federal gun laws and the diversion of guns to criminals in Milwaukee. *J Urban Health* [Internet]. 2012 [cited 2021 Nov 30];89:87-97. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-011-9639-5>

27. Dell'aria A. Loaded objects: addressing gun violence through art in the gallery and beyond. *Humanit Soc Sci Commun* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 02];15. Available from: Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41599-020-0391-x>

28. Lippmann S. Guns: Dangerous, Especially for Suicide, and Costly for America. *Psychiatry (Edmont)* [Internet]. 2010 [cited 2022 Jan 04];7(2). Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2848468/pdf/PE\\_7\\_2\\_14.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2848468/pdf/PE_7_2_14.pdf)

29. Smith AM, Bellamr RF. Understanding weapons effects: a fundamental precept in the professional preparation of military physicians. *Australian Military Medicine* [Internet]. 2005 [cited 2021 Nov 30];14(2). Available from: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=502612434522842;res=IELHEA>

30. Benicio LFS, Barro JP, Silva DB. Entre sufocamentos e alguns possíveis: violência urbana e políticas públicas. *Rev Polis Psique* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 02];8(3):129-156. Available from: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/86349/51454>

31. Cruz SH, Azevedo MR, Gonçalves H. Vitimização por violência urbana em uma cidade do médio porte do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2011 [cited 2022 Jan 04];14(1):15-26. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n1/02.pdf>

32. Viana LAC, Costa MCN, Vieira-da-Silva LM. Social inequalities and the rise in violent deaths in Salvador, Bahia State, Brazil: 2000-2006. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2021 Nov 03];27(supl. 2):S298-S208. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400016>

33. Vial EA, Junges JR, Olinto MTA, Machado PS, Pattusi MP. Violência urbana e capital social em uma cidade do sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. *Rev Pan Salud Publica* [Internet]. 2010 [cited 2021 Nov 20];28(4):289-297. Available from: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/66418/000836411.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

34. Silva BFA, Queiroz BL, Marinho FC, Pereira FNA, Cisalpino P. Violência urbana e política pública de prevenção: avaliação do Programa Fica Vivo! no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Est Pop* [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 13];35(2):e59. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v35n2/0102-3098-rbepop-35-02-04-e0059.pdf>



# POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE DIREITOS X EFETIVIDADE NO ACESSO A MEDICAMENTOS

PUBLIC HEALTH POLICIES: REFLECTIONS ON RIGHTS X EFFECTIVENESS IN THE ACCESS TO MEDICATION

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD: REFLEXIONES ACERCA DE LOS DERECHOS X EFECTIVIDAD EN EL ACCESO A MEDICAMENTOS

Mirian Cristina Ribas <sup>1</sup>

Bruno Pedroso <sup>2</sup>

## Como Citar:

Ribas MC, Pedroso B. Políticas públicas de saúde: reflexões sobre direitos x efetividade no acesso a medicamentos. *Sanare*. 2022;21(2):92-100.

## Descritores:

Judicialização da Saúde; Política Pública; Sistema Único de Saúde.

## Descriptors:

Health Judicialization; Public Policy; Brazilian Unified Health System.

## Descriptores:

Judicialización de la Salud; Política Pública; Sistema Único de Salud.

## Submetido:

15/02/2021

## Aprovado:

12/12/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Mirian Cristina Ribas  
Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Pós-Graduação – CIPP  
Universidade Estadual de Ponta Grossa,  
Avenida Carlos Cavalcanti, 4748  
CEP: 84030-900, Ponta Grossa-PR,  
Sala LP 109  
E-mail: [ribas.mi@hotmail.com](mailto:ribas.mi@hotmail.com)

## RESUMO

Na atualidade, em um cenário democrático, o fenômeno da judicialização da saúde exprime reivindicações legítimas de indivíduos para fazer jus e proteger os direitos de cidadania, evidenciados e afirmados nas leis em âmbito nacional e internacional. O presente estudo propõe realizar, por meio de pesquisa bibliográfica, uma reflexão sobre políticas públicas de saúde no que concerne aos direitos e à efetividade no acesso a medicamentos, sob a ótica do Direito à Saúde, buscando analisar os vínculos entre políticas públicas de saúde, o acesso à justiça e a almejada concretude. Inicialmente, trata dos Direitos Fundamentais e aborda os principais atores no contexto em questão, quais sejam: a judicialização, o Sistema Único de Saúde, prescritores e usuários. Conclui-se que os direitos no acesso aos medicamentos coadunam com a efetividade do processo. O Poder Judiciário assume papel decisório no acesso ao Direito à Saúde, quando a inércia do Estado, inviabilizando a proteção à saúde, suscita rupturas na política pública de saúde existente, com o condão de salvaguardar a saúde dos cidadãos, bem como na tentativa de assegurar uma gestão de recursos públicos mais eficiente.

1. Advogada. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná. Mestra em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná. Pós-graduada em Direito Processual Civil. E-mail: [ribas.mi@hotmail.com](mailto:ribas.mi@hotmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2583-8577>

2. Graduação em Licenciatura em Educação Física pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Especialização em Treinamento Desportivo pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialização em Gestão Industrial: Conhecimento e Inovação pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Doutor em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Livre-docência em Qualidade de Vida pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Atualmente é professor associado do Departamento de Educação Física e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). E-mail: [prof.brunopedroso@gmail.com](mailto:prof.brunopedroso@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7905-2393>

**ABSTRACT**

*Currently, in a democratic scenario, the phenomenon of health judicialization expresses legitimate claims of individuals to uphold and protect the rights of citizenship, evidenced and affirmed by domestic and international laws. This study aims to carry out, through bibliographical research, a reflection on public health policies regarding the rights and effectiveness of access to medication, from the perspective of the right to health, seeking to analyze the links between public health policies, access to justice, and the desired accomplishment. Initially, it deals with Fundamental Rights and addresses the main actors in the context in question, namely: judicialization, the Brazilian Unified Health System, prescribers, and users. We concluded that the rights of access to medication are consistent with the effectiveness of the process. The Judiciary takes on a decision-making role in the access of the Right to Health, when the State's inertia, making health protection unfeasible, raises ruptures in the existing public health policy, with the aim to safeguard the health of citizens, as well as in an attempt of ensuring more efficient management of public resources.*

**RESUMEN**

*En la actualidad, en un escenario democrático, el fenómeno de la judicialización de la salud presenta reivindicaciones legítimas de individuos para hacer justicia y proteger los derechos de ciudadanía, evidenciados y afirmados en las leyes en ámbito nacional e internacional. El presente estudio propone realizar, a través de investigación bibliográfica, una reflexión acerca de las políticas públicas de salud en cuanto a los derechos y a la efectividad en el acceso a medicamentos, bajo la óptica del derecho a la salud, buscando analizar los vínculos entre políticas públicas de salud, el acceso a la justicia y la deseada concreción. Inicialmente, trata de los Derechos Fundamentales y aborda los principales actores en el contexto en cuestión, que son: la judicialización, el Sistema Único de Salud, prescriptores y usuarios. Se concluye que los derechos en el acceso a los medicamentos coinciden con la efectividad del proceso. El Poder Judicial asume el papel decisivo en el acceso al Derecho a la Salud, cuando la inercia del Estado, inviabilizando la protección a la salud, suscita rupturas en la política pública de salud existente, con la virtud de salvaguardar la salud de los ciudadanos, así como el intento de asegurar una gestión de los recursos públicos más eficaz.*

**INTRODUÇÃO**

Atualmente, em um cenário democrático, o fenômeno da judicialização da saúde, especialmente no que tange ao acesso a medicamentos, exprime reivindicações legítimas de indivíduos para fazer jus e proteger os direitos de cidadania evidenciados e afirmados nas leis em âmbito nacional e internacional. Nesse sentido, os aspectos políticos, sociais, sanitários e éticos estão presentes e vão muito além da gestão de serviços públicos<sup>1</sup>.

Ao Estado, incumbe a tarefa de intervir para a criação de mecanismos aptos a fazer com que os Direitos Fundamentais, reconhecidos formalmente, possam ser alcançados na prática, por uma gama maior de indivíduos. Nesse sentido, os direitos sociais fizeram nascer a consciência da proteção, em que a saúde se encontra entre os bens intangíveis mais preciosos da pessoa, digna de receber a tutela estatal, considerando indissociável do direito à vida<sup>2</sup>.

A Constituição Federal de 1988 delimitou nova forma à saúde no Brasil. Ou seja, como direito universal, o conceito de saúde foi ampliado e

vinculado às políticas econômicas e sociais. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa) e definiu-se também, entre outras ações, a gestão participativa<sup>3,4</sup>.

No que concerne às Políticas de Saúde no Brasil, mesmo com o advento dessa Constituição, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), não há comum satisfação aos anseios sociais, a qual padece de medidas que implementem esse direito em sua integralidade, em especial no que diz respeito ao fornecimento de medicações para o tratamento de doenças<sup>5</sup>.

Para tanto, o presente estudo propõe realizar, por meio de pesquisa bibliográfica, uma reflexão sobre políticas públicas de saúde no que concerne aos direitos e à efetividade no acesso a medicamentos, sob a ótica do Direito à Saúde, buscando analisar os vínculos entre políticas públicas de saúde, o acesso à justiça e a almejada concretude.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho qualitativo, cujo procedimento é predominantemente

bibliográfico, por dar maior enfoque a materiais já publicados em periódicos, por estudiosos do Direito e da Sociologia, bem como à legislação pertinente, os quais deram sustentação teórica à pesquisa. O período da busca bibliográfica ocorreu entre 1º de dezembro de 2021 a 20 de janeiro de 2022; como critério de seleção, adotaram-se o ano de publicação e a relevância com a temática, com a finalidade de aprimorar o tema abordado.

É importante esclarecer que a pesquisa bibliográfica oferece o suporte a todas as fases de qualquer tipo de pesquisa, uma vez que auxilia na definição do problema, na determinação dos objetivos, na construção de hipóteses e na fundamentação da justificativa da escolha do tema<sup>6</sup>.

Assim, o propósito desta pesquisa não é instituir um caminho metodológico para a reprodução da busca das fontes de informação e referências utilizadas, é tecer crítica de modo reflexivo e pessoal dos autores acerca das políticas públicas de saúde *versus* a efetividade no acesso a medicamentos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Do Direito Fundamental às Políticas Públicas de Saúde

Os Direitos Fundamentais passaram por inúmeras mudanças, paulatinamente, que viabilizaram o acesso às pessoas de direitos protegidos pelo Estado ao longo dos anos. Destarte, a doutrina classifica os Direitos Fundamentais do homem em dimensões ou gerações, sucessivamente, em primeira, segunda, terceira e quarta, assim positivados no ordenamento constitucional<sup>2</sup>.

Em linhas gerais, destacam-se como direitos fundamentais à vida, liberdade, igualdade, segurança e propriedade, os quais permeiam direitos individuais e coletivos, sociais, direitos de nacionalidade e direitos políticos que garantem o mínimo necessário para que um indivíduo exista de forma digna dentro de uma sociedade<sup>3</sup>.

A Constituição Cidadã foi um dos marcos desse avanço e, a partir dela, novos instrumentos foram colocados à disposição daqueles que lutam por um país cidadão, como, por exemplo, o sufrágio universal, o voto direto e secreto, além do surgimento de estatutos como o Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso<sup>3</sup>.

A definição histórica puramente formal e estrutural dos Direitos Fundamentais é insuficiente

para identificar os Direitos Fundamentais nas bases jurídicas. Há uma expectativa positiva de prestação e negativa de não usufruir. Faz-se necessário superar a dicotomia de direitos do homem e do cidadão, reconhecendo todos os homens e mulheres do mundo enquanto pessoas idênticas de direitos fundamentais<sup>7</sup>.

Em outras palavras, não se trata de definição dogmática, mas de fundamentos no ordenamento jurídico a todas as pessoas capazes. São direitos tutelados como universais e, por conseguinte, fundamentais, como base da igualdade jurídica<sup>7</sup>.

Sob esse prisma, os Direitos Humanos e Fundamentais devem estar interligados a fim de alcançar uma vida digna, bem como obtenham reconhecimento, legitimidade e eficácia<sup>7</sup>. Consideram-se os Direitos Fundamentais como todos aqueles adstritos aos seres humanos, enquanto cidadãos ou enquanto pessoas, indisponíveis e inalienáveis<sup>8</sup>.

Essa relação de reciprocidade inclui, além dos direitos sociais, os direitos civis e políticos, sendo que, embora cada um desses elementos tenha tido um curso histórico distinto no seu desenvolvimento, atualmente estão entrelaçados e indissociavelmente vinculados à noção de cidadania<sup>9</sup>.

O Direito à Saúde é direito fundamental social delineado no art. 6.º e no art. 196 e seguintes da Constituição Cidadã de 1988. Ou seja, é direito de todos e dever do Estado, em que esse deve viabilizar o acesso às políticas sociais de saúde consubstanciadas na Lei n.º 8.080/1990, com o intuito de assegurar o acesso universal e igualitário<sup>3,4</sup>.

Assim, a partir dos delineamentos trazidos pela Constituição Federal de 1988, o SUS configura-se como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, sendo que cabe à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, em razão do princípio da descentralização, executar serviços visando ao atendimento à saúde da população<sup>3-5</sup>.

Com a criação do SUS, adveio a concepção de seguridade social, que articulava políticas e recursos orçamentários. Para tanto, os princípios constitucionais norteadores são:

[...] a universalidade de cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência de benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade da forma de

participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado de administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados<sup>10:1</sup>.

Saúde não é somente um estado biológico, é uma questão de cidadania e de justiça social, para tanto, a Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, assim como cuidados médicos e Direito à Segurança em caso de doença<sup>7:11</sup>.

Sob essa ótica, o Direito à Saúde é reconhecido nas legislações nacional e internacional como direito fundamental social que deve ser garantido pelos Estados mediante políticas públicas, assegurando um mínimo necessário a fim de garantir a saúde física e mental das pessoas<sup>12-14</sup>.

O papel dos Direitos Fundamentais é também compreendido como garantia dos direitos do mais fraco. Historicamente, os direitos humanos e fundamentais foram consubstanciados tanto no âmbito das normativas internacionais quanto nas Constituições, resultados de lutas e revoluções contra uma situação de injustiça social, opressão e discriminação. Dessa feita, há uma coincidência entre fundamento axiológico e histórico dos referidos direitos, com seu aspecto contingente na esfera lógica e teórica<sup>7</sup>.

Nesse contexto, o sociólogo britânico Thomas Marshall analisou a história dos direitos na Inglaterra, e sua concepção parte de que os primeiros a serem adquiridos são direitos civis, seguidos dos políticos e, em consequência, os sociais, afinal, esse foi o caminho percorrido pelos ingleses. Já no Brasil, essas garantias se deram de forma contrária: os direitos sociais foram os pioneiros – a partir da atuação do Estado –, seguidos dos civis – direito à propriedade e renda – e, por fim, dos políticos<sup>7:9</sup>.

Esses direitos tomaram corpo com o fim da 2ª Guerra Mundial, após 1945, com o aumento substancial dos direitos sociais por meio da criação do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), que estabeleceu princípios mais coletivistas e igualitários. Os movimentos sociais e a efetiva participação da população em geral foram fundamentais para que houvesse uma ampliação significativa dos direitos políticos, sociais e civis, alcançando um nível geral

suficiente de bem-estar econômico, lazer, educação e político<sup>7</sup>.

Nessa perspectiva, a cidadania, no Brasil, não foi conquistada por revoluções, mas por espécies de concessões do Estado aos indivíduos, uma sequência de programas assistencialistas que implementam, pouco a pouco, direitos aos cidadãos. Destarte, termos como individualismo, lealdade e igualdade coadunam ao conceito de cidadania<sup>15</sup>.

À vista disso, a cidadania surge como um fator de inclusão e de igualdade, como conceito construtivo para se ter um significado social alheio a exclusões, de modo mais inclusivo. Mas, ainda assim, a cidadania é uma conquista diária, não há como compreendermos o conceito de cidadania sem considerarmos seus vários aspectos e relacionarmos com os direitos humanos, com a democracia e com a ética<sup>7,9,16</sup>.

Abordar a temática da cidadania nos exige compreender que ser cidadão é um processo de construção da própria identidade e pertencimento dos sujeitos. Nesse sentido, o conceito de cidadão vai sendo produzido historicamente, não é, portanto, natural, nem é dado por si mesmo. Autores definem que a cidadania é o conjunto dos direitos e deveres civis e políticos de um indivíduo na sociedade<sup>9,17</sup>. São justamente esses direitos que permitem aos cidadãos intervir nas ações do Estado e poder usufruir os serviços ofertados por órgãos estatais. Para exercer plenamente a cidadania, o Estado precisa assegurar a liberdade e acesso aos direitos individuais<sup>9</sup>.

Ser cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade perante a lei: é, em resumo, ter direitos civis. É também participar no destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos. Os direitos civis e políticos não asseguram a democracia sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, a uma velhice tranquila<sup>9</sup>.

Para exercer plenamente a cidadania, o Estado precisa assegurar a liberdade e acesso aos direitos individuais. A cidadania plena é comprometida em muitas nações por causa de questões econômicas e políticas<sup>9</sup>.

Na contemporaneidade, entende-se Estado como aquele que provê “um conjunto de programas governamentais para assegurar o bem-estar dos cidadãos face às contingências da vida moderna, individualizada e industrializada”<sup>18:12</sup>. Bem-estar social é um tipo de intervenção do Estado que trata

a desigualdade e as vulnerabilidades econômicas e sociais dos cidadãos como problemas da sociedade e não do indivíduo<sup>18</sup>.

A pobreza, o desemprego, a incapacidade de trabalho em decorrência de doença ou velhice e outras questões similares não são mazelas de responsabilidade dos indivíduos (e de suas famílias), mas questões que devem ser tratadas na esfera do Estado<sup>19</sup>. Ainda, a década de 1980 foi pródiga em transformações contra o pano de fundo de mudanças estruturais que se abateram sobre o mundo, na composição das famílias, na economia (globalização, mudança tecnológica, novas dinâmicas no mercado de trabalho).

A Constituição de 1988 assegurou uma série de novos direitos sociais aos brasileiros, que, uma vez garantidos, nos aproximariam das realizações de bem-estar social do regime social-democrata, em direção alternativa à do universalismo básico e à do bem-estar corporativo dos períodos anteriores. A Magna Carta impôs ao Estado uma dimensão prestacional em sentido ampliado, fazendo com que a omissão ou a ingerência do Poder Público possa ensejar a intervenção do Poder Judiciário<sup>5,19</sup>.

O Estado, ao executar as políticas públicas necessárias à concretização dos direitos dos cidadãos, faz-se necessário que disponibilize recursos públicos suficientes para a consecução de seus programas de proteção social. A alegação de limitação de recursos para atender às necessidades das pessoas não se deve inviabilizar a proteção de condições para que se possa viver dignamente. O Poder Judiciário assume papel decisório no acesso ao Direito à Saúde quando a inércia do Estado inviabiliza a proteção à saúde<sup>20</sup>.

Em se tratando de ausência de recursos financeiros, não se pode consentir que seja o argumento para justificar o fato de não atenderem às demandas inerentes à garantia dos Direitos Fundamentais, em especial o Direito à Saúde. É salutar o deslinde com soluções para que tenha harmonia entre a escassez de recursos públicos e o dever do Estado na efetivação de direitos<sup>20</sup>.

Nesse contexto, as políticas públicas de saúde devem seguir o condão de reduzir as desigualdades sociais e econômicas. Todavia, quando o Judiciário assume o papel de protagonista diante dessas políticas, privilegia indivíduos que acessaram à Justiça, seja por serem conhecedores dos seus direitos ou por poderem arcar com os custos processuais<sup>20,21</sup>.

No entendimento de alguns autores<sup>21</sup>, o Estado é a instituição permeada por seus diversos órgãos

públicos e unidades onde se efetivam a prestação dos serviços; outrossim, a tomada da decisão política para uma implementação de programa governamental ocorre também por meio de planejamento orçamentário e legislativo, administrativo e judicial.

Para além disso, o Direito à Saúde demanda medidas urgentes e essenciais e não pode se prolongar no tempo, pois a saúde está interligada ao bem maior que é a vida, portanto, devendo ser concretizado. Assim, o Direito à Saúde deve ser efetivado pelo Estado de modo vinculado, sem discricionariedade, mesmo que seja na esfera judicial<sup>22,23</sup>.

Desse modo, a política pública irá provocar a intervenção estatal, bem como de atores sociais; segundo Ana Luiza d'Ávila Viana, irá implicar:

[...] - na estrutura organizacional do sistema, com a formação de áreas descentralizadas de saúde; - na forma de gestão, com a formação dos Conselhos de Saúde nos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal) e com a presença dos vários segmentos participantes da política, inclusive os usuários;

- no modo de funcionamento, com a incorporação da assistência médica pelos centros de saúde pública, mediante ações de pronto-atendimento e de atendimento programado, possibilitando superar a dissociação entre ações preventivas e curativas; Na relação público/privado na provisão de serviços, com preferência dada ao setor público na oferta de serviços de saúde, passando o setor privado a ter um papel complementar na atenção curativa ambulatorial; - no perfil do financiamento e do gasto público em saúde, com a elevação da participação dos recursos fiscais dos estados e municípios para o gasto em saúde<sup>24:58</sup>.

Nesse sentido, a política pública deve ser entendida como uma estratégia de ação guiada pela coletividade, planejada e avaliada, a fim de que tanto o Estado como a sociedade desempenhem ativamente seus papéis<sup>13</sup>.

As atividades inerentes à saúde são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS), podendo também ser prestadas diretamente pelo Estado, por meio do SUS, ou por pessoa física ou jurídica de direito privado (terceiros), na forma de convênio. Destaca-se, de qualquer forma, que diferentemente de outrora, a

prestação do serviço é gratuita, independentemente de ser o usuário contribuinte ou não da seguridade social<sup>5</sup>.

Portanto, o Direito à Saúde é um dilema que repercute os limites, sucessos e fracassos de organização política. Questão comum representa ampliação de suas dimensões que perpassam a cura e a prevenção da doença, corroborando a perspectiva da promoção, corroborando também a perspectiva da promoção e qualidade de vida digna<sup>23</sup>.

### **Atores Principais – Da Judicialização ao SUS, prescritores e usuários**

Ao rememorar os anos 1990, visualiza-se o processo de judicialização, legitimado a partir das demandas de pacientes pleiteando medicamentos antirretrovirais para HIV/AIDS, os quais perceberam no Judiciário uma das alternativas para acesso aos medicamentos ausentes nas listas oficiais. Nesse sentido, remete a questões de larga repercussão política ou social, as quais estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelo Congresso Nacional e o Poder Executivo. Gestores de saúde têm se sensibilizado a avaliar melhor esse fenômeno, mormente ao impacto financeiro que tais ações causam<sup>25-27</sup>.

Destaca-se que as conquistas no que se refere aos delineamentos constitucionais e posterior alcance ao SUS resultam de um processo enraizado em uma conjuntura de lutas, ou seja, os avanços na saúde pública no país foram significativos também no tocante aos progressos tecnológicos junto à indústria farmacêutica, entretanto, pesquisas apontam que os medicamentos mais demandados não constam nas listagens oficiais; dessa forma, a judicialização é uma estratégia de pressão para a incorporação de novas tecnologias<sup>1,27,28</sup>.

A Lei n.º 8.080/90, intitulada Lei Orgânica, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, veio justamente para estabelecer a organização básica das ações e dos serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo, assegurando assim o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (AF), baseada nos princípios e diretrizes do SUS. Consolidou a defesa por melhores condições de saúde e de vida, pautada num sistema de atendimento público com qualidade

à luz da universalidade<sup>4,29</sup>.

De acordo com a referida Lei, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e

vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras<sup>4,3</sup>.

Assim, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. O SUS exprime o esforço nacional de garantir o acesso universal de seus cidadãos a usufruir da assistência da saúde a fim de que haja vida longa, produtiva e saudável. Ou seja, é imprescindível uma política de saúde que garanta a equidade, a integralidade e a qualidade de vida aos seus cidadãos<sup>5</sup>.

Acerca dos prescritores, por vezes, há desconhecimento no que se refere às listas de medicamentos, protocolos da própria Política Nacional de Medicamentos, podendo levar à busca por medicamentos não padronizados, ou ainda sem evidências para a utilização; há necessidade de tamanha atenção aos anseios da indústria farmacêutica. A garantia de acesso aos fármacos essenciais permeia reflexões acerca do conceito relativo à essencialidade, considerando que os medicamentos constantes da AF têm avaliação de eficiência e efetividade<sup>30,31</sup>.

O usuário, ao ter acesso aos serviços de saúde, aproxima-se, na prática, às políticas públicas da área. Em se tratando de medicamentos, há uma parcela que, em virtude de sua situação clínica, necessita daqueles ainda não disponíveis para a comercialização, os que não estão presentes nas listagens oficiais, ou até mesmo os que não têm registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária; por conseguinte, o registro de medicamentos no país obedece a uma série de normas impostas<sup>29</sup>.

Portadores de doenças crônicas comumente ingressam com ações individuais em detrimento de uma questão coletiva, incentivados por médicos que enfatizam o Direito à Saúde como prioridade. Para os Entes Federativos, talvez essa forma não seja adequada, tendo em vista as minúcias que a envolvem<sup>24,30</sup>.

A busca em atenuar as doenças, desde a antiguidade, permeou a necessidade de tratamento por medicamentos, na busca também pela sobrevivência; todavia, existem inúmeros fatores a serem discutidos nesse caminho. Quando se busca tratar alguma doença, é importante ter o entendimento de como são os processos da doença no organismo e possíveis estágios para a descoberta

da cura, o que pode demorar mais do que nossa expectativa<sup>24,30</sup>.

A utilização de medicamentos tem se tornado uma prática indispensável na contribuição para o aumento da expectativa e qualidade de vida da população. Há o entendimento de que garantir o acesso aos medicamentos considerados essenciais e, ainda, o seu uso racional, são alguns dos aspectos que contribuem para a valorização e o aperfeiçoamento do serviço de Assistência Farmacêutica como estratégia peculiar da Atenção Básica à saúde brasileira<sup>24,30</sup>.

Ao recorrer junto ao Poder Judiciário, os usuários já tiveram administrativamente seu direito negado. Contudo, para aqueles que necessitam de uma resposta rápida, a Justiça é uma forma eficiente de obtê-la.

## CONCLUSÃO

A partir das bibliografias analisadas, pode-se concluir que os direitos ao acesso aos medicamentos coadunam com a efetividade do processo. Em muitas situações, o Poder Judiciário assume papel decisório no acesso ao Direito à Saúde quando a inércia do Estado inviabiliza a proteção à saúde. Suscita rupturas na política pública de saúde existente, com o condão de salvaguardar a saúde dos cidadãos, bem como na tentativa de assegurar uma gestão de recursos públicos mais eficiente.

Destarte, as ações impetradas no judiciário para acesso a medicamentos não deveriam configurar como principal instrumento na assistência farmacêutica do SUS; para uma maior concretude do Direito à Saúde também são necessárias ações governamentais efetivas.

O presente trabalho contribui acerca do debate ideológico, visando fomentar as discussões entre o Poder Judiciário e o SUS, aspirando a defesa, aprimoramento e manutenção do sistema de saúde como uma conquista de todos os cidadãos brasileiros. Para tanto, referido diálogo institucional pode ser uma forma construtiva entre o sistema de Saúde e o de Justiça.

Entre os desafios remanescentes, destaca-se a necessidade de implementação de estratégias sociais e políticas, aliadas a demais mecanismos que aperfeiçoem os sistemas e políticas públicas, com o propósito de trazer à baila a efetividade plena do Direito à Saúde, e, caso seja imprescindível o ingresso pela via judicial, que seja também concretizado com uma adequada prestação jurisdicional.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Mirian Cristina Ribas** foi a pesquisadora principal responsável pelo estudo: coleta, síntese e análise, construção da metodologia e redação do manuscrito. **Bruno Pedroso** realizou a condução da orientação e correção.

## REFERÊNCIAS

- Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 2010;20(1):77-100.
- Bonavides P. Curso de direito constitucional. São Paulo: Malheiros; 2006.
- Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Document on the internet]. Brasília (DF); 1988 [cited 2022 Jan 02]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Brasil. Presidência da República. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 [Document on the internet]. Brasília (DF); 1990 [cited 2022 Jan 02]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília: CONASS; 2019.
- Fontana F. Técnicas de pesquisa. In: MAZUCATO, T, organizadores. Metodologia da pesquisa e do trabalho científico. Penápolis: FUNEPE; 2018. p. 59-78.
- Ferrajoli L. Derechos y garantías. La ley del más débil. Madrid: Editorial Trotta; 2006.
- Dotta AG, Silva BIS. Efetividade dos direitos fundamentais sociais no Brasil e o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana. A existência digna e a Administração 2019;27.
- Carvalho JM. Cidadania no Brasil: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
- Brasil. Presidência da República. Lei. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 [Document on the internet]. Brasília (DF); 1991 [cited 2022 Jan 02]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8212cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm)
- Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos (217 [III] A). Genebra: ONU; 1948.
- Carvalho LJMA. Sobre a política de dispensação de medicamentos no Brasil: mínimo necessário para a efetivação do direito à saúde. *Rev Direito Social* 2008;29(8): n.p.
- Pereira PAP. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: Boschetti I. Política social no capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez; 2008.
- Wood EM. Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo; 2011.
- Pietrocola M, Souza CR. A sociedade de risco e a noção de cidadania: desafios para a educação científica e tecnológica. *Linhas Críticas*. 2019;25(19844).
- Zeifert APB. Pensar as políticas públicas a partir do enfoque das capacidades: justiça social e respeito aos direitos humanos. *Rev Direitos Sociais e Políticas Públicas*. 2019;7(1):1-22.
- Bijega GL. Cidadania no Brasil: a nossa jovem democracia em risco. *Rev Espirales*. 2019;78-90.
- Mastrodi J, Ifanger FCA. Sobre o conceito de políticas públicas. *Rev Direito Brasileira*. 2019;24(9):3-16.
- Kerstenetzky CL. O estado do bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
- Lotta G. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. Teoria e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil. Brasília: Enap; 2019.
- Bucci MPD. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. São Paulo: Saraiva; 2013.
- Moreira ER. Direito Constitucional Atual. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
- Pires CAS, Pires CS. Direito a vida e a saúde como preponderante em período de COVID-19 pelo STF. In: Asensi F. Conhecimento e Multidisciplinaridade. Rio de Janeiro: Pembroke Collins; 2020.
- Viana, ALA. Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Loyola MA. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. *Ciênc Saúde Colet*. 2008;13:763-78.

26. Barroso LR. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. *Rev Thesis*. 2012;5(1):23-32.



27. Vasconcelos NP. Solução do problema ou problema da Solução? STF, CNJ e a judicialização da saúde. *Rev Estudos Institucionais*. 2020;6(1):83-108.

28. Oliveira YMC, Braga BCF, Farias AD, Pereira SPD, Ferreira MAF. Judicialização de medicamentos: efetivação de direitos ou ruptura das políticas públicas? *Rev Saúde Pública*. 2020;54(130):1-10.



29. D'espíndula TCA. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. *Rev Bioét*. 2013;21(3):438-47.

30. Oliveira YMC et al. Judicialização de medicamentos: efetivação de direitos ou ruptura das políticas públicas?. *Rev Saúde Pública*. 2020;54(130):1-10.



31. Batistella PMF, Ferrari RP. Judicialização na saúde em município de grande porte. *Rev Min Enferm*. 2019;23(1244):1-7.



# EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NA SAÚDE: CONCEITOS, PRESSUPOSTOS E ABORDAGENS TEÓRICAS

HEALTH EDUCATION AND EDUCATION IN HEALTH: CONCEPTS, ASSUMPTIONS AND THEORETICAL APPROACHES  
EDUCACIÓN EN SALUD Y EN LA SALUD: CONCEPTOS, PRESUPUESTOS Y ABORDAJES TEORICOS

Denise Lima Nogueira <sup>1</sup>

Maria do Socorro de Sousa <sup>2</sup>

Maria Socorro de Araújo Dias <sup>3</sup>

Vicente de Paulo Teixeira Pinto <sup>4</sup>

Ana Cristina Lindsay <sup>5</sup>

Márcia Maria Tavares Machado <sup>6</sup>

## Como Citar:

Nogueira DL, Sousa MS, Dias MSA, Pinto VPT, Lindsay AC, Machado MMT. Educação em Saúde e na Saúde: Conceitos, pressupostos e abordagens teóricas. *Sanare*. 2022; 21(2):101-109.

## Descritores:

Educação em Saúde; Educação Continuada; Saúde Pública; Educação Profissional em Saúde Pública.

## Descriptors:

Health Education; Continued Education; Public Health; Professional Education in Public Health.

## Descriptores:

Educación en Salud; Educación Continuada; Salud Pública; Educación Profesional en Salud Pública.

## Submetido:

04/04/2022

## Aprovado:

07/12/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Denise Lima Nogueira  
Rua Jose Lopes Ponte, 400, Dom Expedito, Sobral, Ceará, Brasil  
CEP: 62050-215  
E-mail: [deniseln2009@hotmail.com](mailto:deniseln2009@hotmail.com)

## RESUMO

Buscando analisar as terminologias “Educação em Saúde” e “Educação na Saúde”, compreendendo o contexto histórico em que emergiram e seus fundamentos teórico-metodológicos, foi realizado um ensaio teórico a partir do movimento interativo da hermenêutica e dialética. Para tanto, utilizou-se de artigos científicos nacionais e internacionais, documentos legais e manuais do Ministério da Saúde do Brasil, assim como livros sobre a temática disponíveis nos últimos 20 anos. A análise favoreceu depreender que essas terminologias apresentam unidades de sentido próprias, com tessituras convergentes, agrupadas, neste ensaio, em duas categorias: Educação em Saúde e Educação na Saúde. Em seus aspectos, cada modalidade da Educação na Saúde apresenta contribuições aos sistemas de saúde. Todavia, levando em conta que a Educação Permanente tem a capacidade de transformar a realidade e o cotidiano do trabalho em saúde, ela emerge como prática pedagógica inovadora ao setor, estando em consonância com a abordagem educacional sociocultural de Paulo Freire.

1. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestra em Saúde da Família pela UFC. Bacharelada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Coordenadora e Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Luciano Feijão (FLF). E-mail: [deniseln2009@hotmail.com](mailto:deniseln2009@hotmail.com). ORCID: [0000-0002-4036-6096](https://orcid.org/0000-0002-4036-6096)

2. Doutora em Saúde Coletiva UFC. Mestra em Psicologia pela Universidade de Fortaleza-CE. Pedagoga pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: [sousams3@gmail.com](mailto:sousams3@gmail.com). ORCID: [0000-0002-1009-0973](https://orcid.org/0000-0002-1009-0973)

3. Doutora em Enfermagem – Saúde Comunitária pela UFC. Pós-doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Mestra em Enfermagem pela UFC. Enfermeira pela UVA. Coordenadora Adjunta do Programa de pós-graduação em Saúde da Família (Renasc/UVA). Docente do Curso de Enfermagem da UVA. Diretora das Edições UVA. E-mail: [socorroad@gmail.com](mailto:socorroad@gmail.com). ORCID: [0000-0002-7813-547X](https://orcid.org/0000-0002-7813-547X)

4. Doutor em Bioquímica pela UFC e Université des Sciences et Technologies de Lille-França. Mestre em Bioquímica pela UFC. Enfermeiro pela UFC. Professor Titular do Curso de Medicina da UFC-Sobral. Coordenador de Ensino, Pesquisa e Extensão dos Hospitais de Ensino da UFC em Sobral-CE. Coordenador do Programa de Mestrado em Biotecnologia da UFC-Sobral. Docente Permanente dos Programas de Mestrado em Biotecnologia e Ciências da Saúde da UFC-Sobral. Docente do Programa RENORBIO. Docente Colaborador do Mestrado em Saúde da Família da UFC-Sobral. E-mail: [pintovicente@gmail.com](mailto:pintovicente@gmail.com). ORCID: [0000-0002-8785-2171](https://orcid.org/0000-0002-8785-2171)

5. Doutora em Saúde Pública, Saúde Materno-Infantil pela Escola de Saúde Pública de Harvard (EUA). Mestra em Saúde Pública, Métodos Quantitativos pela Escola de Saúde Pública de Harvard (EUA). Odontopediatra pela Faculdade de Odontologia de Campos, Rio de Janeiro. Professora Titular do Departamento de Exercícios e Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem e Ciências da Saúde Robert and Donna Manning, Universidade de Massachusetts, Boston (EUA). E-mail: [Ana.Lindsay@umb.edu](mailto:Ana.Lindsay@umb.edu). ORCID: [0000-0002-2520-0493](https://orcid.org/0000-0002-2520-0493)

6. Doutoranda em Enfermagem em Saúde pela UFC. Mestra em Saúde Pública pelo Departamento em Saúde Comunitária da UFC. Graduada em Enfermagem pela UFC. Professora Associada III do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da UFC. Cientista Chefe FUNCAP – 2020 (área Infância e Juventude). Membro do Núcleo de Ciência para a Infância, INSPER. Membro da Academia Cearense de Saúde Pública. E-mail: [marciamachadoufc@gmail.com](mailto:marciamachadoufc@gmail.com). ORCID: [0000-0002-0149-5792](https://orcid.org/0000-0002-0149-5792)

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**

*Seeking to analyze the terminologies “health education” and “education in health”, understanding the historical context in which they emerged and their theoretical-methodological foundations, a theoretical essay was carried out from the interactive movement of hermeneutics and dialectics. For this purpose, national and international scientific articles, legal documents and manuals from the Brazilian Ministry of Health were used, as well as books on the subject available during the last 20 years. The analysis favored the inference that these terminologies present their own units of meaning, with convergent tessitures, grouped, in this essay, into two categories: Health Education and Education in Health. In its aspects, each modality of education in health presents contributions to health systems. However, taking into account that permanent education has the ability to transform the reality and daily life of health work, it emerges as an innovative pedagogical practice for the sector, being in line with Paulo Freire’s sociocultural educational approach.*

**RESUMEN**

*Buscando analizar las terminologías “educación en salud” y “educación en la salud”, comprendiendo el contexto histórico en que emergieron y sus fundamentos teórico-metodológicos, fue realizado un ensayo teórico a partir del movimiento interactivo de la hermenéutica y dialéctica. Para tanto, se utilizó de artículos científicos nacionales e internacionales, documentos legales y manuales del Ministerio de la Salud de Brasil, así como libros sobre la temática disponibles en los últimos veinte años. El análisis favoreció deprender que esas terminologías presentan unidades de sentido propias, con tesisuras convergentes, agrupadas, en este ensayo, en dos categorías: Educación en Salud y Educación en la Salud. En sus aspectos, cada modalidad de la educación en la salud presenta contribuciones a los sistemas de salud. Todavía, llevando en cuenta que la educación permanente tiene la capacidad de transformar la realidad y el cotidiano del trabajo en salud, esta emerge como práctica pedagógica innovadora al sector, estando en consonancia con el abordaje educacional sociocultural de Paulo Freire.*

**INTRODUÇÃO**

A Educação em Saúde e Educação na Saúde compreendem áreas de conhecimento e práticas relacionadas aos campos da Saúde e da Educação. Usualmente, tem-se percebido a aplicação inadequada e indistinta dessas terminologias entre os profissionais, sendo essas associadas frequentemente à Educação Popular em Saúde, Educação e Saúde, Educação para a Saúde, Educação Permanente e Educação Continuada<sup>1</sup>.

No contexto dos sistemas e serviços de saúde, tem-se percebido que a formação profissional humanista associada à competência técnica e política e à postura ética, crítica e reflexiva, assim como ao estímulo à Educação Permanente é fundamental para se pensar as necessidades de saúde e atuar em contextos reais e complexos<sup>2,3</sup>.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela ordenação da formação dos profissionais para o setor. Entretanto, ainda imperam alguns problemas relacionados à formação em saúde, dos quais pode-se citar a defasagem entre o ensino, a realidade e os aspectos pedagógicos<sup>2</sup>.

Nesse sentido, tendo em vista que a apreensão dos sentidos e significados dos termos relacionados

à Educação em e na Saúde é imprescindível para a adequada aplicabilidade desses no cotidiano da Saúde e da Educação e para o desenvolvimento científico nos dois campos, questiona-se: o que distingue as expressões Educação em Saúde e Educação na Saúde, visto que sintaticamente podem ser consideradas como correspondentes? E em qual ou quais abordagens pedagógicas as práticas de Educação na Saúde em serviço estão fundamentadas?

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar as terminologias Educação em Saúde e Educação na Saúde, compreendendo o contexto histórico em que emergiram e seus fundamentos teórico-metodológicos.

**MÉTODO**

Trata-se de um ensaio teórico realizado a partir do movimento interativo da hermenêutica e dialética durante o período de junho a novembro de 2020. Esse tipo de estudo é caracterizado por sua natureza reflexiva, interpretativa e pela relação qualitativa do ensaísta com o objeto analisado<sup>4,5</sup>, favorecendo a depreensão de um determinado objeto.

Para a elaboração deste ensaio, utilizaram-se artigos científicos nacionais e internacionais,

documentos legais e manuais do Ministério da Saúde do Brasil, assim como livros sobre a temática, mediante busca iterativa da literatura disponível nos últimos 20 anos. Outrossim, nortearam a construção deste ensaio as questões norteadoras: 1) O que distingue as expressões Educação em Saúde e Educação na Saúde, visto que sintaticamente podem ser consideradas como correspondentes? e, 2) As práticas de Educação na Saúde em serviço estão fundamentadas em quais tipos de abordagens pedagógicas?

Como técnica de análise, recorreu-se à hermenêutica e dialética difundidas por Habermas em 1987, por essa permitir a busca pelo consenso, a unidade de sentido, a diferença, a ruptura de sentido e a crítica de um dado fenômeno<sup>6</sup>. Além do mais, buscou-se utilizar como referência para a escrita deste ensaio os critérios da declaração *Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research* (ENTREQ), a qual se configura como uma diretriz para sínteses de pesquisas qualitativas<sup>7</sup>, e manter postura ética e reflexiva durante o processo de compreensão e interpretação do objeto estudado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao buscar o consenso, a unidade de sentido, a diferença, a ruptura de sentido e a crítica em torno da temática, as terminologias relativas à Educação em e na Saúde serão descritas a seguir a partir dos referenciais teóricos que as fundamentam e do contexto histórico-social em que emergiram, sendo agrupadas neste manuscrito em Educação em Saúde e Educação na Saúde (Quadro 1).

**Quadro 1** – Diferenças e similitudes das terminologias da Educação em Saúde e da Educação na Saúde. Fortaleza, Ceará, 2021.

CATEGORIAS	TERMINOLOGIA	POPULAÇÃO-ALVO	OBJETIVOS
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Educação em Saúde	Comunidade	Fomentar apropriação de temas relacionados à saúde pela população a fim de aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e diálogo com profissionais e gestores da saúde.
	Educação Popular em Saúde	Comunidade	Promover Educação em Saúde mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde.
EDUCAÇÃO NA SAÚDE	Educação na Saúde	Profissionais da Saúde	Fomentar produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde por meio de práticas de Educação Continuada e Educação Permanente.
	Educação Continuada	Profissionais da Saúde	Fomentar aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador.
	Educação Permanente em Saúde	Profissionais da Saúde	Transformar práticas profissionais e a organização do trabalho mediante ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em Saúde.
	Formação Profissional em Saúde	Profissionais e estudantes da Saúde	Propiciar desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, capacidade crítica e postura solidária perante os usuários a fim de qualificar a resposta do setor da Saúde às necessidades da população do sistema de Saúde.

Fonte: Adaptado de Brasil<sup>8</sup>.

Outrossim, a análise teórica favoreceu também a apreensão das abordagens pedagógicas que fundamentam a prática da Educação na Saúde a partir do reconhecimento da potencialidade dessa para a produção de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento profissional para o setor saúde.

## Educação em Saúde: conceitos e aplicações

A Educação em Saúde, depreendida como “o processo educativo que objetiva a apropriação de temas relacionados à Saúde pela população”, objetiva ampliar “a autonomia das pessoas no seu cuidado e diálogo com profissionais e gestores da saúde”<sup>8:19</sup>. Articulada aos conceitos de promoção da saúde, é considerada uma estratégia fundamental para a prevenção de doenças e promoção da saúde<sup>9</sup>, sendo definida como “um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação” e que tem como finalidade sensibilizar, conscientizar e mobilizar pessoas “para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida”<sup>10:17</sup>.

No que tange às correntes teórico-metodológicas que a fundamentam, as práticas de Educação em Saúde podem ser desenvolvidas sob a lógica dos Modelos Tradicional e Dialógico, apresentando características e concepções próprias<sup>11,10</sup>.

A abordagem do modelo tradicional favorece ao predomínio da transmissão de informações de um ser que sabe (educador) para outro que não sabe (educando), mediante uma relação verticalizada entre ambos, com baixa interação e possibilidade de intervenção do educando<sup>11</sup>. Já na lógica do modelo dialógico, “o educador já não é mais o que apenas educa, mas o que enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa”<sup>11:119</sup>.

No modelo dialógico, a relação entre os atores é horizontal e permite a construção coletiva do conhecimento a partir da problematização e da reflexão do cotidiano e da realidade apresentada<sup>10</sup>, tendo Paulo Freire como o principal defensor no Brasil. Estudo aponta que o modelo dialógico tem maior eficácia para mudança de atitude pelo indivíduo em comparação ao modelo tradicional<sup>12</sup>.

No contexto brasileiro, percebe-se historicamente a influência dessas correntes teórico-metodológicas nas práticas de Educação em Saúde. Da metade do século XIX até meados do século XX, as atividades de Educação em Saúde eram baseadas em estratégias autoritárias, tecnicistas e biologicistas, nas quais as classes populares da sociedade eram tidas como passivas e incapazes de iniciativas próprias<sup>1,10</sup>, denotando a predominância do modelo tradicional da Educação em Saúde.

Na década de 1960, os movimentos sociais, dentre

os quais o Movimento de Educação Popular, passaram a influenciar as práticas educativas em Saúde ao incorporar a participação e o saber popular, cedendo espaço a processos educativos mais democráticos<sup>1</sup>.

Fundamentada na visão freireana da “problematização, emancipação, situações-limites, sujeitos do saber, diálogo e [...] da pedagogia crítica que ao mesmo tempo alfabetizava para o mundo das letras e conscientizava as pessoas como sujeitos no mundo”<sup>13:3</sup>, a Educação Popular em Saúde é um processo político-pedagógico que “requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação”<sup>1:848</sup>.

Nessa perspectiva, a Educação Popular em Saúde se destaca como movimento pedagógico e político<sup>10</sup>, promotor da Educação em Saúde “mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde”<sup>8:20</sup>; configurando-se, a partir de 2013, como uma política do Sistema Único de Saúde para garantir a integralidade, a redução das desigualdades regionais e das iniquidades sociais, a construção das diversidades culturais e das possibilidades de ser e estar no mundo e orientar o processo de qualificação da formação e fixação de profissionais da saúde<sup>14</sup>.

## Educação na Saúde: abordagens teóricas e metodológicas

Embora sintaticamente correspondentes, o termo Educação na Saúde distingue-se de Educação em Saúde por configurar a “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular”<sup>8:20</sup>. Compreendendo a formação técnica, a graduação, a Educação Continuada e a Educação Permanente<sup>15</sup>, as práticas de Educação na Saúde apresentam alguns aspectos teóricos e metodológicos que lhes são próprios<sup>16</sup>.

É salutar que historicamente, no Brasil, o movimento de Educação na área da Saúde iniciou-se nos primeiros anos da República, no ensino médico<sup>1</sup>. Em 1953, com a criação do Ministério da Saúde e no cenário em que o mundo discutia as bases da Educação Permanente e sua aplicabilidade na Educação, as práticas de promoção da Educação Sanitária foram incorporadas à Saúde no Brasil<sup>17</sup>.

Em meados da década de 70, o país passou a

vivenciar dois grandes movimentos: por um lado, na Educação, o movimento difundido por Paulo Freire em torno da alfabetização de adultos, que afirmava ser um processo de conscientização, engajamento histórico, transformador da realidade e libertador; e, por outro, na área da Saúde, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira<sup>17</sup>, que culminou na promulgação da Constituição de 1988, incorporando a saúde como direito de todos e dever do Estado, incumbindo ao Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos na Saúde<sup>18</sup>.

Assim, a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde e com a implementação da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, passou a assumir seu papel de gestor federal do Sistema Único de Saúde no que concerne à ordenação da formação de pessoal para a Saúde e à Educação Permanente do pessoal inserido no Sistema Único de Saúde<sup>19</sup>.

Em uma perspectiva teórica, a formação técnica e a graduação compreendem a formação profissional em Saúde, definida como “processo de ensino-aprendizagem dos conhecimentos requeridos para o exercício de uma profissão ou ocupação regulamentada que se dirige à educação técnica ou superior”<sup>8:22</sup>, qualificando a resposta do setor Saúde às necessidades da população<sup>8</sup>.

Nesse contexto, enquanto a formação técnica é caracterizada pelo forte enfoque conteudista e compartimentalizado, mantendo os profissionais em uma esfera de execução de procedimentos em relação às práticas reflexivas<sup>20</sup>, a educação superior propõe como alguns de seus objetivos: i) estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo, e ii) formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira<sup>21</sup>.

A Educação Continuada, como uma modalidade da Educação na Saúde, é o “processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele”<sup>8:20</sup> que envolve atividades de ensino desenvolvidas após a graduação, com duração definida e uso de metodologias tradicionais, caracterizada, portanto, como estratégia centrada no desenvolvimento de grupos profissionais, por meio de cursos seriados e/

ou publicações em determinado campo<sup>8</sup>.

Todavia, devido ao trabalho em Saúde ser carregado de subjetividade, faz-se imperativo profissionais com formação qualificada, competências e habilidades para atuarem nos territórios sanitários e apresentarem respostas às demandas emergentes<sup>2</sup>. Aspecto esse que vai ao encontro do exposto por Wu e Li<sup>22</sup> ao afirmarem que educar profissionais de saúde pública de alta qualidade, capazes de se adaptar às rápidas mudanças da sociedade e de responder com eficácia aos novos desafios globais é uma tarefa imprescindível.

Nesse sentido, a Educação Permanente emerge como uma prática da Educação na Saúde cuja ação educativa está baseada na problematização do trabalho em Saúde, tendo por finalidade transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, referenciada pelas necessidades das pessoas e populações, pela reorganização da gestão setorial e ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social<sup>8</sup>.

Ancorada na aprendizagem significativa e na transformação das práticas profissionais, suas bases teóricas constituem autonomia, cidadania, subjetividade dos atores e aprender na, pela e para a prática<sup>23</sup>, garantindo que o profissional mantenha e desenvolva novos conhecimentos e habilidades<sup>24</sup>.

Ante o exposto, entendem-se as “relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social” como Educação Permanente, uma vez que agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva<sup>25:1</sup>, despontando como um novo referencial pedagógico na saúde<sup>26</sup>, que propõe superar o modelo fragmentado, desumanizado, conflitivo e alienante do trabalho, permitindo ao trabalhador maior envolvimento no processo produtivo da saúde<sup>21</sup> e ampliação do acesso aos serviços e cobertura universal da saúde<sup>27</sup>.

### **Abordagens pedagógicas e a Educação na Saúde: um enfoque à Educação Permanente**

Em suas tessituras, cada modalidade da Educação na Saúde apresenta contribuições aos sistemas e serviços de saúde a partir dos conhecimentos, métodos e sistematizações próprias. Porém, ao levar em conta que a Educação Permanente demonstra a capacidade de transformar a realidade e o cotidiano do trabalho em saúde<sup>28</sup>, pode-se afirmar que essa modalidade se revela uma prática pedagógica

inovadora ao setor e que reconhecer e fundamentar suas práticas a partir das abordagens/modelos pedagógicos que a fundamentam é imprescindível para o alcance de seus objetivos.

Por modelo pedagógico, entende-se “sistema de premissas teóricas que representa, explica e orienta a forma como se aborda o currículo e que se concretiza nas práticas pedagógicas e nas interações professor-aluno-objeto de conhecimento”<sup>29:2</sup>; apresentando classificações e agrupamentos vários de acordo com o referencial teórico estudado: Libâneo, Mizukami e Luckesi.

Libâneo aponta Tendências Liberais e Progressistas como duas linhas de pensamento pedagógico no Brasil<sup>30</sup>. Mizukami<sup>31</sup> descreve as abordagens tradicional, comportamentalista, humanista, cognitivista e sociocultural como vertentes dos modelos pedagógicos. Já Luckesi faz alusão às tendências da Educação Redentora, Reprodutora e Transformadora<sup>30</sup> (Quadro 2).

**Quadro 2** – Principais características dos modelos educacionais<sup>31</sup>. Fortaleza, Ceará, 2021.

Modelos educacionais	Principais características
Tradicional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teórico: Snyders;</li> <li>- Ensino centrado no professor, caracterizado pela transmissão;</li> <li>- O professor é o agente e o aluno ouvinte;</li> <li>- Os conteúdos têm que ser aprendidos e os modelos imitados;</li> <li>- Relação homem-mundo: o homem é inserido em um mundo que irá conhecer a partir de informações que lhes serão transmitidas.</li> </ul>
Comportamentalista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teórico: Skinner;</li> <li>- Ensino composto por padrões de comportamento que podem ser modificados com o treinamento;</li> <li>- O professor planeja e desenvolve o sistema de ensino-aprendizagem e o aluno controla o processo da aprendizagem;</li> <li>- Relação homem-mundo: o homem é consequência das influências ou forças existentes no meio ambiente; o homem é produto do meio.</li> </ul>
Humanista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teóricos: Rogers e Neils;</li> <li>- O ensino é o produto de personalidades únicas, respondendo a circunstâncias únicas, em uma espécie de relacionamento;</li> <li>- O professor é um facilitador da aprendizagem, e essa depende de como o professor se relaciona com o aluno. O aluno é responsável pelos objetivos referentes à aprendizagem;</li> <li>- Relação homem-mundo: o homem está em um processo constante de atualização e se atualiza no mundo; o homem configura o mundo diante de si mesmo.</li> </ul>
Cognitivista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teóricos: Piaget e Bruner;</li> <li>- O conhecimento é produto da interação entre homem e mundo, sujeito e objeto;</li> <li>- O ensino é baseado na proposição de problemas;</li> <li>- Cabe ao professor criar condições para que os alunos possam estabelecer reciprocidade intelectual e cooperação ao mesmo tempo moral e racional;</li> <li>- O conhecimento progride mediante a formação de estruturas. Tudo o que se aprende é assimilado por uma estrutura preexistente e provoca uma reestruturação;</li> <li>- Relação homem-mundo: o homem ao modificar o meio se modifica.</li> </ul>
Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teórico Paulo Freire</li> <li>- O conhecimento é elaborado e criado pelo homem a partir da interação com o mundo e seu contexto social, político, histórico e cultural;</li> <li>- Educação problematizadora/conscientizadora, em que a relação professor-aluno é horizontal;</li> <li>- O professor cria condições para que, com o aluno, a consciência ingênua seja superada e que estes possam perceber as contradições da sociedade e grupos em que vivem;</li> <li>- Relação homem-mundo: interação homem-mundo é imprescindível para que o ser humano se desenvolva e se torne o sujeito de sua práxis.</li> </ul>

Fonte: Mizukami<sup>31</sup>.

Isso posto, para apreender qual abordagem pedagógica fundamenta a prática da educação permanente é importante tomar em consideração as suas bases teóricas e metodológicas.

Assim, é salutar que essa modalidade educativa traz a aprendizagem significativa como estratégia pedagógica para alcançar a transformação das práticas profissionais<sup>32</sup>, correspondendo a uma prática de ensino-aprendizagem apoiada no conceito do ensino problematizador e nas metodologias ativas.

A problematização, enquanto estratégia norteadora da Educação Permanente, tem como ponto de partida para a produção do conhecimento a análise crítica do cotidiano, a horizontalidade entre educador e educando, a prática dialógica e o conceito de aprendizagem significativa<sup>3</sup>. Outrossim, as metodologias ativas são reconhecidas como “um modelo de formação profissional mais condizente com os princípios e necessidades de saúde”, apresentando métodos que se ancoram na pedagogia crítica e que se utilizam de situações-problema para a aquisição de conhecimentos e habilidades<sup>33:474</sup>.

Destarte, ao retomar as abordagens pedagógicas (Quadro 2), infere-se e toma-se como referência e fundamento às práticas de Educação Permanente a abordagem pedagógica sociocultural difundida no Brasil na década de 1960 por Paulo Freire<sup>30</sup>, tendo em vista nessa abordagem o homem desenvolver a cultura/conhecimento à medida que se integra nas condições de seu contexto de vida, reflete sobre elas e emite respostas aos desafios que encontra<sup>30</sup>.

Na abordagem sociocultural, a educação é problematizadora, objetivando favorecer o desenvolvimento da consciência crítica e da liberdade<sup>29</sup>; a relação aluno-professor é horizontal, baseada no diálogo; o professor se engaja em um trabalho transformador, procurando levar o aluno à consciência, desmistificando a ideologia dominante, valorizando a linguagem e a cultura<sup>34</sup>; e o processo avaliativo consiste na autoavaliação e/ou avaliação mútua e permanente da prática educativa por professores e alunos<sup>31</sup>.

Diante disso, depreende-se a Educação Permanente como possibilidade educativa inovadora na Saúde<sup>3</sup> por além de ser uma proposta pedagógica e metodológica, fomentar a desacomodação e o questionamento para a transformação da realidade<sup>35</sup>. Além do mais, a Educação Permanente como proposta político-pedagógica para a Educação e formação na Saúde possui uma lógica descentralizadora,

ascendente e transdisciplinar que propicia a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprender e enfrentar criativamente as situações de saúde, melhorando permanentemente a qualidade do cuidado em saúde<sup>19</sup>.

## CONCLUSÃO

A temática exposta se apresenta por ora complexa ao abranger dois campos do conhecimento – Saúde e Educação – com vertentes e paradigmas próprios. Isso, associado à aplicação equivocada dos termos a eles relacionados, exige daqueles que utilizam a reflexão e a apreensão de seus significantes.

Destarte, ao discorrer sobre a Educação em e na Saúde sob a lente da hermenêutica-dialética, ousou-se organizar didaticamente as terminologias Educação na Saúde, Educação em Saúde, Educação Popular em Saúde, Educação Permanente, Educação Continuada, Educação e Formação na e para a Saúde em duas categorias denominadas: Educação em Saúde e Educação na Saúde.

Depreendendo-as em seus enfoques e significados, pode-se afirmar que a Educação na Saúde, no âmbito da Educação Permanente, traz como referência e fundamento às suas práticas a abordagem educacional sociocultural difundida por Paulo Freire, favorecendo a integração e a articulação do cenário real em Saúde para a apreensão de conhecimentos, qualificando as práticas e o cuidado em Saúde. Entretanto, reconhece-se que, para além da Educação Permanente, a Educação Conscientizadora e Dialógica de Paulo Freire deve ser tomada como referência em outros espaços da Educação em e na Saúde, possibilitando a transformação da realidade.

Nesse sentido, este estudo contribui com o núcleo da Saúde Coletiva, uma vez que ao discutir os pressupostos e limites entre Educação em Saúde e Educação na Saúde favorece a tomada de decisão relativa à elaboração de políticas de Saúde e da Educação e a definição de intervenções com foco na promoção da saúde, eficiência dos serviços de saúde e qualidade da assistência em diversos contextos de saúde e da formação, reconhecida como componente importante para a qualificação da força de trabalho e para o fortalecimento e desenvolvimento do SUS.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Denise Lima Nogueira** contribuiu na concepção e delineamento do trabalho, participação da discussão

dos resultados, redação do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo. **Márcia Maria Tavares Machado, Maria do Socorro de Sousa** contribuíram na concepção e delineamento do trabalho, participação da discussão dos resultados, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. **Maria Socorro de Araújo Dias, Vicente de Paulo Teixeira Pinto, Ana Cristina Lindsay** contribuíram na participação da discussão dos resultados, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Cien Saude Colet*. 2015;19(3):847-52.
- Machado MH, Ximenes FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Cien Saude Colet*. 2018;23:1971-79.
- Rossetti LT, Seixas CT, Castro EAB. Permanent education and health management: a conception of nurses. *R de Pesq: cuidado é fundamental Online*. 2019;11(1):129-34.
- Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico?. *Rev Adm Contemp*. 2011;15:320-32.
- Soares SV, Picolli IRA, Casagrande JL. Pesquisa bibliográfica, pesquisa bibliométrica, artigo de revisão e ensaio teórico em administração e contabilidade. *Adm: ens pesq*. 2018;19(2):308-39.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *Bmc Med Res Methodol*. 2012;12:181.
- Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Gonçalves RS, Carvalho MB, Fernandes TC, Veloso LSL, Santos LF, de Sousa TR, Luz ITM. Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde de uma unidade básica de saúde. *Braz J Health Rev*. 2020;3(3):5811-17.
- Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS nº 6: Temático promoção da saúde V.IV. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
- Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63:117-21.
- da Silva CCR, Rodrigues CFS. Efeito de duas estratégias educativas em saúde no autocuidado de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Rev Elet Acervo Saúde*. 2020;12(12):e4199-e4199.
- Pedrosa JIS. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re)conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. *Interface*. 2021;25(e200190):1-15.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Freitas CM, Freitas CASL, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Lima GK, Mesquita KO, et al. Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. *Trab Educ Saúde*. 2015;13:117-30.
- de Azevedo PR, de Sousa MM, de Souza NF, dos Santos Oliveira SH. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. *R de Pesq: cuidado é fundamental Online*. 2018;10(1):260-7
- Medeiros NMH. Educação permanente em saúde: gestão e ensino na concepção dos trabalhadores. São Paulo: Fap-Unifesp; 2015.
- Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Casa Civil; 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
- Vieira SL, Silva GTRD. Educação profissional técnica de nível médio em saúde e em enfermagem: diálogo com o pensamento freireano. *Est IAT*. 2019;4(2):126-41.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [Document on the Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação; 1996 [cited 2021 June 22]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm)
- Wu T, Li L. Evolution of public health education in China. *AJPH*. 2017;107(12):1893-5.

23. Lavich CRP, Terra MG, Mello AL, Raddatz M, Arnemann CT. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. *Rev Gaucha Enferm.* 2017;38(1):1-6.

24. Costa MAR, Souza VS, Teston EF, Spigolon DN, Matsuda LM. Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado. *R de Pesq: cuidado é fundamental Online.* 2018; 10(2):558-64.

25. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Cien Saude Colet.* 2016;21(3):913-22.

26. Lemos C, França MASA, Pereira EM, Pereira FMN, Alves JAO. A educação permanente em saúde e os desafios das Comissões de Integração em Ensino Serviço. *Terceiro Incluído.* 2020;10 (1):21-33.

27. Kyaw BM, Saxena N, Posadzki P, Vseteckova J, Nikolaou CK, George PP, et al. Virtual Reality for Health Professions Education: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *J Med Internet Res.* 2019;21(1).

28. Lemos FM, Silva GGA. Educação permanente em saúde: o estado da arte. *Rev Interd Prom Saude.* 2018;1(3):207-13.

29. Behar PA. Modelos Pedagógicos em Educação a Distância. São Paulo: Penso Editora; 2009.

30. Luckesi CC. Filosofia da Educação. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2017.

31. Mizukami MGN. Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: EPU; 1986.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico 2018 - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.

33. Mesquita SKC, Meneses RMV, Ramos DKR. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trab Educ Saude.* 2016;14(2):473-86.

34. Guimarães MM, Silva DA, Paula Delfino FA, Ribeiro CCNR, Pedrosa LAK. A didática como ferramenta fundamental no processo de ensino-aprendizagem em saúde: relato de experiência Didactics as a fundamental tool in the teaching-learning process in health: an experience report. *Braz J Develop.* 2021;7(9):93091-108.

35. Carvalho MS, Merhy EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface.* 2019;23 (e190211):1-12.



# EVITABILIDADE DO ÓBITO MATERNO, FETAL E INFANTIL: A EXPERIÊNCIA DO COMITÊ DE MORTALIDADE EM SOBRAL-CE

PREVENTABILITY OF MATERNAL, FETAL AND CHILD DEATH: THE EXPERIENCE OF THE COMMITTEE OF MORTALITY IN SOBRAL-CE

EVITABILIDAD DEL FALLECIMIENTO MATERNO, FETAL E INFANTIL: LA EXPERIENCIA DEL COMITÉ DE MORTALIDAD EN SOBRAL-CE

Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo <sup>1</sup>

Laís Maria Germano Canuto Sales <sup>2</sup>

Maria Socorro de Araújo Dias <sup>3</sup>

Josiane Alves Dorneles <sup>4</sup>

Juliana Rodrigues Pinto <sup>5</sup>

Liana Gonçalves Aragão Rocha <sup>6</sup>

## Como Citar:

Araújo CRC, Sales LMGC, Dias MAS, Dorneles JA, Pinto JR, Rocha LGA. Evitabilidade do óbito materno, fetal e infantil: a experiência do comitê de mortalidade em Sobral-CE. *Sanare*. 2022;21(2):110-116.

## Descritores:

Mortalidade Infantil; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

## Descriptors:

Child mortality; Health Assessment; Primary Health Care.

## Descriptores:

Mortalidad Infantil; Evaluación en Salud; Atención Primaria a la Salud.

## Submetido:

02/02/2022

## Aprovado:

19/10/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo.  
Rua Cel José Nicodemos Araújo, 155;  
Bairro Campo dos Velhos,  
Sobral-Ceará, CEP 62030-180  
E-mail: romualdocrca@hotmail.com

## RESUMO

Objetivou-se descrever as estratégias e formas de análise, planejamento e monitoramento do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil para a prevenção do óbito materno, infantil e fetal no município de Sobral, Ceará. Trata-se de um estudo qualitativo de sistematização da experiência vivenciada, sob a perspectiva da observação participante. O Comitê teve um total de 643 óbitos infantis investigados de 2006 a 2021, e essa avaliação dos óbitos trouxe evidências das causas e problemas no acesso e/ou na qualidade da assistência no pré-natal ou no parto à mãe e à criança, reduzindo assim a Taxa de Mortalidade Infantil. A vigilância do óbito realizada de forma sistemática e integrada aos diferentes setores permite a construção de indicadores para o monitoramento. A experiência vivenciada evidenciou as atividades organizacionais do Comitê quanto à evitabilidade dos óbitos maternos, infantis e fetais. Os dados aqui apontados corroboram a necessidade de ampliar o olhar para a atenção materno-infantil, buscando alternativas que viabilizem uma assistência cada vez mais qualificada à gestante, puérpera e criança.

1. Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. Gerente da Estratégia Trevo de Quatro Folhas. Secretaria da Saúde de Sobral/CE. E-mail: romualdocrca@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6282-0571>

2. Psicóloga. Especialista em Saúde Pública. Escola de Saúde Pública do Ceará. Faculdade UNINASSAU Fortaleza, CE. E-mail: laiscanuto1@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3119-287X>

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

4. Médica. Mestre em Saúde da Família. FIOCRUZ. E-mail: josianealvesdorneles2009@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5856-2941>

5. Médica. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo. Presidente do Comitê de Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil de Sobral. Secretaria da Saúde de Sobral/CE. E-mail: julianarodriguespinto@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7534-9763>

6. Médica. Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de medicina do Uninta. Sobral, Ceará. Vice-Presidente do Comitê de Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil de Sobral. Secretaria da Saúde de Sobral/CE. Email: lanagoncalves@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1554-8752>

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**

*The objective was to describe the strategies and means of analysis, planning and monitoring of the Committee for the Prevention of Maternal, Perinatal and Infant Mortality for the prevention of maternal, infant and fetal death in the municipality of Sobral, Ceará. This is a qualitative study of systematization of the lived experience, from the perspective of participant observation. The Committee investigated a total of 643 infant deaths from 2006 to 2021, this assessment of deaths brought evidence of the causes and problems in access and/or quality of care in prenatal care or childbirth to the mother and the child, thus reducing the Infant Mortality Rate. Surveillance of death carried out in a systematic and integrated manner with different sectors allows for the construction of monitoring indicators. The lived experience evidenced the Committee's organizational activities regarding the avoidability of maternal, infant and fetal deaths. The data mentioned here corroborate the need to broaden the look at maternal and child care, seeking alternatives that enable increasingly qualified care for pregnant women, postpartum women and children.*

**RESUMEN**

*Se objetivó describir las estrategias y formas de análisis, planificación y monitoreo del Comité de Prevención de Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil para la prevención del fallecimiento materno, infantil y fetal en el Municipio de Sobral, Ceará. Se trata de un estudio cualitativo de sistematización de la experiencia vivida, bajo la perspectiva de la observación participante. El Comité tuvo un total de 643 muertes infantiles investigados de 2006 a 2021, esa evaluación de las muertes trajo señales de las causas y problemas en el acceso y/o en la calidad de la asistencia en el prenatal o en el parto a la madre y al bebé, reduciendo de esta manera la Tasa de Mortalidad Infantil. La vigilancia del fallecimiento realizada de forma sistemática e integrada a los diferentes sectores permite la construcción de indicadores para el monitoreo. La experiencia vivida evidenció las actividades organizacionales del Comité cuanto a la evitabilidad de los fallecimientos maternos, infantiles y fetales. Los datos apuntados aquí corroboran la necesidad de ampliar la mirada hacia la atención materno-infantil, buscando alternativas que permitan asistencia cada vez más calificada en el embarazo, a quien ha dado la luz y al bebé.*

**INTRODUÇÃO**

Ao longo da história da saúde pública, a atenção materno-infantil tem sido considerada área prioritária no desenvolvimento de ações e políticas de saúde, requerendo o planejamento e execução de atividades que garantam a redução das taxas de mortalidade materna, infantil e perinatal. Tais procedimentos, associados à condição de vida e de saúde de uma população, constituem um dos desafios persistentes dos serviços de saúde, e é por meio da análise das causas desses óbitos que se pode prover subsídios para a implantação de intervenções direcionadas às necessidades desse grupo populacional<sup>1</sup>.

A redução da taxa de mortalidade infantil aparece como destaque nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, que prevê, até 2030, erradicar os óbitos evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, além de reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, até 12 por 1.000 nascidos vivos, e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, até 25 por 1.000 nascidos vivos<sup>2,3</sup>.

Em 2016, 67,3% (n=24.423) dos óbitos infantis e fetais no Brasil foram considerados evitáveis, ou seja, se fosse garantido, em tempo oportuno, acesso à assistência qualificada e resolutiva, tais óbitos não ocorreriam<sup>4</sup>. Óbitos com potencial de prevenção, considerados eventos-sentinelas, incitam uma investigação para a compreensão dos fatores que levaram a esse desfecho, já que, possivelmente, sua ocorrência reflete falhas na atenção à saúde e indica a necessidade de aprimoramento dos setores envolvidos no atendimento desse grupo populacional<sup>5</sup>.

O município de Sobral, Ceará, tem apresentado um legado na organização da saúde nessa área, com resultados que mostram a redução dos indicadores de mortalidade desse público prioritário. Isso tem se dado pela formulação de políticas de saúde e pela análise permanente das circunstâncias que levaram à consumação desses óbitos, tanto do ponto de vista das ações que poderiam ter os evitado, quanto dos procedimentos de atenção à saúde negligenciados que podem ter contribuído para o seu desfecho, o que é um importante indicador de resolutividade dos

serviços de saúde, e seu monitoramento é de grande relevância para a sua avaliação<sup>6</sup>.

Em 30 de junho de 2001, por meio da Portaria n.º 103/2000, da Prefeitura de Sobral, foi instituído o Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil (CPMMPI), configurando-se como um instrumento de gestão, com atribuição de acompanhamento, monitoramento e proposição/planejamento de intervenções para a redução dessa mortalidade.

Tem suas ações voltadas para a vigilância e análise, com vistas a evitar óbitos maternos, infantis e perinatais. Emite relatórios acerca da mortalidade materno-infantil e propõe atividades, tanto para os profissionais como para a comunidade e serviços de saúde, a serem executadas para a melhoria da atenção, com participação dos entes envolvidos na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e infância.

Este relato de experiência busca destacar as estratégias e formas de análise, planejamento e monitoramento das ações voltadas à redução desses óbitos, no município de Sobral, Ceará, por meio do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil (CPMMPI). Justificase o presente trabalho por considerar o impacto e a gravidade dos óbitos maternos, infantis e perinatais para a família, comunidade e serviços de saúde e por evidenciar o modo como suas atividades podem contribuir para a redução dos indicadores negativos na saúde materno-infantil.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência profissional, por meio da observação participante, de caráter descritivo e natureza qualitativa, desenvolvido no CPMMPI do município de Sobral, Ceará. A observação participante é uma das técnicas utilizadas pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele. Nessa técnica, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, na perspectiva de que o conhecimento é pertinente quando se é capaz de dar significado ao seu contexto global<sup>7</sup>.

A coleta dos dados ocorreu de novembro de 2021 a janeiro de 2022. Deu-se durante as etapas essenciais da observação participante<sup>6</sup>, por meio dos registros oriundos da vivência dos atores do estudo no CPMMPI do município de Sobral. Já a análise documental ocorreu por meio da análise das atas da reunião do

CPMMPI dos anos de 2012 a 2021.

Na primeira etapa, houve a aproximação dos pesquisadores ao objeto de estudo, nesse caso, dos profissionais inseridos no serviço: gerente, psicóloga e médicas. Na segunda etapa, houve o esforço dos pesquisadores em obter uma visão de conjunto do objeto de estudo. Essa etapa foi operacionalizada com o auxílio da análise das atas da reunião do CPMMPI e reconstituição da história. Após a coleta dos dados, deu-se início à terceira fase, quando os dados foram sistematizados, organizados e analisados, o que proporcionou a avaliação da situação da evitabilidade do óbito materno, fetal e infantil, na cidade de Sobral-CE.

O CPMMPI reúne-se mensalmente com os membros integrantes e profissionais da Rede de Atenção à Saúde materno-infantil do município (gerentes dos Centros de Saúde da Família, enfermeiros assistentes, agentes comunitários de saúde, médicos), incluindo nesse processo os docentes do sistema de saúde, a fim de realizar a discussão e classificação quanto à evitabilidade dos óbitos ocorridos no município. Como fonte de dados, o Comitê utiliza a Ficha de Investigação (FI) do óbito, que é um formulário que reúne informações de identificação da criança, do pré-natal, do cartão da gestante, do parto, de dados ambulatoriais e hospitalares da gestante e da criança com dados coletados por meio dos documentos clínicos (prontuários ambulatoriais e hospitalares), cópia da Declaração de Óbito (DO) e da Declaração de Nascido Vivo (DNV), além da entrevista com a família (autópsia verbal), cujo objetivo é recuperar todos os eventos ocorridos até o óbito, subsidiando-os com informações complementares à investigação.

Após o levantamento dos dados, esses são previamente analisados. Aqueles referentes à atenção obstétrica são analisados por profissional obstetra, e os da atenção perinatal e infantil, por uma profissional especialista em pediatria, ambos vinculados ao Sistema Municipal de Saúde. Após essa análise prévia dos dados, um relatório com descrição do caso é formulado e encaminhado à reunião do CPMMPI para discussão com os membros e participantes, momento em que é classificado o grau de evitabilidade do óbito e realizados os devidos encaminhamentos.

Todos os participantes recebem um relatório com a descrição dos casos clínicos que serão discutidos, a fim de acompanharem os dados apresentados e colaborarem com as discussões.

Inicialmente, os dados obstétricos são

apresentados pela médica obstetra integrante do Comitê, trazendo a análise da caderneta da gestante e prontuário (ambulatorial e/ou hospitalar). Essa investigação traz o itinerário percorrido pela gestante durante a gestação em todos os níveis de atenção: primária, especializada e terciária. Na Atenção Primária, analisam-se exames realizados ou não, quantas e quais consultas, avaliações: clínica, obstétrica, odontológica e outras, vacinação, classificação de risco e situações de vulnerabilidade. Simultaneamente, avaliam-se as informações dos níveis especializado e terciário, principalmente por meio do prontuário hospitalar, avaliando a assistência ao parto e ao recém-nascido. Salienta-se o uso do Protocolo de Assistência Pré-Natal do município de Sobral como instrumento norteador dos cuidados de saúde.

Acrescenta-se a essas informações o formulário Autópsia Verbal, o qual permite obter informações a respeito dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente no período anterior ao óbito e observados pelos familiares que conviveram com o paciente nesse período; é realizado por um profissional da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, responsável por organizar as informações e reuniões do CPMMPI de Sobral.

O formulário Autópsia Verbal segue um roteiro de anamnese e essa sequência no ordenamento das questões representa uma contribuição para o profissional médico que analisa as respostas do formulário visando identificar a causa do óbito<sup>6</sup>.

Após a apresentação do caso clínico, as equipes de saúde (enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos e profissionais da equipe multidisciplinar) e os membros integrantes colaboram com informações da trajetória materno-infantil. É nessa ocasião que se levantam as hipóteses e certificam-se as evidências da causa do óbito e da sua possível evitabilidade, sugerindo-se soluções, elaborações de políticas públicas, mudanças a serem implementadas e propostas de educação permanente a serem desenvolvidas.

Vale ressaltar que, além das instituições constituintes do CPMMPI, as equipes de saúde da família, cuja responsabilidade territorial e sanitária se vincula à gestante e/ou criança, também participam da discussão do caso na reunião do Comitê, auxiliando na elucidação de informações complementares. A reunião é considerada um momento de Educação Permanente para todos os profissionais, uma vez que se discutem causas e possíveis melhorias ao processo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 traz uma série histórica com a quantidade de óbitos analisados pelo Comitê nos anos de 2006 a 2021.

Tabela 1 – Série histórica com a quantidade de óbitos analisados. Sobral, Ceará, 2006 a 2021.

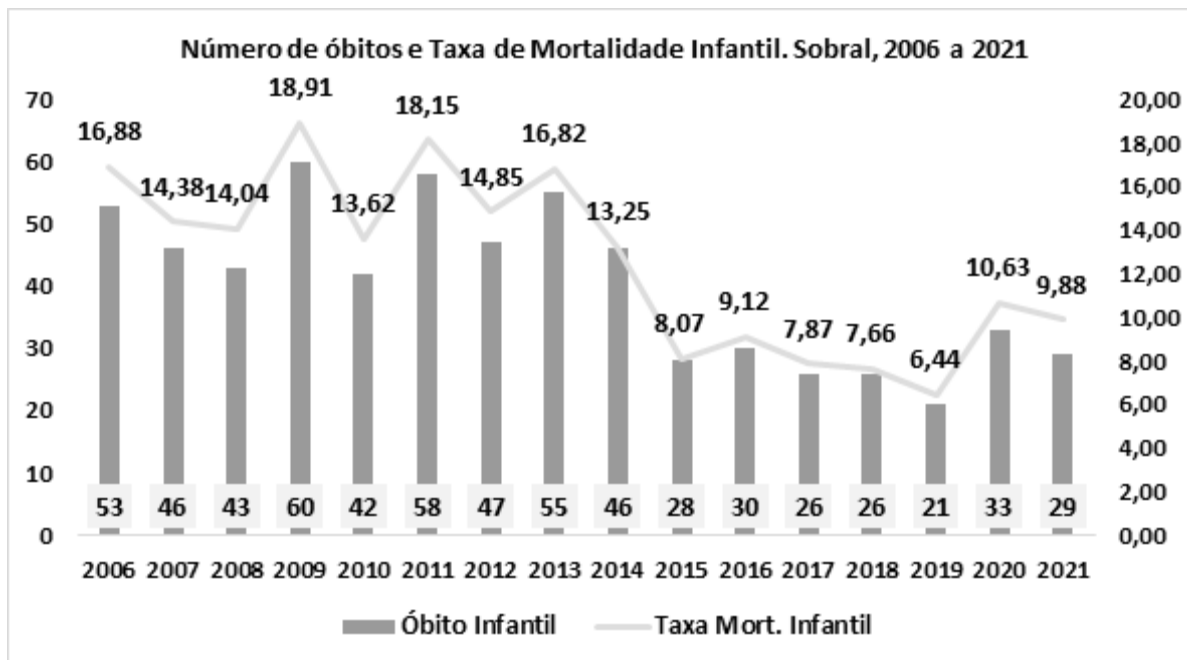
Análise dos óbitos infantis em Sobral															
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
53	46	43	60	42	58	47	55	46	28	30	26	26	21	33	29

Fonte: BRASIL, SIM/SINASC<sup>8</sup>.

O CPMMPI teve um total 643 óbitos infantis investigados. Salienta-se aqui a importância da análise e que os profissionais da saúde debatam sobre esses dados identificados, a fim de compreender quais são os pontos a serem mudados e trabalhar para uma reeducação prática, melhorando a performance clínica nos casos de mortalidade ou morbidade.

No Gráfico 1, detalha-se a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), trazendo uma série histórica dos anos de 2006 a 2021, observando-se decréscimo a partir do ano de 2013:

Gráfico 1 – Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade Infantil. Sobral, Ceará, 2006 a 2021.



Fonte: BRASIL, SIM/SINASC<sup>8</sup>.

O Gráfico 1 expressa em números um dos resultados das atividades do CPMMPI, que é a redução da Taxa de Mortalidade Infantil. Além dessa, apontam-se outras atividades desenvolvidas pelo Comitê: alimentação do banco de dados para as estatísticas; estabelecimento e fortalecimento da rede de atenção à saúde materno-infantil; sensibilização dos profissionais para a realização de um pré-natal com qualidade; investigação da ocorrência do óbito materno, infantil e fetal; realização de entrevista domiciliar; discussão mensal dos casos de óbito com os profissionais envolvidos na assistência e gestão; análise da sequência de eventos que levaram ao desfecho do óbito; classificação dos óbitos de acordo com a sua evitabilidade; determinação da causa real do óbito; levantamento do diagnóstico situacional; recomendações às Instituições de saúde; proposição de estratégias de intervenção por meio de medidas educativas e informativas para prevenção, promoção e reorganização dos serviços de saúde.

Desse modo, o Comitê é apontado como espaço de educação permanente, onde se realiza a discussão sobre o processo que resultou no óbito, com as equipes de saúde locais. Tem, portanto, caráter educativo e formativo e busca prevenir óbitos por meio da realização de capacitações e sensibilização de profissionais e instituições<sup>9,10</sup>.

Sabe-se que a estruturação dos comitês de investigação de óbitos é de grande importância para a compreensão das circunstâncias dessas

ocorrências. Identificam também os fatores de risco e definem as políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade materna e infantil<sup>4</sup>.

É por meio do Comitê que ocorre a identificação dos óbitos infantis por causas evitáveis, apontando problemas no acesso e/ou na qualidade da assistência à mãe e à criança no pré-natal, parto e perinatal. Além disso, identifica-se a necessidade de melhoria na qualidade da informação sobre a causa básica dos óbitos infantis notificados inicialmente no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) por meio da Declaração de Óbito (DO).

Portanto, a vigilância do óbito realizada de forma sistemática e integrada aos diferentes setores permite a construção de indicadores para o monitoramento da situação da mortalidade materna, infantil e fetal, gerando informação para as instâncias responsáveis pela definição das diretrizes e políticas e para a sociedade civil exercer o controle social. Requer ainda fluxos definidos e organizados, de modo que a informação coletada no nível local seja disponibilizada aos demais níveis de forma qualificada e oportuna.

Assim, as principais situações levantadas pelo Comitê estão relacionadas a: gestação não planejada; falta de dados no pré-natal privado; Infecção do Trato Urinário materno; obesidade; mãe tabagista; bolsa rota; trabalho de parto prematuro; doença hipertensiva específica da gravidez; vaginose não tratada; múltipara; falta de vínculo com a unidade

de referência; sífilis materna não tratada; falta de adesão da mulher ao pré-natal; caso social grave (uso e/ou venda de drogas, por exemplo); HIV positivo; e falta de registro no pré-natal. Dessa forma, reforça-se que qualificar a informação é o primeiro passo para a avaliação adequada do perfil da mortalidade infantil por causas diversas e seus fatores determinantes.

Por meio dos encontros mensais, surgem as principais recomendações, que estão diretamente relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS). São elas: rever planejamento de vida sexual e reprodutivo tanto da mulher como do parceiro; rever rastreio de Infecção do Trato Urinário; encaminhar para aconselhamento genético; rever orientações realizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF); realizar busca ativa; atentar para a curva de altura do fundo uterino; ensinar a posição correta para o sono do bebê, bem como fornecer instruções e material sobre broncoaspiração; sensibilizar para o tratamento do tabagismo; envolver a equipe nas rodas de quarteirão; registrar ações em prontuário; tratar parceiro com sífilis; envolver a equipe multidisciplinar; orientar sobre a movimentação fetal e sinais de alarme; e rever encaminhamento para o pré-natal de alto risco.

Quando as recomendações são referentes à atenção hospitalar ou consultórios particulares, a responsabilidade pela comunicação é do Comitê ou Secretaria da Saúde. Os serviços de saúde possuem atuação essencial na prevenção dos óbitos evitáveis, como o que diz respeito à vigilância de óbitos infantis, uma vez que a análise desses óbitos possibilita aferir a qualidade da assistência, identifica as necessidades de intervenção, alteração e organização no processo de trabalho, buscando a melhoria do cuidado<sup>4</sup>.

Um estudo<sup>10</sup> realizado em Londrina, no Paraná, corrobora os achados deste relato, o qual mostrou que um dos principais desafios para reduzir a mortalidade infantil está relacionado à qualificação da atenção pré-natal, atenção realizada, com grandes proporções de demanda pela APS. A ausência de registros adequados em prontuários e problemas na comunicação entre profissionais de saúde e gestante também foram mencionados como falta de qualidade. Esses desafios evidenciam que, apesar da boa cobertura da atenção pré-natal, é preciso investir na melhoria da sua qualidade. Assim, revela-se a importância de investimentos para aprimorar a qualidade da atenção, motivar e capacitar

profissionais de saúde para uma adequada adesão aos protocolos existentes e promover a articulação dos serviços de atenção básica e de assistência ao parto.

Já em relação ao pré-natal, outro estudo<sup>10</sup> demonstra que, apesar do aumento do número de consultas no pré-natal e da cobertura, a assistência prestada não apresenta qualidade satisfatória, o que acaba comprometendo a prevenção, diagnóstico e tratamento das mães e bebês.

Algumas pesquisas relacionadas às classificações de evitabilidade<sup>11-13</sup> retratam que o componente com maior índice no cenário nacional foi a classificação redutível por adequada atenção à gestação. Esse dado revela a existência de fragilidades na assistência realizada no pré-natal, indicando a necessidade de estratégias gerenciais para a redução dos óbitos evitáveis no âmbito da APS.

Resultados como esses refletem que, mesmo com o aumento da cobertura da ESF e a redução na taxa de mortalidade infantil em contexto local, ainda há o que se melhorar para uma boa qualidade de vida das mães e dos bebês.

## CONCLUSÃO

A experiência vivenciada evidenciou as atividades organizacionais do CPMMPI quanto à evitabilidade dos óbitos maternos, infantis e fetais; reconhecido como uma experiência exitosa em Sobral, Ceará, servindo como exemplo de método epidemiológico para a investigação dos óbitos para outros municípios.

Os dados aqui apontados corroboram a necessidade de ampliar o olhar para a atenção materno-infantil, buscando alternativas que viabilizem assistência cada vez mais qualificada à gestante, puérpera e criança. Além disso, demonstram que é preciso reconhecer e enfrentar os obstáculos existentes na realização do pré-natal e, assim, traçar estratégias para a melhoria da qualidade da assistência às mulheres e às crianças nos serviços de saúde.

Este relato permitiu apontar que a investigação de óbitos maternos, infantis e fetais se faz relevante na gestão do cuidado e atenção à saúde materno-infantil. A identificação de riscos potenciais ou reais para a vida da criança permite ao profissional da saúde planejar assistência individual e familiar de forma qualificada. Dessa forma, intervenções podem ser efetivadas, no sentido de aprimorar o cuidado em saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida das mulheres e crianças, com redução dos óbitos.

O papel desempenhado pelo Comitê tem sido relevante para a redução da mortalidade materno-infantil por causas evitáveis, gerando informações para as instâncias responsáveis pela definição das diretrizes e políticas e para a sociedade civil exercer o controle social. Por fim, os autores deste relato pontuam que, no Brasil, a produção científica sobre o tema ainda é limitada, tornando-se necessário o aprofundamento dessa temática no contexto brasileiro.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo** contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Laís Maria Germano Canuto Sales** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Maria Socorro de Araújo Dias, Josiane Alves Dorneles, Juliana Rodrigues Pinto e Liana Gonçalves Aragão Rocha** contribuíram com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- Careti CM, Scarpelini AHP, Furtado MC de C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2014 [citado 10 Jan 2022];16(2):352-60. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20321>
- Brasil. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Relatório Nacional de Acompanhamento [Internet]. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: IPEA; 2014 [citado 10 Jan 2022];66-75. Available from: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3205#:~:text=Os%20objetivos%20de%20Desenvolvimento%20do,o%20alcance%20das%20metas%20estabelecidas>
- Belo Horizonte Prefeitura. Observatório do Milênio de Belo Horizonte. Relatório de acompanhamento dos Objetivos de desenvolvimento do Milênio Belo Horizonte 07/06/2019 [Internet]. Atualizado em 30 ago. 2022 [citado 10 Jan 2022]. Available from: <https://prefeitura.pbh.gov.br/planejamento/planejamento-e-orcamento/observatorio-milenio>
- Ferreira A, Andrade SR, Ruoff AB, Brehmer LCF, Xavier ACA. Evitabilidade do óbito infantil e fetal: interlocução entre comitê e atenção primária à saúde. Cogitare enferm [Internet]. 2019 [citado 10 Jan 2022];24. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.56649>
- Silva VLS, Santos IS, Medronha NS, Matijasevich A. Mortalidade infantil na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período 2005-2008: uso da investigação de óbitos na análise das causas evitáveis. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2012 Jun [citado 2022 Jan 02];21(2):265-74. Available from: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000200009&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200009&lng=pt)
- Brasil. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal [Internet]. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 10 Jan 2022]. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf)
- Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2007 [citado 2022 Jan 04];15(2):276-83. Available from: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod\\_resource/content/1/Observa%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod_resource/content/1/Observa%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf)
- Brasil. Portal da Saúde: SIM/SINASC [Internet]. Ministério da Saúde [citado 10 Jan 2022]. Available from: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/dados-abertos/sim/>
- Pizzo LGP, Andrade SM, Silva AMR, Melchior R, González AD. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. Saúde Soc [Internet]. 2014 [citado 10 Jan 2022];23(3):908-18. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300014>
- Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Santos Neto PM. Childbirth care in Brazil: a critical situation has not yet been overcome. 1999-2013. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2016 [citado 12 Jan 2022];16(2):129-37. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000200004>.
- Canabrava PBE, Rocha JLFN, Costa AM, Elias KJ, Lima RV. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Distrito Federal no período de 2003 a 2012. Rev Med Saúde Brasília [Internet]. 2016 [citado 12 Jan 2022];5(2). Available from: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/7000>
- Oliveira E, Souto MB, Santos RO, Fonseca RL, Matos FV, Caldeira AP. Mortalidade infantil evitável em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. Rev. baiana saúde pública [Internet]. 2015 [citado 15 Jan 2022];39(2):397-407. Available from: <https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/issue/view/155>
- Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães MJB, Frias PG, Medeiros ZM. Infant mortality: temporal trend and contribution of death surveillance. Acta Paul Enferm [Internet]. 2016. [citado 15 Jan 2022];29(3). Available from: <https://acta-ape.org/en/article/infant-mortality-temporal-trend-and-contribution-of-death-surveillance/>

# TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE COM A PSICOLOGIA DIANTE DAS QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL

COMMUNITY HEALTH AGENTS WORK WITH PSYCHOLOGY WHEN FACING MENTAL HEALTH ISSUES  
TRABAJO DE AGENTES COMUNITARIAS DE SALUD CON LA PSICOLOGÍA FRENTE A LAS CUESTIONES DE SALUD MENTAL

Beatriz de Sousa Pinho <sup>1</sup>

Ronaldo Rodrigues Pires <sup>2</sup>

## Como Citar:

Pinho BS, Pires RR. Trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde com a psicologia diante das questões de saúde mental. *Sanare*. 2022;21(2):117-125.

## Descritores:

Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Agentes Comunitários de Saúde.

## Descriptors:

Primary Health Care; Mental Health; Community Health Workers.

## Descriptores:

Atención Primaria a la Salud; Salud Mental; Agentes Comunitarios de Salud.

## Submetido:

23/09/2019

## Aprovado:

01/12/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Beatriz de Sousa Pinho  
Rua Dom Manuel de Medeiros, 2100,  
Parquelândia,  
Fortaleza, Ceará, CEP: 60455305.  
E-mail: [beatrizsousa\\_pinho@hotmail.com](mailto:beatrizsousa_pinho@hotmail.com)

## RESUMO

Agentes Comunitárias de Saúde lidam com diferentes demandas de saúde; entre elas, as questões de saúde mental dos usuários da sua área adscrita. Diante de algumas ações realizadas com a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, pudemos perceber uma seletividade com relação a determinados casos relacionados à saúde mental. Vimos a necessidade de problematizar essas ações e refletir sobre as intervenções realizadas em colaboração para a melhoria do acesso e do cuidado realizado pela Estratégia Saúde da Família. Este trabalho consiste em um relato de experiência profissional que objetiva refletir sobre a experiência conjunta de trabalho entre a psicologia e as Agentes Comunitárias. Para isso, utilizamos o método da sistematização de experiência, construída com o apoio das anotações dos relatos de memórias e registros escritos da prática. Os resultados indicam uma ambiguidade por parte das Agentes Comunitárias no cuidado de questões de saúde mental, que oscilam entre o reconhecimento de determinadas formas de sofrimento psíquico e entre uma postura de distanciamento, estigmatização e ignorância em relação a outras. Percebemos que a atuação conjunta e a educação permanente das Agentes Comunitárias são imprescindíveis para proporcionar melhores resultados nas ações de saúde mental na Atenção Básica.

1. Psicóloga pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: [beatrizsousa\\_pinho@hotmail.com](mailto:beatrizsousa_pinho@hotmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9321-9463>

2. Psicólogo, Doutor em Saúde Coletiva (PPSAC/UECE). Professor do Curso de Psicologia da Unichristus. E-mail: [ronaldo.pires.psi@gmail.com](mailto:ronaldo.pires.psi@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2217-0097>

**ABSTRACT**

*Community Health Agents deal with different health demands. Among them, the mental health issues of users in their assigned area. In face of some actions carried out with the Expanded Family Health Center (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) team, we were able to perceive a selectivity in relation to certain cases related to mental health. We saw the need to problematize these actions and reflect on interventions carried out in collaboration, aiming to improve access and care provided by the Family Health Strategy. This work consists of a professional experience report that aims to reflect on the joint work experience between psychology and Community Agents. With this in mind, we used the experience systematization method, built with the support of notes from memory reports and written records of the practice. The results indicate an ambiguity by Community Agents when caring for mental health issues, which oscillate between the recognition of certain forms of psychic suffering and a posture of distancing, stigmatization, and ignorance in relation to others. We realize that joint action and ongoing education of Community Agents are essential to provide better results in mental health actions in Primary Care.*

**RESUMEN**

*Agentes comunitarias de salud manejan con diferentes demandas de salud. Entre ellas, las cuestiones de salud mental de los usuarios de su área adscrita. Frente a algunas acciones realizadas con el equipo del Núcleo Ampliado de Salud de la Familia, pudimos percibir una selectividad con relación a determinados casos relacionados a la salud mental. Vimos la necesidad de problematizar esas acciones y reflexionar sobre las intervenciones realizadas en colaboración para la mejora del acceso y del cuidado realizado por la Estrategia de Salud de la Familia. Ese trabajo consiste en un relato de experiencia profesional que objetiva reflexionar sobre la experiencia conjunta de trabajo entre la psicología y las Agentes Comunitarias. Para eso, utilizamos el método de la sistematización de experiencia, construida con el apoyo de las anotaciones de los relatos de memorias y registros escritos de la práctica. Los resultados indican una ambigüedad por parte de las Agentes Comunitarias en el cuidado de cuestiones de salud mental, que varían entre el reconocimiento de determinadas formas de sufrimiento psíquico y una postura de alejamiento, estigmatización e ignorancia en relación a otras. Percibimos que la actuación conjunta y la educación permanente de las Agentes Comunitarias son imprescindibles para proporcionar mejores resultados en las acciones de salud mental en la Atención Básica.*

.....

**INTRODUÇÃO**

Como psicóloga residente da Ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Residência Integrada em Saúde, e vinculada ao Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF), deparo-me todos os dias com a riqueza e densidade do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Por fazerem parte da comunidade, estabelecem uma comunicação interpessoal muito mais efetiva com a população, possibilitando maior diálogo e aproximação dos serviços de saúde. Vemos aí, então, um enorme potencial dessas trabalhadoras, visto que, em sua maioria, são mulheres na colaboração de ações para a prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas em sofrimento psíquico, para a quebra de estigmas e preconceitos, bem como para a promoção da saúde mental na Atenção Primária em Saúde.

A Agente Comunitária de Saúde (ACS) é uma protagonista da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem por missão principal operacionalizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil<sup>1</sup>. A ESF é

compreendida como: um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de Saúde da Família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e coerente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido<sup>2</sup>.

O programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que deu origem aos ACS e à ESF, foi implantado em 1991 como alternativa para melhorar as condições de saúde locais, principalmente em relação à mortalidade infantil. Os trabalhadores do programa eram pessoas oriundas da própria comunidade. Eles atuavam e faziam parte da produção de saúde. O programa intitulado como Programa de Saúde da Família, que logo depois veio a se tornar Estratégia Saúde da Família, ultrapassou os limites de um programa setorial de saúde e se transformou em uma forma de materializar a APS nas políticas brasileiras do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup>.

Em relação ao âmbito territorial, as Equipes de

Saúde da Família aderem a um contexto de maior aproximação com as famílias da comunidade como uma condição necessária para a realização do seu trabalho. As Agentes Comunitárias de Saúde são os membros da equipe de maior conhecimento, vivência e vínculo com a realidade local, funcionando como elo entre comunidade e profissionais, ocupando os dois papéis, já que a maioria delas são profissionais que moram no mesmo lugar onde atuam<sup>3</sup>.

No que diz respeito às problemáticas atendidas, as ACS se deparam com inúmeras e variadas situações de saúde no seu dia a dia. A atenção ao sofrimento psíquico é uma delas. Portanto, a ESF deve ser também um lugar de atenção e promoção de saúde mental, tendo como linha de orientação dos seus processos de trabalho a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Esse referencial pressupõe a substituição do modelo tradicional de práticas em saúde mental asilar, hospitalocêntrico, focado na doença, por um modelo comunitário, que reconhece o sujeito em sua totalidade e no centro da atenção, respeitando sua singularidade. O atendimento das pessoas com transtornos mentais, a prevenção e promoção de saúde mental precisa fazer parte da rotina das equipes de saúde da família<sup>4</sup>.

O estreitamento da relação entre as equipes de saúde mental e atenção primária é uma das principais necessidades afirmadas pelas diretrizes da assistência em saúde mental hoje<sup>5</sup>. Entretanto, observa-se que a saúde mental é pouco contemplada nas capacitações das equipes de Saúde da Família, o que reduz o potencial da assistência dessas equipes, que têm a comunidade e o domicílio como espaço terapêutico<sup>6</sup>. Como uma forma de buscar superar esses desafios, vimos a criação de capacitações para os ACS, através das Diretrizes para Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde, em 2016, sendo a Atenção Psicossocial uma dessas linhas de cuidado<sup>7</sup>.

Outra iniciativa para fortalecer essa interlocução entre saúde mental e Atenção Básica foi o projeto “Caminhos do cuidado: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas)” para Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliares e técnicos de enfermagem (ATENf) da Atenção Básica. Sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e articulado pela Casa Civil, esse foi um projeto que pensou sobre a relação entre Atenção Básica e Saúde Mental<sup>8</sup>. Os ACS são instruídos sobre formas de proceder diante dos usuários de álcool e outras drogas, sempre

baseados na lógica da Redução de Danos.

Mesmo com essas iniciativas, os desafios de lidar com o sofrimento psíquico do outro estão postos. Existe ainda um imaginário sobre a “loucura” construído na sociedade, ao longo dos séculos, e presente ainda na realidade atual. Essas representações sociais estigmatizadas, preconceitos, mitos, percepções geralmente negativas, ainda são encontradas no nosso cotidiano<sup>9</sup>.

Nos resultados da pesquisa realizada por Waidman, Costa e Paiano<sup>10</sup>, os Agentes Comunitários de Saúde que foram entrevistados tinham receio na abordagem aos sujeitos acometidos de transtornos mentais, por terem uma ideia de que esses são agressivos em sua maioria. Essa visão distorcida interfere na assistência e no acesso dessas pessoas aos cuidados de saúde em geral, além de gerar preconceitos e estigmas.

Observa-se também que eles não recebem formação suficiente sobre o tema e geralmente não possuem experiência em relação aos cuidados em saúde mental antes de se inserir na ESF. Além disso, costuma-se observar que os ACS não se sentem capazes de intervir em casos de transtornos mentais, não se sentem capazes de reconhecer a gravidade do problema nem de oferecer orientações adequadas.

Em nosso cotidiano de atuação na Residência Multiprofissional em Saúde, na ênfase de Saúde da Família e Comunidade, presenciamos a manutenção desse problema através da atuação conjunta com as ACS do município de São Gonçalo do Amarante. A reflexão aqui desenvolvida faz parte de uma análise da experiência realizada nos cenários de prática com a finalidade de extrair conhecimentos, reflexões e recomendações para novas formas de atuação junto ao problema do desenvolvimento da atenção à saúde mental na APS.

## METODOLOGIA

O presente trabalho trata do relato de experiência de uma psicóloga residente, vinculada ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família, em conjunto com as ACS de três unidades básicas de saúde do município. O período da realização da experiência foi de março de 2017 a fevereiro de 2019. Para isso, realizamos uma sistematização de experiência que será relatada por meio das anotações de campo, memórias e registros da prática profissional.

A metodologia utilizada para a escrita do relato foi a sugerida por Holliday (1996), chamada

sistematização de experiências<sup>11</sup>. Para o autor, sistematizar é interpretar criticamente uma experiência. Para isso, precisa-se tomar distância dessa, ordenar e reconstruir o processo vivido. “É uma interpretação que se caracteriza por descobrir a lógica que conduz o processo, quais os fatores que intervêm nele e as relações entre eles”<sup>11:25</sup>.

Essa metodologia possui algumas características importantes que a diferenciam das outras formas de relatar experiências e que são motivos da escolha: a sistematização da experiência produz um novo conhecimento, partindo do concreto, possibilita sua compreensão e leva a transcendê-lo. Outra característica é a de objetificar o vivido, assim, distanciamos-nos do que experimentamos e convertemos a nossa experiência em objeto de estudo, de interpretação e de transformação; a sistematização acaba pondo em ordem conhecimentos desordenados e percepções dispersas sobre a experiência, possibilitando descobertas que ainda não sabíamos e clarificamos o que já sabíamos; por último, quando sistematizamos também atentamos para interpretações que os sujeitos têm sobre eles. Cria-se um espaço para que essas interpretações sejam discutidas, compartilhadas e confrontadas<sup>11</sup>.

### Contexto da experiência

São Gonçalo do Amarante é o maior município em extensão territorial da região metropolitana de Fortaleza. A cidade conta com 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 132 ACS. Em relação à Rede de Atenção Psicossocial, o município possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, o hospital geral com dois leitos psicossociais, duas equipes NASF compostas por psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e profissionais de educação física. Além disso, possui duas turmas de residência na ênfase em Saúde da Família e Comunidade e uma turma de residência em Saúde Coletiva que estão lotadas atualmente em seis UBS.

O município abriga o Complexo Industrial e Portuário do Pecém (CIPP), que é constituído pelo Porto do Pecém e diversas indústrias. Esse fato influencia em várias características da população. O mercado de trabalho fica mais acessível. O complexo portuário, por sua vez, traz uma população flutuante significativa, o que ajuda no comércio e nos serviços locais. Porém, existem vários impactos negativos. Pesquisas que analisam

as implicações do desenvolvimento econômico no trabalho, ambiente e saúde dos moradores que vivem na área onde foi instalado o CIPP relatam que as significativas transformações introduzidas nos territórios pelos processos produtivos incidem sobre os condicionantes da saúde e provocam repercussões sobre o processo saúde-doença<sup>12</sup>. Entre os impactos observados, evidenciam-se problemas relacionados às partículas aéreas, problemas na comunidade relacionados à violência, consumo de drogas ilícitas e prostituição<sup>13</sup>.

A experiência relatada no trabalho ocorreu em três áreas do município: Sede I, Acende Candeia e Lagoinha. As três áreas são limítrofes, porém possuem características bem diferentes. Existem áreas rurais e urbanas, áreas de grande vulnerabilidade social e de classe média. O cotidiano do tráfico de drogas está presente em algumas localidades, além das que estão nos arredores do CIPP.

A prática aconteceu em conjunto com 25 ACS, contando com a rotatividade dos contratos temporários de alguns desses, o que dificultou os trabalhos no período de atuação da residência; além disso, foram realizadas reterritorializações ocasionadas pelo crescimento populacional de algumas áreas. No caso da área de Acende Candeia, onde há uma população indígena, duas das ACS da unidade foram transferidas para uma unidade de conservação indígena em Caucaia.

## RESULTADOS

Abordaremos aqui os processos de trabalho e as principais atividades desenvolvidas da intervenção realizada entre a equipe NASF e as ACS, refletindo sobre seus efeitos e desdobramentos no cotidiano.

### O fluxo de identificação e encaminhamento dos casos de saúde mental

No município, o trabalho da ESF em relação às queixas referentes à saúde mental ocorre da seguinte maneira: os casos chegam por demanda espontânea e/ou encaminhados pelo ACS. Após a avaliação, podem ser encaminhados para níveis mais especializados ou mantidos na UBS para acompanhamento multiprofissional. Os profissionais de saúde mental do NASF também fazem o elo através de discussão de casos e visitas domiciliares. O NASF, com a parceria dos residentes, e o CAPS, realizaram, no período da experiência, momentos de matriciamento com toda

a equipe das unidades de saúde com as ACS para o acompanhamento e identificação desses casos. Algumas ACS possuem uma formação mais aprofundada em relação à saúde mental, em decorrência de sua participação no projeto “Caminhos do Cuidado”<sup>8</sup>, mas essas fazem parte de uma minoria. Existe uma rotatividade frequente das profissionais e ainda uma escassa qualificação em saúde mental para a maioria da categoria.

Quando o usuário chega ao CAPS e inicia o acompanhamento naquele serviço, as questões de saúde mental parecem ser transferidas para esse equipamento e esquecidas pela ESF. Quando os profissionais do CAPS percebem que o paciente está estável em relação aos sintomas e ao uso da medicação, ele é “matriciado”, ou seja, começa a ser acompanhado pelo médico da Unidade de Saúde.

O CAPS encaminha o paciente com uma ficha para ser anexada ao prontuário da UBS, que informa qual o medicamento e o tempo que vai precisar ser utilizado. Depois desse tempo de tratamento sugerido, o médico da UBS deve analisar a continuidade do remédio ou o desmame. Porém, o que acontece na maioria dos casos é a renovação da receita dos medicamentos da ficha por tempo indeterminado, sem reavaliações ou desmames.

Durante um levantamento realizado nas três áreas trabalhadas, encontramos diversos casos em que os pacientes utilizavam o mesmo psicofármaco há mais de 10 anos sem reavaliação. Esse fato pode acontecer pela frágil comunicação entre profissionais e usuários e o pouco uso de tecnologias leves. Além disso, a terapêutica é reduzida a psicotrôpicos, o que torna o desmame desses medicamentos mais complicado. Também é observada a indicação abusiva de medicamentos para casos que mais se relacionam com questões sociais e econômicas<sup>14</sup>.

### **A percepção das ACS sobre as demandas de saúde mental**

Diante desse fluxo e da convivência com a equipe de saúde percebemos certa seletividade entre casos de saúde mental por parte das ACS. Alguns eram considerados casos “reais” de saúde mental, por exemplo: os que apresentavam sintomas psicóticos e depressivos graves, os que envolviam sofrimento psíquico de crianças ou tentativas de suicídio. Outros, como uso abusivo de álcool e outras drogas, os que apresentam sintomas depressivos e ansiosos mais “leves” ou os que eram associados a questões

espirituais eram vistos como irrelevantes.

Durante o período da experiência presenciamos diversos casos que exemplificam as afirmações acima. Por exemplo: a alta procura dos ACS no início dos trabalhos para visita em conjunto com o NASF às crianças com qualquer comportamento considerado “fora do comum” a pedido dos pais. Desobediência, desafio, agitação, dificuldade no aprendizado, introspecção, luto, divórcio dos pais, eram os principais motivos para o encaminhamento ao serviço de psicologia do NASF. Aos poucos, fomos trabalhando as necessidades dessas crianças, mesmo com a dificuldade de atendê-las em um espaço sem nenhum recurso lúdico. A parceria com escolas e a importância de uma triagem foi necessária para conseguirmos atingir as prioridades mais urgentes. Essa procura foi diminuindo com o tempo, devido ao matriciamento junto às ACS e à parceria com as escolas.

Outros casos que ganhavam notoriedade e relevância pelas ACS eram os mais graves, com sintomas psicóticos como delírios, alucinações visuais e auditivas, mudanças bruscas de comportamento, emagrecimento extremo, agressividade, ideação suicida, entre outros. Essas questões eram entendidas pela maioria das profissionais como importantes e prioritárias. Apesar de conferirem relevância, também notamos que eram casos vistos ainda em meio a muitos estigmas e preconceitos, como o do medo de lidar por conta da agressividade, ou o entendimento das ACS de que, depois dos sintomas, esses usuários não responderiam mais por si mesmos, perdendo a autonomia por completo.

Em uma das áreas que trabalhamos, acompanhamos um caso de uma senhora com 60 anos de idade que fazia uso abusivo de álcool e de cigarro. Ela possuía diversos problemas de saúde decorrentes desse comportamento, além de estar em extrema vulnerabilidade social. Nós, residentes, construímos um Projeto Terapêutico Singular com sugestões de ações em curto, médio e longo prazos, que envolviam a saúde da usuária como um todo. Porém, poucas dessas ações foram concretizadas, devido, em grande parte, ao preconceito dirigido a essa usuária pela equipe de referência, inclusive pelas próprias ACS. Ela era culpabilizada por todas as questões de saúde e não era vista como prioridade. Além de que, a equipe afirmava impossibilidade de cuidado quando essa estava alcoolizada. Esse é apenas um exemplo, mas a desresponsabilização da saúde pelos problemas com álcool e outras drogas foi algo que

percebemos em todo o percurso de nossa atuação.

Vemos que essa moralização dos usuários de álcool e outras drogas comumente acontece na APS, como apontaram os resultados da pesquisa de Ronzani, Mota e Souza<sup>15</sup>, em que afirmam que há uma conotação moral em relação ao álcool que dificulta abordagens mais adequadas e maior aproximação aos usuários pelos profissionais de saúde.

Percebemos também a dificuldade do acesso aos equipamentos de saúde de pessoas que faziam parte de religiões de matriz africana, relacionada à aversão por parte das ACS. Fatos como esses, provavelmente, dificultavam a ida desses usuários até a UBS. A Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, criada em 2003, que tem com o um dos objetivos lutar pelo direito humano à saúde, aponta como um dos desafios enfrentados nessa luta:

[...] o desconforto na aproximação do SUS e dos terreiros, tendo como foco o desconhecimento por parte dos profissionais sobre essa tradição religiosa, o preconceito e a ideia de que as religiões afro-brasileiras praticam o mal. Outro desafio foi lidar com a intolerância religiosa, uma vez que grande parte das equipes de saúde é formada por pessoas de outras religiões (católicos e evangélicos), que muitas vezes dificultam o acesso dos adeptos aos serviços oferecidos pelo SUS<sup>16:176</sup>.

Outras questões muito comuns de serem vistas como “irreais” ou não prioritárias eram as relacionadas a transtornos mentais leves. Usuários com sintomas não associados a questões de saúde física eram, muitas vezes, classificados como fracos, incompetentes, preguiçosos, “pitiosos”, com falta de Deus, pessimistas. Uma fala de uma ACS quando questionada sobre uma paciente que tinha procurado diretamente a psicóloga para acolhimento referia-se à paciente da seguinte maneira: “Ela é muito mimada. Os pais dela não criaram direito e agora, que não está mais na asa deles, fica tentando chamar atenção da gente. Eu não dou bola. A senhora dá se quiser”.

O Caderno de Atenção Básica sobre saúde mental<sup>17</sup> produzido pelo Ministério da Saúde, em 2013, depois de enumerar as várias esferas e âmbitos da vida de uma pessoa que sofre, explica que um sofrimento considerável pode surgir se uma pessoa é privada de qualquer uma ou várias dessas esferas e, ao ignorar isso, o profissional de saúde deixa de abordar uma

importante causa de sofrimento. Diz ainda que a expressão doença mental e seus eufemismos podem induzir a pessoa, seus familiares e sua comunidade a, pelo menos, dois erros muito comuns: um deles é o de associar a ideia de doença a um julgamento moral sobre a pessoa, como foi feito no exemplo acima.

### **Trabalhando em conjunto com as ACS**

Com vistas a produzir modificações nesse processo de cuidado em saúde mental pelos serviços de atenção primária, e qualificar melhor o atendimento realizado pelas ACS, foram construídos alguns encontros para a formação e realizadas algumas intervenções em conjunto entre ACS e equipe NASF.

Os primeiros encontros com as profissionais ocorreram em reuniões para explicar o funcionamento da residência, em que foram acordados fluxos e as funções de cada profissional. Logo após, começamos com as visitas domiciliares conjuntas entre profissionais do NASF e ACS. Essas atividades aproximaram NASF e ACS, além de permitirem perceber melhor como funcionava a relação das Agentes Comunitárias com as demandas de saúde mental no território.

Eram marcados dois turnos de visitas domiciliares por mês em cada área; em cada turno, realizávamos quatro ou cinco visitas, em média. O esperado era que as ACS fizessem um rodízio, para escolha dos casos que deveríamos visitar. Mas isso raramente acontecia, nenhuma equipe conseguia organizar assim devido ao número de profissionais do NASF residentes ou não, à prioridade que davam para alguns casos em detrimento de outros e à sobrecarga de atividades que precisavam realizar.

Além das dificuldades para a realização de visitas, como carros indisponíveis, atividades no posto, eventos marcados no mesmo dia, entre outros, quando tentávamos marcar as visitas, as ACS não apareciam no seu dia, ou diziam que não tinham demanda para as categorias. Acreditamos que isso aconteça também por causa da pouca importância colocada nas visitas do NASF pela equipe de referência e coordenação das equipes. O que acontecia realmente era que algumas profissionais mais sensibilizadas com as questões de saúde mental iam à unidade no dia marcado e acabávamos conhecendo e acessando alguns territórios e casos mais que outros.

Na tentativa de entender os motivos de algumas profissionais estarem mais interessadas, percebemos que as responsáveis por locais urbanos eram mais

presentes. Foi levantada por mais de uma ACS a eficiência do trabalho da igreja e da medicalização, em detrimento do acompanhamento psicológico.

Notamos também a sobrecarga das profissionais, que eram responsáveis por muitas tarefas e possuíam dificuldades específicas, por exemplo: algumas tinham mais famílias que o ideal proposto pelas regulamentações da Política Nacional de Atenção Básica, outras dispunham de áreas grandes geograficamente, ou com difícil acesso, o que dificultava a locomoção, e a existência territórios com população flutuante devido ao complexo industrial. Outra questão relatada por elas era a quantidade de reuniões e formações que precisavam participar. Sendo um elemento-chave, a ACS é protagonista de muitos projetos e qualificações no município, de forma que, quando a gestão ou outros profissionais necessitavam passar uma informação específica para a população ou de reunir usuários, imediatamente procuravam essas profissionais, ocasionando diminuição do tempo na área e nas tarefas de rotina.

O estresse no trabalho é um fato que precisa ser considerado pelo trabalhador e pelos gestores. É necessário reavaliar as condições de trabalho dos ACS, dando apoio estrutural, material e psíquico, construindo estratégias para enfrentamento dos problemas vivenciados em seu cotidiano. Simões<sup>18</sup> identificou em sua pesquisa vários fatores que geram estresse: nível salarial abaixo do desejado, falta de estrutura física e de material para desenvolvimento do seu trabalho, cobranças excessivas da população e de supervisores, falta de apoio da equipe de saúde, entre outras. Outros estudos também vêm mostrando muitos riscos aos quais estão expostas essas trabalhadoras<sup>19</sup>. Os fatores identificados, por sua vez, são constatados também com os da realidade da experiência.

Aponta-se para a importância da promoção de medidas preventivas e interventivas nas diferentes formas de exercício do trabalho do ACS, buscando estratégias para a minimização, enfrentamento e prevenção dos agravos, potencializando sua saúde.

Algumas atitudes foram tomadas diante dessas dificuldades, reuniões com as equipes e gestão, expondo os problemas e a importância do trabalho do NASF. Realizamos alguns momentos de matriciamento identificando usuários que necessitariam de acompanhamento domiciliar. Além de, em casos específicos, realizarmos visitas sem a presença das ACS. Evidencia-se, assim, a importância

da colaboração das profissionais para o acesso e continuidade do cuidado da população adscrita.

Nosso encontro com as ACS se dava além das visitas com reuniões de equipe, rodas de conversas e grupos nas comunidades, situações formais e informais de discussão de casos, comemorações etc. Isso colaborou também para estabelecer um melhor vínculo de trabalho, o que resultou em um trabalho mais eficiente.

### **As mudanças percebidas**

Ao longo do trabalho, as resistências foram diminuindo; próximo ao fim da experiência, as profissionais já se apropriavam do fluxo e das demandas que deveriam encaminhar, a identificação dos casos tornou-se mais simples, questões que antes não eram identificadas como problema de saúde mental já chegavam aos profissionais do NASF e da ESF. As ACS conseguiram superar alguns estigmas e preconceitos com o desenrolar dos momentos de trocas, reuniões e capacitações. Essas avaliações foram realizadas por meio de observações, que permitiram identificar essas mudanças percebidas ao longo do período da experiência.

Por registrar os encontros com anotações em cadernos de campo, percebemos que, ao longo do trabalho, inicialmente, houve resistências das ACS às intervenções. No entanto, percebemos que, mais ao final, com o desenvolvimento da experiência, as profissionais já entendiam melhor sobre a demanda que deveriam encaminhar aos profissionais de saúde mental. Os relatos das ACS durante os encontros indicavam que pareceu ter ficado mais fácil identificar os casos a serem alvo dos cuidados em saúde mental. As profissionais já comentavam sobre questões que antes não identificavam como um problema de saúde. Notamos também que, por meio das verbalizações, já conseguiam superar alguns preconceitos e visões estigmatizantes sobre o sofrimento psíquico, incluindo os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Exemplificando a mudança, uma ACS solicitou uma roda de conversa sobre Redução de Danos para o uso de drogas em uma comunidade. Outra, contou sobre uma paciente que tinha crises de choro e introspecção, mas a família acreditava que seria uma forma de chamar atenção e justificar os problemas, castigando-a por isso. Mas a profissional achou importante uma conversa nossa com a paciente e a família. Um grupo de ACS participou de um curso de

educação popular, onde também pudemos contribuir. O curso trabalhou outras formas de olhar o cuidado da comunidade e um dos temas foi a saúde mental.

Devido à confiança estabelecida no trabalho dos residentes, nos tornamos referência de cuidado para a maioria das profissionais. Para a produção do vídeo realizado no final da experiência, mostrando o impacto da Residência no território, colhemos o depoimento de uma profissional de cada área e as falas eram sobre a maior proximidade e acessibilidade dos residentes e que isso facilitava o trabalho. Relatavam sobre ter sido uma ajuda que elas não imaginavam que conseguiriam e sobre os ensinamentos recebidos.

## CONCLUSÃO

Percebeu-se, por meio desta experiência, a importância do trabalho conjunto entre psicólogas e Agentes Comunitárias de Saúde para qualificar os cuidados em saúde mental de base territorial. Dessa forma, demonstrou-se que estudos e intervenções no campo da Saúde Coletiva devem considerar a qualificação e cuidado com essas trabalhadoras tão importantes para a efetivação dos ideais do Sistema Único de Saúde.

Por se tratar de um relato de experiência circunscrito a uma região específica, não podemos generalizar que a compreensão e a intervenção das ACS sobre as questões de saúde mental são idênticas em todo o município. No entanto, o trabalho evidencia uma modificação importante que impactou o trabalho de uma parte dessas profissionais, possibilitando mudanças e qualificação na abordagem de problemas de saúde mental que antes eram ignorados.

Diante desse cenário, é fundamental que a educação permanente das ACS seja tomada como tarefa imprescindível para proporcionar melhores resultados na proposição de ações de saúde mental na Atenção Básica.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Beatriz de Sousa Pinho** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Ronaldo Rodrigues Pires** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a estruturação e revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Alonso CMDC, Béguin PD, Duarte FJDCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev saúde pública*. 2018;52(14).
2. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(8):e00029818.
3. Fonseca AF, Morosini MV. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. *APS em Revista*. 2021;3(3):210-23.
4. Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014. p. 615-34.
5. DB Campos, IC Bezerra, MSB Jorge. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(1):e0023167.
6. Saffer DA, Barone LR. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis*. 2017;27(3):813-33.
7. Brasil. Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
8. Torres O, Pekelman R, Bomm A, Costa G, Souza A, Rosa K, Vieira VL, Escobar J. Caminhos do Cuidado: formação em saúde mental na atenção básica. *Cad Bras Saúde Mental [Internet]*. 2016 Nov [cited 2018 Feb 09]. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3459>
9. Moro LM, Rocha KB. Estigma associado à saúde mental entre profissionais da atenção básica à saúde. *Paidéia*. 2022;32:e3214.
10. Waidman MAP, Costa B, Paiano M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012 [cited 2018 Oct 22];46(5):1170-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500019>
11. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2ª ed. João Pessoa: UFPB, Ed. Universitária; 1996.
12. Bezerra MG, Rigotto RM, Pessoa VM, Silva FVE. Implicações do desenvolvimento econômico no trabalho, ambiente e saúde em comunidades portuárias no Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2014 [cited 2019 Mar 11];19(10):4023-30. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.09802014>
13. Nuto SAS, Filho EBB, Oliveira BFA, Freitas RWJF, Couto LO, Jacobson LSV, et al. Complexo industrial

e portuário do Pecém: um inquérito epidemiológico. Cienc Saúde Colet [Internet]. 2021;26(5):1613-24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04292021>

14. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Interface (Botucatu). 2014;18(48):61-74. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>

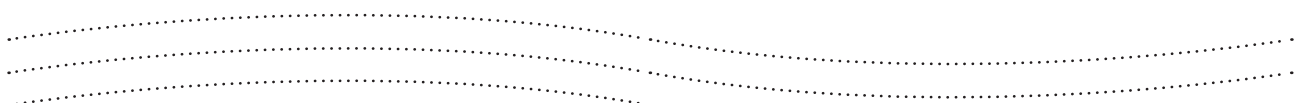
15. Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2019 Mar 19];43(Suppl 1):51-61. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000800009&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800009&lng=pt)

16. Silva JM. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. Saude soc [Internet]. 2007 [cited 2019 May 29];16(2):171-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902007000200017&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200017&lng=pt)

17. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília (DF); 2013.

18. Simões AR. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. Rev Saúde Públ [Internet]. 2009 [cited 2019 Apr 08];2(1):06-21. Available from: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/37>

19. 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. 2021;20(2). <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i2.1342>



# USO DE *PODCAST* INFORMATIVO NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

USE OF INFORMATIONAL *PODCAST* IN PRIMARY CARE: EXPERIENCE REPORT IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

USO DE *PODCAST* INFORMATIVO EN CUIDADOS BÁSICOS: INFORME DE EXPERIENCIA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

Terezinha de Jesus Nogueira Oliveira <sup>1</sup>

Jamilly Fernanda Brito Rodrigues <sup>2</sup>

Cássia de Andrade Araújo <sup>3</sup>

## Como Citar:

Oliveira TJN, Rodrigues JFB, Araújo CA. *Uso de podcast informativo na Atenção Básica: relato de experiência no contexto da pandemia de Covid-19.* *Sanare.* 2022;21(2):126-134.

## Descritores:

Comunicação em Saúde; Atenção Básica; Tecnologias da Informação e Comunicação; Covid-19.

## Descriptors:

Communication in Health; Primary Care; Information and Communication Technologies; Covid-19.

## Descriptores:

Comunicación en Salud; Atención Básica; Tecnologías de la Información y Comunicación; Covid-19.

## Submetido:

20/04/2021

## Aprovado:

06/12/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Terezinha de Jesus Nogueira Oliveira  
Rua Rita Carneiro Diniz, 23 Q-40,  
Geisel, João Pessoa-PB,  
CEP: 58075-419.  
E-mail: [oliveira.terezinha@gmail.com](mailto:oliveira.terezinha@gmail.com)

## RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica permite que profissionais de diversas categorias desenvolvam estratégias de intervenção no território de acordo com a análise situacional da realidade. A educação em saúde, como espaço para abordagem interdisciplinar, pode contribuir para modificar essa realidade, tornando as atividades mais criativas e participativas. O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) pode assumir importante papel nesse sentido, explorando formas diversas para fortalecimento de vínculos e empoderamento da comunidade. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da residente em um município de Pernambuco, PE, Brasil, tecendo reflexões sobre a utilização de TICs na criação de podcasts informativos em saúde no contexto da pandemia de covid-19. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da intervenção denominada "Papo Saúde". As estratégias de disseminação do material incluíram a utilização da ferramenta WhatsApp e a rádio comunitária local. Concluiu-se que a utilização das TICs para a promoção de saúde é um caminho potente e viável dentro do processo de trabalho da residência e da produção do cuidado no território, porém o seu uso ainda é pouco incentivado ou reconhecido na Atenção Básica do município em questão.

1. Fisioterapeuta pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes-PE. Especialista em Avaliação de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre (UFCSA) e Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz). E-mail: [oliveira.terezinha@gmail.com](mailto:oliveira.terezinha@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5298-0184>

2. Farmacêutica pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes-PE. Especialista em Farmácia hospitalar e clínica. Mestranda em Inovação Terapêutica pelo Programa de Pós graduação em Inovação Terapêutica (PPGIT), da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: [jamillyfernanda@hotmail.com](mailto:jamillyfernanda@hotmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6355-7397>

3. Nutricionista. Mestra em Políticas Públicas em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz - Brasília). Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS/UVA). Sobral-CE, Brasil. Docente da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Fiocruz Brasília. Brasília-DF, Brasil. E-mail: [cassia.andrade.nutri@gmail.com](mailto:cassia.andrade.nutri@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0796-9477>

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**

*The Multiprofessional Residency, Health in Primary Care, allows professionals from different categories to develop intervention strategies in the territory according to the situational analysis of reality. Health education, as a space for an interdisciplinary approach, can contribute to change this reality, making activities more creative and participative. The use of Information and Communication Technologies (ICTs) can play an important role in this regard, exploring different ways to strengthen ties and empower the community. The objective of this work is to report the experience of a resident in a municipality in Pernambuco (PE), Brazil, reflecting on the use of ICTs in the creation of health information podcasts in the context of the covid-19 pandemic. This is a descriptive study, of the experience report type, about an intervention called "Papo Saúde" (Health Chat). Strategies for disseminating the material included using the WhatsApp app and a local community radio. We concluded that the use of ICTs for health promotion is a powerful and viable path within the work process of residence and the production of care in the territory, but its use is still not much encouraged or recognized in Primary Care in the municipality in question.*

**RESUMEN**

*La Residencia Multiprofesional en Salud en la Atención Básica permite que profesionales de diversas categorías desarrollen estrategias de intervención en el territorio de acuerdo con el análisis situacional de la realidad. La educación en salud, como espacio para abordaje interdisciplinario, puede contribuir para cambiar esa realidad, convirtiendo en más creativas y participativas las actividades. El uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) puede asumir importante papel en ese sentido, explorando formas diversas para fortalecimiento de vínculos y empoderamiento de la comunidad. El objetivo de este trabajo es relatar la experiencia de la residente en un municipio de Pernambuco (PE), Brasil, tejiendo reflexiones sobre la utilización de TICs en la creación de podcasts informativos en la salud en el contexto de la pandemia de covid-19. Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, acerca de la intervención denominada "Papo Saúde (Charla Salud)". Las estrategias de diseminación del material incluyeron la utilización de la herramienta WhatsApp y la radio comunitaria local. Se concluye que la utilización de las TICs para promoción de salud es un camino potente y viable dentro del proceso de trabajo de la residencia y de la producción del cuidado en el territorio, pero su uso es poco incentivado o reconocido en la Atención Básica del municipio en cuestión.*

.....

**INTRODUÇÃO**

Apesar de ser reconhecida como estratégica pelos profissionais da Atenção Básica (AB), a utilização da comunicação na assistência à saúde ainda é uma prática de baixa frequência no cotidiano dos serviços. Razões como a sobrecarga de tarefas, o elevado número de pessoas vinculadas a uma equipe, a insuficiência de material informativo e a predominância do atendimento individual em relação ao coletivo aparecem como fatores limitantes nesse processo<sup>1</sup>. Quando ocorrem, essas atividades geralmente são realizadas de forma isolada, com um incipiente planejamento e sem projeto de continuidade<sup>2</sup>. Tais evidências apontam para a necessidade de um aprofundamento na prática do uso das informações em saúde e de qualificação dos profissionais da saúde<sup>3</sup>.

Nesse âmbito, outras iniciativas desenvolvidas por profissionais demonstram que é potencialmente viável desenvolver localmente projetos de educação

da saúde com informações atuais, conteúdos e formas apropriadas para a compreensão dos usuários, utilizando recursos digitais e dispositivos comunitários, como o uso da internet e da rádio comunitária, como forma de ampliação de acesso às informações que reforçam práticas saudáveis<sup>1,4</sup>.

À vista disso, um debate central para a comunicação em saúde é o acesso. De modo a refletir: como dar continuidade à oferta de ações de educação em saúde na AB em um contexto da pandemia? Como estimular indivíduos e comunidades a adotarem práticas mais saudáveis senão pelo acesso contínuo à informação segura? Como oferecer oportunidades e recursos iguais se há restrição de acesso a uma parcela da população?

Isso posto, no Brasil, em 2021, a internet já era utilizada em 90% dos 72,9 milhões de domicílios particulares permanentes, sendo que a Região Nordeste apresentou menor percentual de domicílios com acesso à internet (85,2%). Em 85,2% dos domicílios em que havia acesso à internet nessa região, 62,2% utilizavam serviço de internet

banda larga móvel (3G e 4G), ou seja, usam celular para acessar a internet<sup>5</sup>. Isso ajuda a entender a importância da internet na propagação de informação também no âmbito da saúde. Muitos países fazem uso desse benefício, principalmente os desenvolvidos, como estratégia para acesso à informação sobre saúde. Com o avanço das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), computadores, acesso à internet e telefones celulares passaram a fazer parte da vida das pessoas e revolucionaram a forma como se comunicam e se relacionam, trocam informações e buscam conhecimento<sup>6</sup>.

Dessa forma, a promoção da saúde, enquanto processo educativo, carrega consigo a comunicação como ponta de lança. Comunicação essa que, para além da disseminação da voz institucional, precisa ainda subsidiar as políticas públicas de promoção da saúde e, ao mesmo tempo, produzir fluência na determinação social e cultural de saúde<sup>8</sup>. Nesse sentido, a comunicação em saúde pretende criar um sistema de informação que subsidie as pessoas a implementar um comportamento sustentável e a produzir sentidos sociais, articulado aos seus interesses<sup>8,9</sup>. O campo que articula a “comunicação em saúde” carrega consigo as interfaces, “saúde” e “comunicação”, que são resultados e produtos de sentidos sociais, apresentando limites indefinidos à medida que produzem efeitos contextuais em diferentes conjunturas<sup>10</sup>.

Além disso, a comunicação para a saúde é “un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos”<sup>11:27</sup>. Chamamos a atenção que o processo de recepção da informação atravessa sentidos de construções individuais e coletivas que precisam ser considerados. Para Barbero<sup>12</sup>, o receptor também é um ator que produz significados.

A chegada das TICs à AB foi marcada pela implantação do e-SUS em 2013<sup>13</sup>, o que oportunizou a disponibilidade dessas tecnologias que contribuíram para a organização e melhoria no processo de trabalho, além do acesso e atualização dos dados de monitoramento para as equipes de saúde em tempo oportuno. Também houve destaque para as ações de educação em saúde, pautadas a partir da necessidade local e do planejamento da equipe de saúde da família<sup>14</sup>.

Logo, a educação em saúde deve considerar o conceito ampliado de saúde como premissa basilar, sendo uma prática inerente ao trabalho em saúde das

equipes de Atenção Básica<sup>15</sup>, definida pelo Ministério da Saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades<sup>16,19</sup>.

Durante a pandemia do novo coronavírus, em 2020, as mídias digitais ganharam mais espaço no âmbito da produção do cuidado em saúde. Não obstante, o *podcast* apareceu como alternativa viável para cumprir esse papel, por se tratar de uma ferramenta de baixo custo e fácil manejo, que pode ser implementada dentro de ambientes educacionais<sup>17</sup> ou abertos, e ser reproduzida de forma assíncrona pelo usuário de dispositivos digitais, como o telefone celular.

Ressalta-se, ainda, que tal contexto requereu dos serviços de saúde métodos de intervenção inovadores, tanto para a disseminação de informação no combate à propagação do coronavírus quanto para manter o acompanhamento de outras demandas presentes no território, como a educação em saúde da população, que faz parte das diretrizes de atuação relativas à Atenção Básica<sup>18</sup>. Logo, reconhecendo o uso da internet e do *podcast* como relevantes para a educação em saúde<sup>17,19,20</sup>, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência sobre a utilização de TICs na criação de *podcasts* informativos em saúde no contexto da pandemia de covid-19.

## O território e as ferramentas da Atenção Básica

O cenário do estudo foi um município da Região Metropolitana de Recife (PE), que possui 697.636 habitantes (IBGE, 2018), sendo que 80% da população não possui planos de saúde privados<sup>21</sup>. No âmbito do SUS, o município conta com a cobertura da Atenção Básica de 57,59%, sendo 52% de Estratégia Saúde da Família, com 105 equipes de Saúde da Família e oito equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB)<sup>21</sup>.

No primeiro ano da Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes (PE), uma das primeiras atividades práticas realizadas foi a territorialização a fim de conhecer a realidade social, epidemiológica,

econômica, cultural e política da população local.

A busca pelo reconhecimento do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população aconteceu durante os meses de abril a junho de 2019, na USF que denominamos Rosa Vermelha.

A territorialização se deu em duas etapas: etapa qualitativa, para conhecer as dimensões política, simbólica-subjetiva e física do território; e etapa quantitativa, para a caracterização epidemiológica da população. Para isso, foram realizadas coletas de dados nos tablets utilizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de diálogo com comunitários mapeados pelos agentes de saúde.

Para auxiliar na qualificação dos dados quantitativos, outro recurso utilizado foi o mapa participativo, método que alia tanto as questões ambientais como de ordenamento do território, para obter e registrar dados junto aos atores sociais<sup>22</sup>.

Assim, identificamos as principais potencialidades e vulnerabilidades do território, em um encontro, com duração de 4 horas, no mês de maio de 2019, sob o olhar dos comunitários, agentes de saúde e residentes (fisioterapeuta, farmacêutica, fonoaudiólogo, educador físico, terapeuta ocupacional, nutricionista, enfermeira, odontóloga, psicóloga e assistente social). A construção do mapa participativo revelou questões e vulnerabilidades importantes daquela comunidade, como: a presença de esgoto a céu aberto; a circulação de animais de pequeno e médio porte, como cavalos, porcos e cachorros; o acúmulo de lixo e entulho em ruas e terrenos baldios; e alta frequência de alagamentos no período de chuva, um risco diante da baixa cobertura de saneamento básico. A ausência de escolas públicas e equipamentos sociais e comunitários, como praça ou espaços de lazer e convívio coletivo, aponta para questões estruturais da comunidade. Em relação às atividades econômicas, os pequenos comércios e a coleta de materiais recicláveis são as principais fontes de renda. Foram reconhecidas ainda as potencialidades que compõem o território. Nesse ponto, os participantes destacaram o grupo de oração, a Unidade de Saúde da Família (USF), a creche filantrópica, os trabalhos comunitários e o artesanato.

A atuação enquanto residente na AB trouxe a percepção de que a sala de espera também assumiria o papel de ferramenta estratégica para a compreensão do perfil da comunidade e para o fortalecimento de vínculos, quer seja pela escuta qualificada, quer seja pela interação direta com os usuários durante

abordagem de temas previamente pactuados entre equipe e residentes.

Aproximadamente 40 usuários passavam pela sala de espera diariamente. Esse espaço proporcionou o reconhecimento de demandas sociais e epidemiológicas da comunidade, subnotificadas ou pouco trabalhadas pelos profissionais, como: a polimedicação de pacientes crônicos com diabetes e hipertensão, o uso abusivo de álcool e outras drogas, a violência contra a mulher, o acolhimento aos usuários da saúde mental, o entendimento sobre questões específicas ao envelhecimento, etc.

A escolha dos temas da sala de espera acontecia de maneira programada e se dava pela troca de experiências, reflexão acerca do território e construção coletiva entre os envolvidos. A experiência e a observação dos profissionais durante esse espaço sensibilizaram e direcionaram o olhar e o estudo dos residentes para a melhoria das abordagens coletivas e individuais, bem como para o planejamento das ações no cotidiano do serviço.

### **Com a pandemia, as mudanças**

Diante da pandemia de covid-19, o distanciamento social passou a ser uma das principais medidas de contenção da disseminação adotadas pelos órgãos nacionais e internacionais. Em março de 2020, os serviços de saúde passaram a adotar os primeiros protocolos sanitários de segurança. Como serviço porta aberta, a Unidade de Saúde da Família teve que adaptar seu funcionamento e organização para atender ao público e proteger suas equipes. No contexto da Residência, houve mudanças nos cenários de práticas, quando os profissionais passaram a atuar em rodízios, reduzindo o tempo de atuação na AB e passando a integrar outros serviços.

Com isso, as salas de espera, principal espaço de convívio e comunicação com a comunidade, deixaram de acontecer, e o distanciamento do território evidenciou um novo desafio: como dar continuidade às ações de educação em saúde com as mudanças do processo de trabalho da Residência e da USF? Com a mudança na rotina da USF, os residentes, divididos em duplas, passaram a fazer rodízios entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Os momentos na USF tornaram-se menos frequentes, com periodicidade quinzenal. Mesmo assim, os encontros das residentes de fisioterapia e farmácia com a equipe mantiveram acesas as inquietações em torno das questões sensíveis do território, motivando um novo olhar

para as ações de educação em saúde com o uso de Tecnologia de Informação e Comunicação.

## Projeto PAPO SAÚDE

O início das ações se deu em abril de 2020, com a construção do primeiro *podcast*, denominado “Violência contra a mulher não é mundo que a gente quer”, produto da disciplina Políticas Estratégicas e Programas, que coincidiu com o período de suspensão temporária das atividades práticas dos residentes na USF. Nesse cenário, surgiu o despertar para a criação do projeto “Papo Saúde”, que permitiu a continuidade remota dos trabalhos com a produção de dez *podcasts*, incluindo as temáticas: polimedicação, saúde mental, organização e funcionamento da USF, envelhecimento, violência contra a mulher, saúde da criança, saúde da mulher, dor crônica e tuberculose.

Inicialmente, foi realizada uma reunião com os profissionais do NASF-AB, também preceptores, na qual as residentes fisioterapeuta e a farmacêutica apresentaram a proposta de construção de *podcasts* semanais, que foi bem aceita e pactuada. Na ocasião, foram discutidos principalmente os temas e o tempo de duração de cada *podcast*. Naquele momento havia a expectativa de que, por se tratar de uma ferramenta de comunicação, o material precisaria oferecer uma informação rápida, de fácil acesso e segura. Reconheceu-se ainda que a limitação da comunicação unilateral do *podcast* traria a necessidade de criação de novas estratégias para obter o retorno e a avaliação desses conteúdos pelo público-alvo.

Para a construção do projeto “Papo Saúde”, levamos em consideração o conceito de legitimidade posto por Inesita<sup>10</sup>, que elucida acerca do poder de falar de cada interlocutor, poder a partir do qual ele desenvolve suas estratégias enunciativas, representado neste estudo pela percepção da residente, durante todo o processo, desde a observação da realidade até a escolha da intervenção do Projeto, e pelos trabalhadores e comunitários, que participaram ativamente das ações que inspiraram a intervenção. Para a autora, as dimensões textuais, fundamentais no horizonte da comunicação e saúde, subdividem-se em contexto textual, contexto intertextual, contexto existencial e contexto situacional. Assim, o contexto textual (a), que fala da produção a partir dos sentidos possíveis temporal e espacialmente, foi desenvolvido a partir das reflexões e questionamentos que emanaram com a pandemia e os novos desafios impostos à AB. O

contexto intertextual (b), que se nutre da memória discursiva dos indivíduos e coletividades, não dependendo da proximidade física, se alimentou principalmente da vivência ao longo do processo de atuação na USF, antes e durante a pandemia, trazendo conexões com a realidade e os sentidos presentes na comunidade.

O contexto existencial (c), terceira dimensão, tem a ver com a posição histórica dos interlocutores, sempre resgatando o lugar social do “ser residente”, profissional em formação, assim como dos trabalhadores e da população. Por fim, o contexto situacional (d), que referencia o lugar de interlocução, ou seja, o lugar nas relações sociais que os interlocutores ocupam no momento de cada ato comunicativo, na tentativa de produzir sentido social e reconhecimento dos ouvintes.

Ancorados nos referenciais de Inesita<sup>10</sup>, sobre legitimidade e dimensões textuais, e de Barbero<sup>12</sup>, que considera o receptor da informação como um produtor de significados, partindo de suas referências, o Projeto Papo Saúde buscou o reconhecimento e a identificação de temas relevantes à população adscrita da USF Rosa Vermelha. Dessa forma, o processo de construção dos *podcasts* envolveu cinco etapas: Planejamento (1); Montagem de roteiro (2); Gravação (3); Edição (4); e Publicização (5), que seguem descritas a seguir.

A primeira delas, referente ao planejamento, partiu do levantamento das principais demandas identificadas na territorialização, no diálogo com usuários durante as salas de espera e nas reflexões críticas da realidade vivenciada pela residente, na comunidade, somado ao contexto da pandemia. Tal levantamento originou o que chamamos de pontos-chave, questões referentes à continuidade do cuidado pela AB em meio ao contexto adverso de pandemia. Os pontos-chave incluíram desde atualizações sobre o funcionamento da USF até informações relevantes sobre o autocuidado de usuários e familiares (Tabela 1).

**Tabela 1** – Lista com pontos-chave, títulos e endereço eletrônico dos *podcasts*

Pontos-chave	Título do <i>podcast</i>	Endereço eletrônico
Polimedicação de pacientes crônicos	Farmácia em casa: potencializando o cuidado	<a href="https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-2-farmacia-em-casa-potencializando-o-cuidado">https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-2-farmacia-em-casa-potencializando-o-cuidado</a>
Saúde mental e pandemia	Respirar e sentir a vida: práticas respiratórias e meditação	<a href="https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-3-respirar-e-sentir-a-vida-meditacao">https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-3-respirar-e-sentir-a-vida-meditacao</a>
Informações sobre a organização e funcionamento da USF	Unidade de Saúde da Família: organização e funcionamento durante a pandemia	<a href="https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-4-unidade-de-saude-jardim-piedade-2-funcionamento-na-pandemia">https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-4-unidade-de-saude-jardim-piedade-2-funcionamento-na-pandemia</a>
Envelhecimento	Capacidade respiratória: evolução natural no ciclo de vida	<a href="https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-5-capacidade-respiratoria-evolucao-natural-no-ciclo-de-vida">https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-5-capacidade-respiratoria-evolucao-natural-no-ciclo-de-vida</a>
Violência contra a mulher	Violência no lar: realidade na vida das mulheres	<a href="https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-6-violencia-no-lar-realidade-na-vida-das-mulheres">https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-6-violencia-no-lar-realidade-na-vida-das-mulheres</a>
Saúde da Criança e pandemia	Crianças em casa: medicamento não é brinquedo!	<a href="https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-7-crianca-em-casa-medicacao-nao-e-brinquedo">https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-7-crianca-em-casa-medicacao-nao-e-brinquedo</a>
Subnotificação e Saúde da Mulher	Incontinência urinária: vamos falar mais sobre isso	<a href="https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-8-incontinencia-urinaria-vamos-falar-mais-sobre-isso">https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-8-incontinencia-urinaria-vamos-falar-mais-sobre-isso</a>
Dor crônica e cuidados	Tipos de pisada e desalinhamento postural	<a href="https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-9-tipos-de-pisada-e-desalinhamento-postural">https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-9-tipos-de-pisada-e-desalinhamento-postural</a>
Adesão ao tratamento da tuberculose	Não desista, tuberculose tem cura	<a href="https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-10-nao-desista-tuberculose-tem-cura">https://soundcloud.com/tekinhapb/podcast-10-nao-desista-tuberculose-tem-cura</a>
Uso de álcool e outras drogas	Que droga é essa? Episódio 1: Vida loka é quem se cuida!	<a href="https://soundcloud.com/tekinhapb/11-podcast-que-droga-e-essa">https://soundcloud.com/tekinhapb/11-podcast-que-droga-e-essa</a>

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A montagem dos roteiros acontecia durante os encontros presenciais na unidade de saúde. As residentes de fisioterapia e farmácia, com o apoio da preceptoria, realizavam a escolha do tema, com base nos pontos-chave, e iniciavam as discussões sobre o conteúdo e o levantamento de fontes bibliográficas para a construção do material. Para a construção do roteiro foi criado um documento com uso de ferramenta colaborativa, *Google Drive*, compartilhado entre os atores envolvidos, que permitia a edição e visualização coletiva, dando celeridade na validação do material. Na prática, o roteiro era finalizado em um intervalo de três a quatro dias.

A etapa da gravação envolvia as duas residentes e os convidados identificados na fase de planejamento. O trabalho era realizado remotamente utilizando áudios gravados e compartilhados em um grupo de trabalho no *WhatsApp*. Já a edição representa a quarta etapa do processo. Nela, os materiais eram tratados e editados utilizando as ferramentas Audacity 2.4.1. e o conversor on-line de mp3, disponível no endereço eletrônico: <<https://online-audio-converter.com/pt/>>. O uso de falas e músicas intercaladas foi uma estratégia utilizada para tornar o material mais leve.

Por fim, a etapa de publicização ocorreu semanalmente, no período de abril a agosto de 2020. Os *podcasts* foram armazenados na plataforma *Soundcloud* e possuem duração de cinco a sete minutos. Foram pensadas três estratégias de disseminação do material: grupo de *WhatsApp* com a comunidade, rádio comunitária e cartazes com *QR code* direcionando para o conteúdo na internet. A primeira estratégia se refere à criação de um grupo aberto no aplicativo *WhatsApp*, denominado Papo Saúde. O convite para o grupo foi compartilhado entre os ACS, juntamente com uma breve descrição do Projeto, um áudio explicativo e um panfleto virtual (Figura 1). O intuito foi a criação de um canal de comunicação direto com a comunidade, através dos agentes de saúde, onde seriam postados semanalmente os links de acesso aos *podcasts*. No entanto, não houve adesão à proposta, sendo

recomendado aos profissionais o compartilhamento do conteúdo diretamente nos grupos da comunidade aos quais estavam inseridos.

**Figura 1** – Cartaz de divulgação



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Também foi realizado o mapeamento de canais de comunicação comunitários de acesso àquela comunidade, sendo identificada uma rádio comunitária como segunda estratégia de disseminação das informações. Para isso, foram realizadas visitas que permitiram conhecer o funcionamento, organização e sua história. A rádio, criada em 1992, possui 20 caixas de som distribuídas por sete comunidades do bairro, sendo bastante procurada pela população local principalmente para divulgação do comércio. Sua programação inclui músicas, programação religiosa, propagandas e informações de interesse público, não havendo transmissões ao vivo. Apesar de haver uma sinalização de interesse por parte da rádio quanto à publicização dos conteúdos do projeto “Papo Saúde”, a principal barreira encontrada foi o diálogo e a pactuação do acesso aos conteúdos junto aos responsáveis.

A terceira estratégia de divulgação do material foi a construção de cartazes com *QR Code* direcionando para os *podcasts* com o passo a passo de como utilizar essa tecnologia (Figura 2). A proposta seria expor cartazes na USF e nos espaços de convívio da comunidade utilizando a técnica de lambe-lambe. No entanto, devido à redução da atuação presencial

da residente na USF, em decorrência do contexto da pandemia, os materiais foram expostos apenas na USF.

**Figura 2** – Cartaz com *QR Code*



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Como limitações deste estudo, destacamos o tempo limitado à ação, a redução da atuação presencial da residente na USF em decorrência do contexto da pandemia de covid-19 e as barreiras socioeconômicas de acesso à internet e aos meios digitais, como celulares, pela população. Quanto ao uso do *podcast*, reconhecemos a limitação da comunicação ser meramente unilateral, o que interferiu na adaptação e melhoria dos conteúdos por meio do feedback pelo público-alvo. Surge, ainda, como limitação, a descontinuidade de espaços de planejamento e educação permanente com a equipe da USF acerca de temas a partir do monitoramento de indicadores de saúde, marcada pela ausência da sala de situação.

## CONCLUSÃO

A promoção da saúde tem como lócus prioritário de atuação a Atenção Básica, que exige práticas permanentes e longitudinais dentro das redes de cuidado alinhadas às reais necessidades da comunidade. Para isso, o uso da comunicação, informação e educação em saúde no formato das mídias digitais representa um caminho para o

fortalecimento da política, sobretudo, na estratégia intersectorial.

A busca pela superação da lógica da fragmentação da saúde exige que os processos de trabalho das equipes priorizem diretrizes caras à saúde pública e à Atenção Básica, como: ação interdisciplinar; educação permanente em saúde; educação popular e promoção da saúde. A formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família trouxe a oportunidade de atuar na Atenção Básica e desenvolver inúmeras atividades aliando teoria e prática, sendo possível refletir e amadurecer acerca das potencialidades e desafios enfrentados pelo território. A territorialização se mostrou como processo elementar e essencial para o entendimento do território e de suas necessidades, matéria-prima para o ordenamento das práticas, e, portanto, orientadora do planejamento.

A sala de espera se afirmou enquanto ferramenta de cuidado com importante papel na educação e promoção da saúde, além de ter oportunizado o primeiro contato e intervenção junto à comunidade. Durante o período da vivência, esse espaço ocupou principalmente os processos de trabalho dos profissionais do NASF-AB e da Residência, gerando inúmeras reflexões e aproximações com a realidade do território.

Quanto à experiência do Projeto Papo Saúde, a construção dos *podcasts* informativos ofereceu a oportunidade de continuidade das ações de educação em saúde durante a pandemia de covid-19. No entanto, reconhecemos que o contexto cerceou possibilidades mais participativas e interprofissionais de construção e disseminação do material. Foi observado que mesmo diante da informatização das USFs e da identificação do aplicativo *WhatsApp* como principal ferramenta de comunicação com a comunidade pelos profissionais, o uso das mídias digitais para a difusão de informações em saúde ainda é um campo pouco explorado e debatido dentro dos serviços.

Destacamos a importância de fortalecimento dos meios populares de comunicação presentes no território, a exemplo das rádios comunitárias, e do papel da Residência nesse processo, quanto ao apoio e indução de espaços de formação e educação permanente nos serviços que abordem a temática da comunicação em saúde e suas possibilidades, sedimentando canais comunicativos junto à comunidade.

A experiência de trabalhar com TICs evidenciou a importância de inovar e incluir os formatos

digitais nas ações de promoção da saúde, sobretudo, no contexto pandêmico de covid-19. A produção de *podcasts* informativos revelou ser um caminho potente e viável dentro da formação na Residência, porém o seu uso ainda é incipiente pelos profissionais de saúde da Atenção Básica.

## CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

**Terezinha de Jesus Nogueira Oliveira** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Jamilly Fernanda Brito Rodrigues** contribuiu com a realização da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Cássia de Andrade Araújo** contribuiu com o delineamento da pesquisa, a redação e a revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Moura ERF, Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Rev Cien Saude Colet.* 2004;9(4):1023-32. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400023>
2. Moura ERF, Rodrigues MSP. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. *Interface [Internet].* 2003 [cited 2022 July 12];7(13):109-18. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Dmr55w6JSC9CHpZFbYXHtcq/?lang=pt&format=pdf>
3. Heidemman ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método Paulo Freire. *Rev Cien Saude Colet.* 2014;19(8):3553-9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>
4. Nascimento JAN, Dias CV, Rodrigues HC, Passos MRS, Faustino RV. Educação popular na prática do PSF: experiência em rádio comunitária. *Sanare [Internet].* 1999 [2021 Feb 13];1(1). Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/218/205>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal [Homepage on the Internet]. IBGE; 2017 [cited 2022 Feb 15]. Available from: [http://https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101631\\_informativo.pdf](http://https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101631_informativo.pdf)
6. Ungerer R. Sociedade globalizada e mídia digital: vivendo esse mundo digital. In: Abreu CN, Einstein E, Estefenon SGB, organizadores. *Vivendo esse mundo digital: impactos na saúde, na educação e nos comportamentos sociais.* Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 21-30.
7. Carvalho DW, Freire FMT, Vilar G. Comunicação e saúde: humanização, significado e ação comunicativa. *Rev Bras Comunic Organizacional*

- e Relações Públicas [Internet]. 2012 [2021 Feb 16];9(edição especial):92-108. Available from: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/139131/134483>
8. Schiavo R. Comunicação em saúde: fundamentos, práticas, agendas e desafios [Internet]. Brasília: Fiocruz; 2020. [cited 2021 Feb 21]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=j5c0xwFMcqI&t=4094s>
9. Araújo IS. As mídias, as instituições de saúde e a população: convergências e divergências na comunicação sobre a prevenção da dengue. Rev Bras Comunic Organizacional e Relações Públicas [Internet]. 2012 [2021 Feb 11];9(16/17):50-66. Available from: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/139128/134480>
10. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
11. Coe GA. Comunicación y promoción de la salud. CHASQUI – Rev Latinoamericana de Comunicación. 1998;63:26-29. <https://doi.org/10.16921/chasqui.v0i63.1217>
12. Ribeiro LC, Tuzzo SA. Jesus Martín Barbero e seus estudos de mediação na telenovela. Rev Comunicação & Informação [Internet]. 2014 [2021 Feb 12];16(2):39. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/ci/article/view/29187>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
14. Mota DN, Torres DAM, Guimarães JMX, Marinho MNASB, Araújo AF. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família. J Health Informatics [Internet]. 2018 [2021 Feb 13];10(2):45-49. Available from: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/563/330>
15. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Rev Cien Saude Colet. 2014; 19(3):847-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.
17. Boulos MNK, Maramba I, Wheeler S. Wikis, blogs and podcasts: a new generation of Web-based tools for virtual collaborative clinical practice and education. BMC Medical Education [Internet]. 2006 [2021 Feb 13];1-8. Available from: <http://https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-6-41>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]; 30 Dec 2010 [2021 Feb 13]. Available from: [http://http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
19. Cruz DI, Paulo RRD, Dias WS, Martins VF, Gandolfi PE. Uso das mídias digitais na educação em saúde. Cad FUCAMP. 2011 [2021 Feb 11];10(13):130-42. Available from: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/215>
20. Garbin HBR, Guillain MCR, Neto AFP. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. Physis. 2012;22(1):347-63. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100019>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Nota Técnica do DESF/SAPS [Internet]. [cited 2022 Nov 12]. Available from: <http://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmlistaMunic.php>
22. Goldstein RA, Barcellos C; Magalhães MAFM, Gracie R, Viacava F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. Rev Cien Saude Colet. 2013;18(1):45-56. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100006>

## 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”.

*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.

I. 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>).

II. Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

III. 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.

IV. As referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que foram mencionadas pela primeira vez no texto.

V. 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>