

ISSN e: 2317-7748

SANARE

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS



SANARE

Revista de Políticas Públicas

SANARE (Sobral, Online). 2022 Jan. – Jun.;21(1), p.01-149.

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 N. Ferreira – UFMA, Imperatriz-MA
Aluisio Ferreira de Lima – PUCSP, Fortaleza-CE
Ana Cecilia Silveira Lins Sucupira - USP, São Paulo-SP
Ana Mattos Brito de Almeida - ESP/CE, Fortaleza-CE
Andrea Silvia Walter de Aguiar - UFC, Fortaleza-CE
Ant. Germane Alves Pinto - URCA, Juazeiro do Norte - CE
Anyá Pimentel Gomes F. V. Meyer – FIOcruz, Fortaleza-CE
Betise Mery Alencar S. Macau Furtado – UPE, Recife-PE
Camilla Araújo Lopes Vieira - UFC, Sobral-CE
Camilo Darsi de Souza – UNISC, St^a Cruz do Sul - RS
Carlos Leonardo F. Cunha – UFRJ, Rio de Janeiro - RJ
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas - UVA, Sobral-CE
Cristianne Maria Famer Rocha – UFRGS, Porto Alegre - RS
Edson Holanda Teixeira - UFC, Fortaleza-CE
Eliany Nazaré Oliveira - UVA, Sobral-CE
Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz – UFMA, São Luís-MA
Fabiane do Amaral Gubert - UFC, Fortaleza-CE
Fernando Sérgio Pereira de Sousa – UFPI, Floriano-PI
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda - UFRN, Natal-RN
Francisco Placido Nogueira Arcanjo - UFC, Sobral-CE
Fco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto – UVA, Sobral-CE
Geison Vasconcelos Lira - UFC, Sobral-CE
Gerardo Cristino Filho - UFC, Sobral-CE
Glauberto da Silva Quirino - URCA, Crato-CE
Ivaldinete de Araújo Delmiro Gêmes – UVA, Sobral-CE
Izabelle Mont’Alverne N. Albuquerque - UVA, Sobral-CE
Jeane Félix da Silva - UFRGS, Porto Alegre - RS
José Jailson de Almeida Junior - UFRN, Santa Cruz-RN
José Maria Ximenes Guimarães - UECE, Fortaleza-CE

José Olinda Braga – UFC, Fortaleza-CE
José Reginaldo Feijão Parente - UVA, Sobral-CE
Lucia de Fátima da Silva - UECE, Fortaleza-CE
Luis Achilles Rodrigues Furtado - UFC, Sobral-CE
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - UNIFOR, Fortaleza-CE
Marcia Ma. Mont’Alverne de Barros - UFPB, João Pessoa-PB
Maria Adelane Monteiro da Silva - UVA, Sobral-CE
Maria Corina Amaral Viana - URCA, Crato-CE
Maria da Conceição Coelho Brito – FLF, Sobral-CE
Maria de Fatima Antero Sousa Machado – URCA, Crato-CE
Maria de Nazaré de Oliveira Fraga - UFC, Sobral-CE
Maria Fátima de Sousa - UnB, Brasília-DF
Maria Rocineide Ferreira da Silva - UECE, Fortaleza-CE
Maria Socorro de Araújo Dias - UVA, Sobral-CE
Maria Veraci Oliveira Queiroz - UECE, Fortaleza-CE
Maristela Inês Osawa Vasconcelos - UVA, Sobral-CE
Milena Rodrigues Soares Mota - UNICEL, Manaus-AM
Mirna Marques Bezerra Brayner - UFC, Sobral-CE
Paulo Roberto Santos – UFC, Sobral-CE
Roberta Cavalcante Muniz Lira - UFC, Sobral-CE
Simone da Nóbrega Tomaz Moreira - UFRN, Natal-RN
Vicente de Paulo Teixeira Pinto - UFC, Sobral-CE
Yolanda Flores e Silva – UNIVALI, Itajaí- SC

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Félix Fernando Monteiro Neto - Portugal
Francisco Antonio Loiola - Canadá
Mirella Maria Soares Veras - Canadá
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu - Portugal

PREFEITURA

Ivo Ferreira Gomes
Prefeito

Regina Célia Carvalho
Secretária da Saúde

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

PRODUÇÃO

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia - ESP-VS

Maria Socorro de Araújo Dias
Editora Chefe

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto
Diagramação

Brisana Índio do Brasil de Macêdo Silva
Osmar Arruda da Ponte Neto
Lielma Carla Chagas da Silva
Editoras Assistentes

Martônio Holanda
Capa

Versão Digital

SANARE, Revista de Políticas Públicas
v.21, n.1, Jan./Jun. 2022
- Sobral[CE]: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, 2022.

Semestral

ISSNe 2317-7748 ISSN: 1676-8019

1 . Políticas Públicas.

2. Políticas Públicas – Periódicos

CDD:362.1098131

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

Números anteriores:

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



PROMOÇÃO DA SAÚDE: PARA QUÊ? PARA QUEM? E COM QUEM?

A relação entre saúde e condições de vida das populações é premissa verdadeira. Urge, pois, que as políticas públicas a considerem, e que reconheçam os determinantes sociais em suas formulações, com o intento de intervir sobre as estruturais e históricas iniquidades.

O ecossistema do desenvolvimento técnico-científico em saúde coabita diferentes perspectivas de saúde e de ciência. Para além de documentos normativos, indaga-se: como a saúde tem sido “produzida” e percebida, meio ou fim? Nessa seara, o desenvolvimento científico e tecnológico com seu potencial inovativo tem respondido aos desafios de todos, compreendendo saúde como necessidade básica e direito universal?

Essas reflexões, dentre tantas outras, têm ocupado o campo da Promoção da Saúde, que, ao compreender o sentido positivo de saúde, posiciona-se de modo adverso às abordagens de intervenções verticais, normativas e excludentes; com reconhecimento da complexidade desse campo e na *advocacy* da necessária atuação sobre os determinantes sociais por meio de ações planejadas e implementadas com a participação de todos os interessados, para, assim, desenvolverem-se com autonomia e emancipação. Enseja-se, portanto, a transformação de contextos desafetos ao viver com qualidade, com vistas à construção de projetos de vida de felicidade.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Promoção da Saúde é uma estratégia conceitual e prática para a mudança no modelo de organização dos serviços de saúde¹. Sob essa perspectiva, o Brasil institucionalizou, em 2006, uma política pública de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), revisada após um amplo processo participativo e reeditada em 2014, a qual apresenta a base principiológica e valorativa da Promoção da Saúde, que converge com os princípios éticos e doutrinários do SUS. E a reconhece como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, buscando, intrasetorialmente, atuar na Rede de Atenção à Saúde, e, de forma intersectorial, com as demais redes de proteção social, articular ações com ampla participação e controle social².

Valoriza-se esse compromisso público do Estado brasileiro. Outrossim, entende-se que, para a translação do texto da Política para o cotidiano de vidas, urgem ações convergentes com os audaciosos e necessários objetivos da PNPS. Esse compromisso é de todos. Primariamente, do Estado, mas com fortes intersecções com a Sociedade Civil. Para Buss, Hartz, Pinto e Rocha³, a Promoção da Saúde, por sua gênese, requer mediação (construção/diálogo) entre a população e o poder público, como exercício de cidadania e de controle social. Destacam, também, que os atores sociais têm responsabilidades sobre as repercussões que as políticas públicas têm sobre a saúde e as condições de vida.

Oportunamente, relembra-se que este editorial, que reflete sobre o escopo da Promoção da Saúde, abre a edição 2022.1 da Revista *Sanare*, periódico de significativa relevância para a Saúde Coletiva e que tem em seu perfil identitário ser uma revista de Políticas Públicas. Nesta senda, destaca-se a pertinência da reflexão sobre a PNPS, que, em 2021, completou 15 anos de sua institucionalização. Ao passo que se celebra essa conquista, enseja-se a mobilização de gestores, pesquisadores, trabalhadores e populações para torná-la mais concreta e visível para e na sociedade, considerando a multideterminação das necessidades em saúde – algumas agudizadas; outras, desnudadas no curso da pandemia de covid-19 –, e se converta, efetivamente, em uma política pública com lentes dirigidas para o enfrentamento das desigualdades desiguais, requerendo, portanto, avançar para além das fronteiras da área da saúde e estabelecer conexão com outras políticas públicas comprometidas com o direito de bem viver para todos, especialmente com o dos que mais precisam.

Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias
Sanitarista. Profa. do PPGSF em Saúde da Família – Renasf/UVA
Líder do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva

REFERÊNCIAS

1. Carvalho FFB, Cohen SC, Akerman M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. Saúde Debate [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 19]; 41(3). Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0265.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
3. Buss P, Hartz Z, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: Uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 19]; 25(12):4723-4735. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>



PERFIL DE INTERNAÇÃO DE IDOSOS EM TERAPIA INTENSIVA: TRAUMAS POR CAUSAS EXTERNAS

HOSPITALIZATION PROFILE OF ELDERLY IN INTENSIVE CARE: TRAUMA DUE TO EXTERNAL CAUSES
 PERFIL DE HOSPITALIZACIÓN DE ANCIANOS EN TERAPIA INTENSIVA: TRAUMAS POR CAUSAS EXTERNAS

Thaynara Ferreira Lopes ¹

Carlos Vinicius Moreira Lima ²

Antônia Larissa Melo Feitosa ³

Francisco Hamilton Andrade Leite Junior ⁴

Vitoria Maria da Silva Matias ⁵

Maria Célia de Freitas ⁶

Como Citar:

Lopes TF, Lima CVM, Feitosa ALM, Leite Junior FHA, Matias VMS, Freitas MC. Perfil de internação de idosos em terapia intensiva: traumas por causas externas. *Sanare (Sobral, Online)*. 2022; 21(1): 05-12

Descritores:

Idoso; Ferimentos e lesões; Enfermagem; Emergências.

Descriptors:

Elderly; Wounds and injuries; Nursing; Emergencies.

Descriptores:

Ancianos; Heridas y Lesiones; Enfermería; Emergencias.

Submetido:

23/03/2022

Aprovado:

09/04/2022

Autor(a) para Correspondência:

Thaynara Ferreira Lopes
 Av. Dr. Silas Munguba, 1700 –
 Itaperi, Fortaleza - CE
 CEP: 62042-030
 E-mail: thaynaralopes.13@hotmail.com

RESUMO

Este estudo visa conhecer o perfil do idoso vítima de traumas por acidentes externos internado na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de urgência e emergência. Trata-se de uma pesquisa de natureza documental, descritiva, de caráter transversal e abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de emergência localizado na cidade de Fortaleza, Ceará. O estudo foi realizado entre novembro e dezembro de 2021. A população é constituída por 35 pacientes e os dados foram coletados por meio dos prontuários e preenchimento de um formulário. Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística por meio do software SPSS. Observou-se média de 75 anos de idade, dos quais 62,9% são do sexo masculino e 37,1% do sexo feminino. Quanto ao perfil de pacientes, observaram-se: idosos aposentados (57,1%), residentes na cidade de Fortaleza (45,7), presença de comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica (48,6%) e diabetes mellitus (31,4), em uso de polifarmácia (77,1%), tipo de acidente relacionado à queda da própria altura em via pública (60%) e o tipo de trauma evidenciado foi o traumatismo cranioencefálico (77,1%). Ao relacionar as alterações fisiológicas do envelhecimento às comorbidade, aliadas ao trauma sofrido, essa população requer um atendimento intensivo e contínuo.

1. Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: thaynaralopes.13@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4974-7693>

2. Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: alarissam@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5607-9262>.

3. Enfermeira pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: vitoriaa.matias@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4438-2015>

4. Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: hamiltonjunior96@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8396-4822>.

5. Enfermeiro pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Especialista em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva pelo Centro Universitário de Juazeiro do Norte (UNIJUAZEIRO). Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: carlos_vinicius94@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0463-8648>.

6. Doutorado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2003). Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: celia.freitas@uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4487-113>

ABSTRACT

This study aims to know the profile of elderly victims of trauma due to external accidents hospitalized in the Intensive Care Unit of an urgency and emergency hospital. This is a documental, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The research was developed in an emergency hospital located in the city of Fortaleza, Ceará. The study was carried out between November and December, 2021. The population consists of 35 patients, and data were collected through medical records and by completing a form. For data analysis, statistics were used by means of the SPSS software. The average age is 75 years, of which 62.9% are male and 37.1% are female. Regarding the patients' profile, we observed the following: elderly retired (57.1%), living in the city of Fortaleza (45.7%), presence of comorbidities such as systemic arterial hypertension (48.6%) and diabetes mellitus (31.4%), use of polypharmacy (77.1%), type of accident related to falling from standing height on a public road (60%), and the type of trauma evidenced was traumatic brain injury (77.1%). When relating the physiological changes of aging to the comorbidities, combined with the trauma suffered, this population requires intensive and continuous care.

RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo conocer el perfil del anciano víctima de traumas por accidentes externos hospitalizado en la Unidad de Terapia Intensiva de un hospital de urgencia y emergencia. Se trata de una investigación de naturaleza documental, descriptiva, de carácter transversal y abordaje cuantitativo. La investigación fue desarrollada en un hospital de emergencia ubicado en la ciudad de Fortaleza, Ceará. El estudio fue realizado entre noviembre y diciembre de 2021. La población es constituida por 35 pacientes y los datos fueron recogidos a través de los registros médicos y relleno de un formulario. Para el análisis de los datos, se utilizó la estadística por medio del software SPSS. El promedio de 75 años, de los cuales 62,9% son del sexo masculino y 37,1% del sexo femenino. En cuanto al perfil de pacientes, se observaron: ancianos jubilados (57,1%), residentes en la ciudad de Fortaleza (45,7) presencia de comorbilidades, como hipertensión arterial sistémica (48,6%) y diabetes mellitus (31,4), en uso de polifarmacia (77,1%), tipo de accidentes relacionado a la caída de la propia altura en vía pública (60%) y el tipo de trauma evidenciado fue el traumatismo craneoencefálico (77,1%). Relacionando las alternaciones fisiológicas de la vejez, a las comorbilidades, aliadas al trauma sufrido, esa población requiere un atendimento intensivo y continuo.

.....

INTRODUÇÃO

Ao refletir sobre o atendimento à pessoa idosa, é necessário compreender a importância da enfermagem na execução de cuidados aos agravos à saúde do idoso. Além disso, é necessário repensar sobre os cuidados à saúde da população idosa e os motivos pelos quais eles adentram um serviço de urgência e emergência.

Observa-se que os coeficientes de trauma entre os jovens são elevados, porém os eventos dessa natureza ocupam lugar de destaque no ranking de mortalidade mundial na população idosa, a qual é acometida como decorrência da exposição a fatores de risco, como a redução das reservas fisiológicas e da capacidade funcional, relacionadas à síndrome da fragilidade, às comorbidades, consumo de álcool, polimedicação, estrutura inadequada dos espaços, dinâmica do trânsito e inserção no mercado de trabalho¹.

No Brasil, em 2016, no que se refere aos traumas decorrentes de causas externas, entre os idosos, as quedas ocuparam a primeira posição em número de internações hospitalares, com 386.966 casos, ou seja, 34,38% do total, seguidas dos acidentes de transporte terrestre (206.262; 18%) e as agressões (51.526; 4,50%). Quanto aos óbitos associados a lesões decorrentes de causas externas, na mesma população e no mesmo ano, as quedas foram responsáveis por 8.364 do total de 27.533 óbitos, representando 30,38%; os acidentes de transporte, por 5.486 (19,73%); e as agressões, por 2.540 (9,10%), representando, assim, as três principais causas de morte².

As peculiaridades que os idosos possuem, tais como grau de fragilidade, chances de infecções e sangramentos, instabilidade hemodinâmica, maior sensação de dor e presença de comorbidades, comumente exigem cuidados específicos e até mesmo intensivos. Tais circunstâncias geram novas demandas nos cuidados de saúde, contribuem para

o aumento dos gastos dos serviços de assistência, das internações hospitalares, institucionalizações, morbidade e mortalidade, o que resulta em ônus social e econômico³.

Por se tratar de problema emergente de saúde, uma melhor compreensão do trauma na população idosa pode proporcionar à equipe multiprofissional, na qual está inserida a enfermagem, o planejamento de estratégias e sua implementação para a assistência geriátrica mais específica e, conseqüentemente, contribuir para a redução das chances de sequelas temporárias ou permanentes, assim como para a prevenção desses eventos, a fim de equilibrar o sistema de saúde como um todo¹.

No âmbito dos serviços de saúde de urgência e emergência, a enfermagem exerce papel fundamental para o alcance do acesso universal a esses serviços ao aplicar seus conhecimentos e fundamentos no uso do raciocínio crítico e reflexivo, acerca dessa assistência, já que está presente nos diversos níveis de complexidade de atenção à saúde; e, no que condiz ao Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), está inserida nas modalidades de atendimento, não só no que se refere aos aspectos assistenciais, como também gerenciais.

O conhecimento produzido pela pesquisa contribuirá com ações de cuidado para a pessoa idosa hospitalizada e ações de prevenção de agravos à saúde. Reitera-se que as intervenções adequadas para a saúde da população idosa são desafiadoras para a equipe de saúde, impactando de forma mais severa a equipe de enfermagem, que se encontra envolvida nos cuidados diretos ao paciente, permanecendo ao seu lado por mais tempo buscando prevenir injúrias, aliviar dores e tratar as enfermidades.

Diante disso, o estudo contribuirá também com mais conhecimento científico para os profissionais de enfermagem, auxiliando na identificação do perfil de idosos que estão procurando o serviço de urgência e emergência, assim, a enfermagem pode incrementar cuidados direcionados a essa população.

Nesse sentido, múltiplas questões instigam pesquisas, com vistas a compreender e buscar estratégias para ofertar um atendimento integral à população idosa que é atendida em situações de urgência e emergência. Nesse contexto, questiona-se: Qual é o perfil do idoso vítima de traumas por acidentes externos internado na Unidade Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de urgência e emergência?

Responder à questão faz alavancar estudos para

conhecer tais aspectos e proporcionar um cuidado mais direto e específico a essa população com condições de saúde singulares.

O trauma representa um problema de saúde pública, sendo a terceira causa de mortes no mundo. No Brasil, com o aumento da expectativa de vida, também ocorreu aumento na demanda de atendimento a idosos traumatizados, acarretando desafios na assistência intra-hospitalar, uma vez que esse público apresenta acometimento do estado de saúde pré-trauma⁵.

Diante disso, a pesquisa tem como objetivo conhecer o perfil do idoso vítima de traumas por acidentes externos internado na UTI de um hospital de urgência e emergência.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza documental, descritiva, de caráter transversal e abordagem quantitativa.

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados), e tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências⁶.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de urgência e emergência de nível terciário, localizado na cidade de Fortaleza, Ceará. A referida instituição é referência no atendimento de emergência a pacientes vítimas de traumas. O estudo foi desenvolvido no período compreendido entre novembro e dezembro de 2021, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A população é constituída por 35 pacientes. Haja vista que o quantitativo é menor que 200, a amostra será a própria população. A caracterização da população do estudo é composta por idosos vítimas de traumas por causas externas que estiveram internados na UTI entre novembro e dezembro de 2021.

A amostra é composta por sujeitos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: prontuário de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos; vítima de traumas em decorrência de causas externas; e ser atendido na UTI do hospital de emergência citado anteriormente. Foram excluídos prontuários incompletos, os idosos que evoluíram, na unidade, em óbito por causa indeterminada, mesmo com

hipótese diagnóstica de trauma, contudo sem confirmação clínica ou anatomopatológica.

Os dados foram coletados por meio da análise e leitura dos prontuários dos pacientes e preenchimento de um formulário para registro dos dados, contendo informações sobre dados sociodemográficos, as condições clínicas, análise dos fatores de risco predisponentes, presença de doença crônica, o tipo de acidente e o tipo de lesão em decorrência do trauma.

Para a análise dos dados obtidos pelo formulário, foi utilizada a estatística por meio do *software SPSS* (*Statistical Package for the Social Sciences*), que realiza testes da correlação e hipóteses do conteúdo, com discussão fundamentada em autores estudiosos da área.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁷, que define padrões para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Instituto Doutor José Frota, para a avaliação, e somente foi iniciado após a aprovação, tendo como parecer o número 4.956.109.

Um Termo de Fiel Depositário foi assinado pelo responsável técnico dos prontuários da instituição, o qual foi informado sobre todas as informações acerca do projeto, os riscos e objetivos da pesquisa. A privacidade e o anonimato dos participantes foram garantidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 35 idosos, com média de 75 anos de idade, dos quais 62,9% são do sexo masculino e 37,1% do sexo feminino.

Observam-se, na Tabela 1, as variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e perfil dos idosos, como “ocupação”, “cidade de origem”, “comorbidade”, “polifarmácia” e “tipo de acidente”.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico do idoso vítima de traumas por acidentes externos atendidos na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de urgência e emergência. Fortaleza, Ceará, 2022.

Perfil sociodemográfico e de internação	N	%
Ocupação		
Aposentado	20	57,1
Assalariado	6	17,1
Autônomo	9	25,7
Cidade de origem		
Fortaleza	16	45,7
Região Metropolitana	8	22,9
Interior	11	31,4
Comorbidades		
Diabetes <i>mellitus</i>	11	31,4
Hipertensão arterial sistêmica	17	48,6
Cardiopatias	7	20
Doenças pulmonares	5	14,3
Neoplasia	2	5,7
Doenças neurológicas	6	17,1
Polifarmácia		
Sim	27	77,1
Não	8	22,9
Tipo de acidente		
Queda da própria altura em via pública	21	60
Atropelamento	7	20
Queda de altura relacionada a violência	4	11,4
Acidentes de trânsito	3	8,6

Fonte: Elaboração própria (2022).

No quesito de avaliação do tipo de lesão em decorrência do trauma, temos a tabela a seguir (Tabela 2). Tratando-se de traumas, mais de um quesito foi assinalado, por exemplo: um idoso pode ter apresentado um traumatismo cranioencefálico (TCE) com trauma de membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII).

Tabela 2 – Tipo de lesão em decorrência do trauma em idoso de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de urgência e emergência. Fortaleza, Ceará, 2022.

Tipo de trauma	n	%
TCE	27	77,1
Fratura de face	7	20
Fratura de fêmur	5	14,3
Fratura de MMSS	4	11,4
Fratura de MMII	6	17,1
Fratura de Bacia	1	2,9
Pélvis	1	2,9

Fonte: Elaboração própria (2022).

Possivelmente, a média de idade encontrada neste estudo deve-se ao fato de os idosos ainda apresentarem um perfil de população hígida, ou seja, com independência e autonomia para as atividades básicas de vida diária, o que lhes proporciona vida ativa com participação em atividades sociais, de trabalho, de lazer, entre outras, que podem expô-los a situações de riscos, levando-os à ocorrência de traumas⁸.

Supõe-se, quanto ao predomínio do sexo masculino, provavelmente, homens idosos hígidos, que estes exponham-se mais a traumas pelo fato de que circulam mais pelo perímetro urbano, enquanto que os idosos longevos, na maioria das vezes, circulam por lugares mais próximos de seus domicílios. Ainda chama a atenção que as práticas de risco estejam fortemente associadas ao sexo masculino, o que torna os homens as maiores vítimas da violência, potencializada pelas desigualdades sociais e outras condições adversas^{9,10}.

Em relação aos aposentados do estudo, ao considerar que a maioria dos idosos estudados está na faixa etária entre 60 e 79 anos, é possível que alguns estejam na condição de aposentados e em plena atividade, o que pode torná-los vulneráveis aos traumas, uma vez que necessitam se deslocar para realizar atividades laborais ou exercer atividades relacionadas a práticas de risco¹¹.

Além disso, é necessário observar que a maior parcela dos idosos traumatizados é residente da capital, possivelmente envolvidos ativamente em trabalhos informais, sendo mais vulneráveis à ocorrência de acidentes externos¹².

Ao processo de envelhecimento podem estar associadas as doenças crônicas não transmissíveis,

as quais compõem o elevado número de casos de morbimortalidade da população brasileira. Dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstraram que, em 2008, 79,1% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade referiram ter, pelo menos, uma das 12 doenças crônicas¹³.

As alterações cardiovasculares geram, por consequência, a redução da função pulmonar e a redução da multiplicação, força e tônus das células musculares e alterações das células neurais; bem como a diminuição e o comprometimento da função cardíaca e pulmonar do idoso acarretam baixa tolerância aos esforços; além disso, o aumento da resistência vascular e a redução do reflexo barorreceptor ocasionam maior risco para acidentes ao realizarem suas atividades externas¹².

A associação de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* com as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares é muito frequente, o que aumenta a necessidade de cuidados e os riscos de maiores complicações, principalmente em idosos em situação de internação em unidades intensivas¹⁴.

Além disso, a polifarmácia pode ser definida como o uso contínuo e simultâneo de quatro ou mais medicamentos¹⁵. O estudo encontrou a frequência da polifarmácia em 77,1% dos idosos, dado semelhante ao encontrado na literatura nacional. Na população idosa em geral, estudos mostram a frequência da polifarmácia entre 58% e 78%¹⁶. Em idosos internados em UTI, Stahl e Boaventura¹⁷ encontraram a frequência de 98%. A polifarmácia é frequente na população idosa e aumenta o risco de interações medicamentosas e reações adversas¹⁸.

Importantes questões permeiam o processo de

envelhecimento e o uso de múltiplos medicamentos. Estar sujeito à polimedicação desencadeia no idoso uma série de complicações físicas e psíquicas, sobretudo em função do risco aumentado de ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas que prejudicam sobremaneira a qualidade de vida dos indivíduos¹⁹.

Outra importante questão evidenciada foi a frequente associação da polifarmácia e o desencadeamento da chamada síndrome de fragilidade, condição que envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo da vida do indivíduo e que são capazes de levar a um estado de maior vulnerabilidade, associado a um risco aumentado de ocorrência de desfechos negativos, como o declínio funcional, riscos de quedas, traumas, hospitalização, institucionalização e morte²⁰.

Os trabalhos de Pagno²¹ e Neves²² concluíram que o risco de fragilidade e ocorrência de traumas no idoso é duas vezes maior entre aqueles que utilizam mais de cinco medicamentos concomitantemente.

Ademais, há um maior número de traumas em idosos relacionados à queda da própria altura. As quedas são um problema de saúde pública relacionado à infraestrutura física das vias públicas, que aumentam o risco de quedas; em seguida, vêm os acidentes de trânsito e atropelamento²³.

Nesse grupo etário, segundo dados do IBGE, as causas externas nos últimos anos vêm configurando-se como importante determinante de morbimortalidade, estando representadas basicamente pelas quedas e acidentes de trânsito. No ano de 2007, foram registradas no Sistema de Informação sobre Mortalidade 18.946 mortes de pessoas com idade de 60 anos ou mais atribuídas a causas externas, sendo 5.084 dessas mortes ocasionadas por acidentes de trânsito²⁴.

Destarte, dentre as alterações mais comuns que levam aos traumas musculoesqueléticos e podem favorecer uma queda, destacam-se: a diminuição da massa cerebral, da água corporal total, da função renal, da produção de saliva, da redução da audição, do olfato e paladar, da redução do volume e da frequência sistólica do coração, da perda do tecido adiposo e da elasticidade da pele, da degeneração das articulações e da perda óssea²⁵.

O sistema muscular tem grande importância no envelhecimento e merece destaque, pois apresenta, com o passar dos anos, o declínio de 10 a 15% da força muscular até os 70 anos e, a partir de então,

tem-se a diminuição da força muscular para 50% a cada década. Além da redução da capacidade funcional, principalmente dos membros inferiores, observa-se diminuição da densidade mineral óssea, com aumento das chances de quedas e/ou fraturas²⁶.

Em relação ao tipo de trauma, o TCE apresentou significativa predominância entre os demais (77,1%). Esse achado corrobora outros estudos²⁷. O TCE, desde graus leves até graves, é comum nos serviços de saúde, sendo as UTIs o melhor setor para quadros graves desse trauma²⁸.

No idoso, a lesão que ocorre após um TCE pode ter um caráter definitivo em consequência de mecanismos fisiopatológicos que precipitam no momento de ocorrência do trauma e que podem se prolongar por dias ou semanas. Além disso, a fisiopatologia envolvida no mecanismo do TCE envolve danos cerebrais difusos, hemorragia intracraniana, acometendo o tecido encefálico e espaços meníngeos, podendo ou não haver efeito de massa²⁹.

Além disso, o idoso, após o TCE, pode apresentar maior dificuldade de recuperação e permanecer restrito ao leito por período prolongado. Consequentemente, ele pode desenvolver outras complicações: respiratórias, vasculares e tegumentares, como a lesão por pressão. Esses eventos comumente ocasionam perdas da autonomia e da independência do idoso e possuem impactos diretos na sua qualidade de vida³⁰.

Nesse sentido, é necessário que o cuidado de enfermagem nesse cenário seja direcionado e efetivo para a melhora da condição clínica do idoso internado com esse problema de saúde.

CONCLUSÃO

Percebeu-se que o perfil de idosos internados em uma UTI adulto-traumatológica de um hospital de urgência e emergência abrange idosos hígidos, residentes de fortaleza, que continuam realizando suas atividades laborais, ou trabalhos informais, ou realizando suas atividades de recreação pela cidade, que sofrem com as violências externas. Ao relacionar as alterações fisiológicas do envelhecimento às comorbidade, aliadas ao trauma sofrido, essa população requer um atendimento intensivo e contínuo.

Assim, possibilitou-se, por meio do estudo, analisar as características da população idosa internada na UTI e visualizar suas características

singulares, sendo possível realizar um plano de cuidados de enfermagem, bem como alocar os resultados de melhora de saúde que se deseja alcançar e, posteriormente, avaliar os resultados.

Como contribuições para a prática clínica, nota-se que a observação da condição clínica singular da pessoa idosa, englobando seus multiaspectos, faz-se necessária para a oferta de um cuidado específico e direcionado a essa população, inclusive em ambientes de cuidado intensivo. Contudo, as limitações da pesquisa ocorreram devido à ausência de informações nos prontuários, e, em decorrência disso, alguns idosos foram excluídos da pesquisa.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Thaynara Ferreira Lopes contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa, análise dos dados e redação do manuscrito. **Carlos Vinicius Moreira Lima** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a redação do manuscrito. **Antônia Larissa Melo Feitosa** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a redação do manuscrito. **Francisco Hamilton Andrade Leite Junior** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a redação do manuscrito. **Vitória Maria da Silva Matias** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a redação do manuscrito. **Maria Célia de Freitas** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito

REFERÊNCIAS

1. Frank DBP, Costa YCN, Alves KR, Moreira TR, Sanhudo NF, Almeida GBS, et al. Trauma em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 24];34:eAPE03081. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A003081>
2. Degani GC, Mendes KDS, Storti LB, Marques S. Atendimento pré-hospitalar móvel avançado de enfermagem para idosos pós-trauma: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 06];72(Suppl 2):274-83. Available from: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800274&lng=pt
3. Carvalho TC, Valle AP, Jacinto AF, Mayoral VFS, Boas PJFV. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 24];21(2):136-44. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n2/pt_1809-9823-rbagg-21-02-00134.pdf

4. Rissardo LK, Kantorski LP, Carreira L. Evaluation of elderly care dynamics in an emergency care unit. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 06];72(Suppl 2):161-68. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800161&lng=pt
5. Lucarelli-Antunes OS, Pivetta LGA, Parreira JG, Assef JC. Filtros de qualidade: uma maneira de identificar pontos de atenção no atendimento ao idoso traumatizado. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2020 [cited 2022 May 07];47:e20202533. Available from: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912020000100187&lng=pt
6. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo (SP): Atlas; 2010.
7. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 2012.
8. Alves GCQ, Silva AD, Ohl RIB, Amaral SEM, Ferreira LA, Chavaglia SRR. Vítimas de trauma por quedas atendidas em unidade de pronto socorro adulto: estudo transversal. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 24];9(3):25-65. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1958/462>
9. Brandão MGSA, Brito OD, Barros LM. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. *Rev Adm Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2021 May 03];18(70):70-84. Available from: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/84/125>
10. Gomes IV, Florêncio FC, Gonçalves NS, Souza IBF, Neto ACB. Epidemiologia dos traumas ortopédicos atendidos na emergência de um serviço público de referência. *Enferm Brasil* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 04];20(5):650-60. Available from: <https://convergence.seditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4820>
11. Romero DE, Muzy J, Damascena GN, Souza NA, Almeida WS, Swarcwald CL, et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 03];37(3):e00216620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>
12. Leal RC, Veras SMJ, Silva MAS, Gonçalves CFG, Silva CRDT, Sá AKL, et al. Percepção de saúde e comorbidade no idoso: perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Braz J Develop* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 03];6(7):53994-4004. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/14274/11894>

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas [Internet]. 2009 [cited 2021 May 03]; 30(1):133. Available from: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2009_v30_br.pdf
14. Bispo IMJ, Santos PHS, Carneiro MAO, Santana TDB, Fernandes MH, Casotti CA, et al. Fatores de risco cardiovasculares e características sociodemográficas em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. O Mundo da Saúde [Internet]. 2016 [cited 2021 May 03];40(3):334-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20164003334342>
15. World Health Organization. Medication Without Harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva (GVA): World Health Organization; 2017.
16. Andrade SCV, Marcucci RMB, Faria LFC, Paschoal SMP, Rebustini F, Melo RC. Health profile of older adults assisted by the Elderly Caregiver Program of Health Care Network of the City of São Paulo. Einstein [Internet]. 2020 [cited 2021 May 03];18:eA05263. Available from: <https://www.scielo.br/j/eins/a/GSf85SxYgT6QpdSPWwJzrjP/?lang=en>
17. Stahl MS, Boaventura AP. Polifarmácia em idosos hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. Vittalle [Internet]. 2020 [cited 2021 May 03];32(2):88-95. Available from: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/10875>
18. Santana PPC, Ramos ADV, Campos CE, Andrade M, Menezes HF, Camacho ACLF. et al. O impacto da polifarmácia na qualidade de vida de idosos. Rev Enferm [Internet]. 2019 [cited 2021 May 03];13(3):773-82. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235901/31579>
19. Correia W, Teston APM. Aspectos relacionados à polifarmácia: um estudo de revisão. Braz J Develop [Internet]. 2020 [cited 2021 May 03];6(11):93454-69. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/20760>
20. Pio GP, Alexandre PRF, Toledo LFS. Polifarmácia e riscos na população idosa. Braz J Health Rev [Internet]. 2021 [cited 2021 May 03];4(2):8924-39. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/28591/22582>
21. Pagno AR, Gross GB, Gewehr DM, Colet CF, Berlezi EM. A terapêutica medicamentosa, interações potenciais e iatrogenia como fatores relacionados à fragilidade em idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 [cited 2021 May 03];21(5):610-19. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/gmCSJ5bcDCMjqH5bXHddLGF/?format=pdf&lang=pt>
22. Neves AQ, Silva AMC, Cabral JF, Mattos IE, Santiago LM. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos usuários da Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 [cited 2021 May 03];21(6):704-14. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/G3Cqm8GfqLxfmW8xWFpfCsr/?lang=pt>
23. Esteves BB, Pinheiro FS, Carvalho GR, Renó LF, Dornela LL, Dias AMN, et al. Incidência de acidentes com idosos atendidos pelo SAMU em Juiz de Fora-MG. Braz J Health Rev [Internet]. 2021 [cited 2021 May 03];4(2):8725-43. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/28419/22483>
24. Santos AMR, Avelino FVSD, Claudino MAD, Figueiredo MLF, Rocha SS, Silva TCA. Acidentes de trânsito com idosos: demandas e responsabilidades sociais e governamentais. Rev Min Enferm [Internet]. 2018 [cited 2021 May 03];22:e-1108. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1108.pdf>
25. Neto J, Pintarelli VL, Yamatto VL. Avaliação Nutricional. A Beira do Leito: Geriatria e Gerontologia na prática Hospitalar. Barueri (SP): Manole; 2007.
26. Paula JGF, Gonçalves LHT, Nogueira LMV, Delage PEGA. Correlação entre independência funcional e risco de quedas em idosos de três instituições de longa permanência. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2020 [cited 2021 May 03];54:e3601. Available from: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/GpdDjCS9nvbYYFDwb6SyB3g/?format=pdf&lang=pt>
27. Silva MM, Paris MC, Souza PB, Prezotto KH, Pilger C, Lentsck MH. Características de idosos traumatizados hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva. Rev UNIPAR [Internet]. 2021 [cited 2021 May 03];25(2):117-24. Available from: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/8054/4097>
28. Braga TL, Robles JS. Assistência aos pacientes vítimas de TCE em uma Unidade de Terapia Intensiva no Hospital de Emergências de Macapá/AP. Rev Elet Estácio Saúde [Internet]. 2021 [cited 2021 May 07];10(1):10-21. Available from: <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/view/6688>
29. Freire RA, Junior AV, Silva WS, Cisneiro MGR, Gonçalves HS, Silva CLS, et al. Óbito decorrente da hemorragia intracraniana: Relato de caso. Braz J Health Rev [Internet]. 2021 [cited 2021 May 06];4(6):27068-080. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/40522/pdf>
30. Tiensoli SD, Santos ML, Moreira AD, Corrêa AR, Gomes FSL. Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2019 [cited 2021 May 03];40:e20180285. Available from: <http://old.scielo.br/pdf/rgenf/v40/1983-1447-rgenf-40-e20180285.pdf>

HOSPITAIS/MATERNIDADES DE JUIZ DE FORA E PROFISSIONAIS ATUANTES NO MÉTODO CANGURU

HOSPITALS/MATERNITIES FROM JUIZ DE FORA AND PROFESSIONALS WORKING IN THE KANGAROO CARE
HOSPITALES/MATERNIDADES DE JUIZ DE FORA Y PROFESIONALES QUE ACTÚAN EN EL MÉTODO CANGURO

Stefany Gomes da Silva Velasco ¹

Karina da Silva ²

Como Citar:

Velasco SGS, Silva K. Hospitais/ maternidades de Juiz de Fora e profissionais atuantes no Método Canguru. *Sanare*. 2022;21(1):13-20.

Descritores:

Método Canguru; Recém-nascidos pré-termo; Maternidade.

Descriptors:

Kangaroo Care; Preterm Newborns; Maternity.

Descriptores:

Método Canguru; Recién Nacidos Pretérmino; Maternidad.

Submetido:

11/01/2022

Aprovado:

10/06/2022

Autor(a) para Correspondência:

Stefany Gomes da Silva Velasco
IESPE
Sylvio Ribeiro Aragão, 260
Cond: Jardim Atlântico bl18 ap302
CEP: 36083-571
E-mail:stefania-gomes@hotmail.com

RESUMO

Objetivou-se identificar quantos hospitais/maternidades trabalhavam com o Método Canguru, quais profissionais atuavam com o Método, qual o tempo de implantação em cada instituição e em qual etapa o fisioterapeuta atuava. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e observacional, por meio de um levantamento de dados e aplicação de questionário em hospitais ou maternidades da cidade de Juiz de Fora-MG que oferecem o serviço. A pesquisa foi realizada em duas instituições: na instituição A, o Método era realizado há um ano, a enfermaria possuía dois leitos e o fisioterapeuta atuava em todas as etapas. Na instituição B, o Método era realizado há 3 anos, a enfermaria possuía 8 leitos e o fisioterapeuta atuava nas 1ª e 2ª etapas. Observando-se que o Método Canguru tem efeito positivo nos recém-nascidos pré-termos e que a equipe multidisciplinar é de extrema importância tanto para o neonato como para a sua família, sugere-se que outros estudos sejam realizados sobre o Método e que outras instituições que o utilizam possam ser pesquisadas para mostrar mais da sua efetividade em nossa região.

1. Pós-graduação em Fisioterapia em UTI de adultos, pediátrica e neonatal. E-mail: stefania-gomes@hotmail.com. ORCID: [0000-0001-6787-6371](https://orcid.org/0000-0001-6787-6371)

2. Especialista profissional em terapia intensiva. Mestranda em Ciências da Reabilitação e Desempenho Físico Funcional, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: karina.oliveira@santacasajf.org.br. ORCID: [0000-0003-3325-2362](https://orcid.org/0000-0003-3325-2362)

ABSTRACT

The objective was to identify how many hospitals/maternity hospitals worked with the Kangaroo Care, which professionals used the method, the time of implementation in each institution, and at which stage the physical therapist worked. This is a quantitative, descriptive, and observational study, using data collection and a questionnaire in hospitals or maternity hospitals that offer the service in the city of Juiz de Fora-MG. The research was carried out in two institutions: in institution A, the Method was being carried out for a year, the ward had two beds, and the physical therapist worked during all stages. In institution B, the method was being performed for 3 years, the ward had 8 beds and the physical therapist worked during the 1st and 2nd stages. Considering that the Kangaroo Care has a positive effect on preterm newborns and that the multidisciplinary team is extremely important for both the newborn and his/her family, we suggest other studies should be performed on the method, and that other institutions that use the method be researched to show more of its effectiveness in our region.

RESUMEN

Se objetivó identificar cuántos hospitales/maternidades trabajaban con el Método Canguro, cuáles profesionales actuaban con Método, cuál el tiempo de implantación en cada institución y cuál la etapa que el fisioterapeuta actuaba. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y observacional, por medio de un levantamiento de datos y aplicación de cuestionario en hospitales o maternidades de la ciudad de Juiz de Fora-MG que ofrecen el servicio. La investigación fue realizada en dos instituciones: en la institución A, el Método era realizado desde hace un año, la enfermería poseía dos camas y el fisioterapeuta actuaba en todas las etapas. En la institución B, el método era realizado desde hace tres años, la enfermería poseía ocho camas y el fisioterapeuta actuaba en las 1ª y 2ª etapas. Observándose que el Método Canguro tiene efecto positivo en los recién nacidos pretérminos y que el equipo multidisciplinaria es de extrema importancia tanto para el neonato como para su familia, se sugiere que otros estudios sean realizados sobre el Método y que otras instituciones que lo utilizan puedan ser investigadas para mostrar más de su efectividad en nuestra región.

INTRODUÇÃO

O Método Canguru consiste em um modelo de assistência neonatal de humanização no atendimento ao recém-nascido com baixo peso ao nascer. O Método Canguru foi desenvolvido e implantado inicialmente por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez e teve sua origem no Instituto Materno-Infantil em Bogotá, na Colômbia, em 1979, com a estratégia de aproximar o recém-nascido de baixo peso ou pré-termo de sua mãe¹. Estudos sugerem que o nome "Método Canguru" possa estar associado ao comportamento do canguru com o seu filhote – o canguru possui uma bolsa em seu abdômen e mantém o seu filhote nela após o nascimento; sugere-se ainda a relação das índias colombianas, pois elas usavam uma bolsa de pano presa em seus abdomens, para manter as crianças aquecidas².

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2000, publicou a norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso por meio da Portaria n.º 693, de 5 de julho de 2000, que, posteriormente, foi atualizada em 12 de julho de 2007, pela Portaria n.º 1683, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade neonatal³. O Ministério da Saúde tem tido foco no atendimento perinatal, pois é a peça fundamental,

com o pré-natal, para a diminuição da mortalidade infantil. O Ministério da Saúde, com a Portaria GM/MS n.º 072, de 2 março de 2000, recomenda e incentiva a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso por meio do Método Canguru em unidades médico-assistenciais e propõe que ele seja realizado em três etapas⁴.

A primeira etapa tem início no pré-natal, seguido do internamento do recém-nascido pré-termo; nessa etapa, há alguns cuidados especiais que deverão ser seguidos: acolhimento aos pais e à família, livre acesso dos pais à unidade neonatal, incentivo ao pai para participar das atividades e incentivo ao aleitamento materno; além disso, busca-se assegurar a atuação dos pais para promover o bem-estar do bebê, garantir que na primeira visita os pais sejam assistidos pela equipe de profissionais, adequar os cuidados para cada bebê respeitando suas individualidades, diminuição dos estímulos ambientais advindos da unidade neonatal, como ruídos, odores e luzes, assegurar a permanência da puérpera nos cinco primeiros dias na unidade hospital e oferecer assistência caso ela necessite⁵.

A segunda etapa é realizada no alojamento canguru (enfermaria canguru), momento no qual a posição canguru é realizada pelo maior tempo

possível; o bebê permanece com sua mãe, o que fortalece o vínculo mãe-bebê, os vínculos familiares e possibilita um cuidado mais humanizado, contribuindo para o aleitamento materno e, como consequência, melhorando a resistência imunológica, o ganho de peso e o desenvolvimento psicomotor do bebê. Essa etapa funciona como uma preparação antes da alta hospitalar. Os critérios para a permanência do bebê são: condição clínica e peso mínimo de 1.250 gramas (g). Os critérios para a permanência da mãe são: vontade de participar, rede de apoio e tempo disponível, concordância entre todos os envolvidos – profissionais de saúde, mãe e familiares. São critérios de transferência para a 3ª etapa: mãe e familiares orientados e conscientes quanto ao cuidado em domicílio com o bebê e peso mínimo de 1.600 g⁶.

Na terceira etapa, realiza-se o acompanhamento do bebê e da família no ambulatório ou no domicílio, até o bebê atingir 2.500 g. Há algumas atribuições para a realização desse acompanhamento, dentre elas: realizar exame físico completo do bebê, oferecer suporte à família, incentivar a rede de apoio e orientar sobre as imunizações. As características a seguir devem ser apresentadas para dar o seguimento ao atendimento no ambulatório: ser acompanhados por médicos ou enfermeiros que estiveram presentes na etapa anterior; sempre que for preciso, envolver outros profissionais da equipe interdisciplinar; o atendimento continuado deve assegurado; o tempo de estadia na posição canguru será determinado de acordo com a mãe-bebê, após o recém-nascido completar 2.500 g; o acompanhamento no ambulatório seguirá as normas para bebês não prematuros⁵.

O Método possui indicação para recém-nascidos pré-termo de baixo peso estável⁷. No Brasil, em 2011, a prevalência de prematuridade era de 11,7%, em relação a todos os partos realizados no país⁸. O Método Canguru brasileiro tem cinco componentes fundamentais: (1) alta precoce baseada no estado clínico do recém-nascido baixo peso (2); amamentação exclusiva (3); a posição canguru para fornecer estímulos e calor (4); fornecer às mães, pais e à família informações e orientações sobre os cuidados com prematuros; (5) e assistência ambulatorial para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do bebê².

A proposta brasileira envolve questões como os cuidados técnicos com o bebê (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com a luz, som e odor), o acolhimento à família,

a aproximação do vínculo mãe-bebê, aleitamento materno e acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar⁹. Estudos recentes apontam que mãe e bebê são beneficiados com o Método Canguru, pois o contato pele a pele precoce entre mãe-bebê contribui no controle da temperatura térmica, incentiva o aleitamento materno e gera um maior vínculo afetivo entre mãe e filho¹⁰.

A equipe é uma parte muito importante do Método Canguru, pois ela proporciona proteção, conforto e informações sobre o que será realizado ao recém-nascido e estimula a mãe e os familiares para que eles se sintam seguros e percebam que há um ambiente acolhedor e com profissionais capazes, qualificados e treinados para realizar os procedimentos que o seu filho precisa¹¹. O prematuro, quando é acariciado, tocado e aconchegado no colo, apresentará uma redução nos períodos de apneia, se sentirá mais seguro e apresentará uma melhora no funcionamento do sistema nervoso central. O Método Canguru ajuda na otimização dos leitos de unidade de terapia intensiva neonatal (Utin) e unidade de cuidados intermediários neonatal (Ucin), diminuindo o número de internações e infecções hospitalares¹².

A diminuição da mortalidade neonatal e a melhora da atenção ao recém-nascido são ações de prioridades no governo brasileiro, a expansão de leitos para o cuidado neonatal tem ocorrido em várias regiões do país, assim como cuidados mais humanizados que induzem à autonomia de mães e familiares. No Brasil, a Unidade Canguru demonstrou custos inferiores ao da Unidade Intermediária Convencional para os recém-nascidos elegíveis¹³.

Diante de todos os benefícios do Método Canguru na assistência ao recém-nascido pré-termo de baixo peso e da recomendação do Ministério da Saúde, ainda não se tem evidenciado o número de hospitais/maternidades na cidade de Juiz de Fora-MG que oferecem o Método, quais profissionais estão inseridos na equipe e de quais etapas o fisioterapeuta participava. Desse modo, justifica-se a relevância deste estudo, que teve por objetivo investigar quantos hospitais/maternidades em Juiz de Fora, Minas Gerais, aplicam o Método, quais são os profissionais inseridos na equipe e em quais etapas do Método o fisioterapeuta atuava.

MÉTODOS

O estudo foi do tipo quantitativo-descritivo e observacional, realizado por meio de um levantamento

de dados e aplicação de questionário, em hospitais ou maternidades da cidade de Juiz de Fora-MG que oferecem o serviço. O estudo foi realizado em duas instituições. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em pesquisa (CEP) e a coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê (CAAE 28224919.1.0000.5139), com o número de parecer 4.037.050. Um questionário foi aplicado aos coordenadores responsáveis pelo setor de neonatologia de cada instituição, que responderam sobre o Método Canguru referente ao quadro de profissionais que trabalham com o Método na instituição. A pesquisa foi realizada por meio da aplicação de um questionário que continha cinco questões sobre o Método Canguru, se ele era realizado naquela instituição e, em caso afirmativo, a quantidade de leitos de enfermaria canguru, há quanto tempo o Método era realizado naquela instituição e de quais etapas o fisioterapeuta participava. Havia também um quadro com as profissões da área de saúde, para ser respondido pelos coordenadores, sobre quantos profissionais participavam do Método.

O anonimato dos participantes da pesquisa foi resguardado, a partir do posicionamento ético das pesquisadoras, a fim de garantir a manutenção dos cuidados éticos da pesquisa. Os participantes foram orientados sobre o estudo e receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e assinado, ficando uma via assinada para o pesquisador(a) e outra para o(a) participante (o coordenador responsável de cada instituição). Os dados obtidos foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2003.

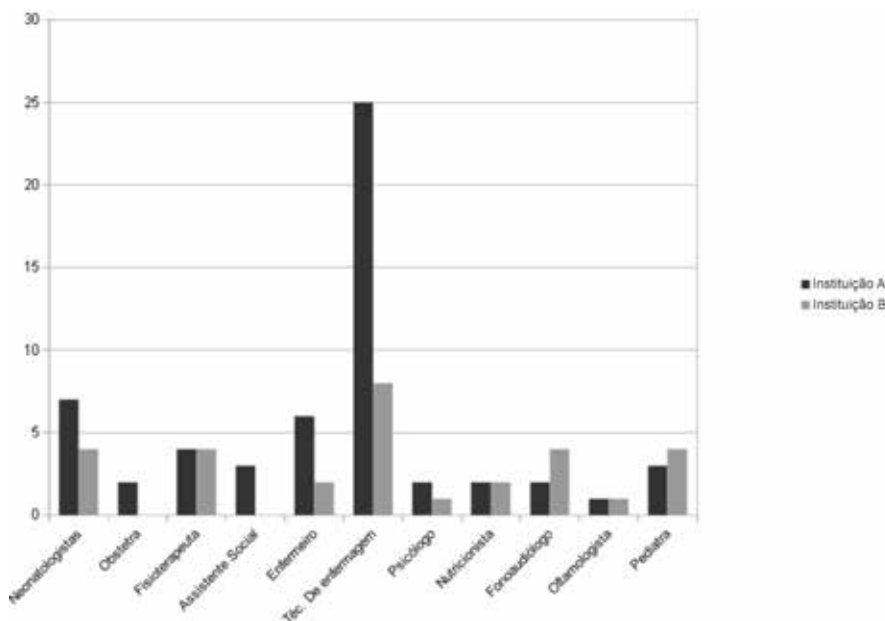
RESULTADOS

A pesquisa foi realizada em duas instituições, que serão aqui apresentadas como instituição A e B.

Instituição A: o Método era realizado há um ano, a enfermaria possuía dois leitos e o fisioterapeuta atuava em todas as etapas. A equipe que trabalhava com o Método Canguru era formada pelos seguintes profissionais: sete neonatologistas, dois obstetras, quatro fisioterapeutas, três assistentes sociais, seis enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem, dois psicólogos, dois nutricionistas, dois fonoaudiólogos, um oftalmologista e três pediatras.

Na instituição B: o Método era realizado há três anos, a enfermaria possuía oito leitos e o fisioterapeuta atuava nas 1ª e 2ª etapas. A equipe que trabalhava com o Método Canguru era formada por quatro neonatologistas, quatro fisioterapeutas, dois enfermeiros, oito técnicos de enfermagem, um psicólogo, dois nutricionistas, quatro fonoaudiólogos, um oftalmologista e quatro pediatras. Observa-se, na Figura 1, o quantitativo de profissionais de saúde que atuavam com o Método Canguru em cada instituição.

Figura 1 – Profissionais que atuavam com o Método Canguru por instituição.



Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Devido a tantos benefícios apresentados pelo Método Canguru, o Ministério da Saúde recomendou sua implementação e definiu as diretrizes (Portaria n.º 693, de 5 de julho de 2000¹⁴). Os prematuros são crianças que exigem um acompanhamento integral de uma equipe multiprofissional para a sua evolução, considerando o cuidado para os problemas que possam surgir¹⁵. A norma proposta pelo MS prevê que o recém-nascido seja acompanhado por uma equipe multiprofissional composta, se possível, por: neonatologistas, obstetras, pediatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. A norma recomenda que o Método Canguru seja aplicado em três etapas: a primeira etapa nas Utin e unidades de cuidados intermediária; segunda etapa no Alojamento Canguru (conjunto canguru); e a terceira etapa nos ambulatórios de seguimento após a alta hospitalar⁴.

Nas instituições pesquisadas, as três etapas do Método Canguru eram realizadas. A realização delas é de extrema importância, pois a primeira etapa conta com a capacidade empática da equipe nos cuidados com o recém-nascido e com a família; a troca de informações entre profissionais e familiares facilita o relacionamento e fortalece a confiança familiar entre eles. Ao final dessa etapa, a mãe estará pronta para a segunda fase, que é a enfermaria canguru (conjunto canguru), de modo que, com o desenvolvimento da primeira fase de forma adequada, possibilita-se melhor aceitação para a próxima fase¹.

A segunda etapa é a fase em que a equipe observa o funcionamento familiar e realiza as orientações aos familiares para o preparo da próxima etapa, que é a ida para a casa. Na terceira etapa, o bebê é encaminhado para o seu domicílio e segue sendo acompanhado até que esteja apto para receber alta da terceira etapa. A equipe responsável pelo bebê no hospital ou maternidade realiza consultas agendadas, mas a criança pode ser atendida pelos profissionais a qualquer hora do dia¹.

Na área da saúde, a carência de recursos humanos causa uma falta de motivação para o exercício das funções dos profissionais, sendo que a motivação é um fator importante de eficiência, qualidade do serviço e de desempenho¹⁶. Nesta pesquisa, evidenciou-se que as instituições A e B não possuíam em seus quadros de profissionais o terapeuta ocupacional; e, na instituição B, não havia obstetra e assistente

social.

Quanto à atuação do fisioterapeuta, observou-se que, na instituição B, o fisioterapeuta participava das etapas 1 e 2; e, na instituição A, o fisioterapeuta participava das 3 etapas. O fisioterapeuta na Utin é fundamental, pois, através da avaliação cinética funcional, consegue-se prevenir as complicações e tratar os distúrbios respiratórios e motores; ele auxilia na contribuição para a diminuição da morbimortalidade e redução da permanência nos hospitais, na presença de comprometimento no desenvolvimento motor, reflexos primitivos e reações posturais; assim, o fisioterapeuta, por meio de técnicas, consegue estimular cada criança dentro do seu limite e auxiliar na redução das possíveis desordens. Logo, faz-se necessária a atuação do fisioterapeuta no Método Canguru, pois esse profissional favorece um atendimento mais humanizado ao recém-nascido pré-termo¹⁷.

O fisioterapeuta exerce um papel muito importante na Utin para o desenvolvimento do recém-nascido no decorrer da internação, pois ele ajuda no tratamento das patologias, visando à redução de possíveis encurtamentos musculares, padrões anormais e melhora da função pulmonar e estabilização das funções, redução da dor e estresse, além de intervir nos estímulos nocivos que são originários do ambiente¹⁸. A humanização no ambiente da Utin tem uma importância muito grande na atenção ao recém-nascido pré-termo; com isso, a humanização e a qualidade do serviço ao recém-nascido têm que ser vistas como fenômenos associados¹⁹. O fisioterapeuta deve atuar em parceria com toda a equipe e de forma humanizada¹⁷.

A Sociedade Brasileira de Oftalmopediatria, visando reduzir o impacto social gerado pela baixa visão, recomendou que todas as crianças precisem ser submetidas ao exame oftalmológico completo entre os seis e 12 meses de vida²⁰. A Organização Mundial da Saúde tem como umas das cinco prioridades os programas de prevenção da cegueira, que consistem em: identificação e tratamento precoces de alterações oculares na infância²¹. Nesta pesquisa, evidenciou-se que as duas instituições tinham em seus quadros profissionais oftalmologistas que trabalhavam com o Método.

Antes da idealização do Método Canguru, no atendimento neonatal, os recém-nascidos eram mantidos nas incubadoras até alcançarem o peso ideal da alta hospitalar, o que implicava em desestímulo ao aleitamento materno, rompimento do vínculo

mãe-bebê, entre outros²². Só será considerado Método Canguru o sistema que permite contato pele a pele precoce, realizado de maneira segura e orientada, por uma equipe treinada e competente e por escolha da família. No Brasil, o Ministério da Saúde tem o apoio financeiro do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para o fortalecimento do Método Canguru, para a capacitação dos profissionais, produção de materiais de instrução e educativos⁴.

Com a idealização do Método, um dos seus principais aspectos é o estímulo ao aleitamento materno. Importante para o binômio mãe-filho tanto do ponto de vista físico como psicológico, o aleitamento pode ser compreendido como ato de amor que exige carinho, atenção e disponibilidade da mãe para o recém-nascido, tornando o vínculo mãe-filho mais forte²³. Para essa meta ser concretizada, é primordial que haja o incentivo da equipe de saúde; desse modo, é importante que os profissionais de saúde forneçam orientações para as mães sobre os cuidados realizados com o recém-nascido, pois o Método preza que isso aconteça²⁴.

A equipe multidisciplinar cuida e oferece apoio à mãe, que passa por uma fase difícil e necessita de apoio e informações, que devem ser consideradas importantes pelos profissionais, visto que os problemas enfrentados podem afetar na flexibilidade e nas relações com a equipe de saúde. Algumas vezes, devido à falta de informação, as mães são dominadas pelo desespero, pois não compreendem o quadro clínico do bebê²⁵.

A humanização é um desafio que parece ser de inteira responsabilidade da ação do profissional, dirigida aos usuários, mas devemos lembrar que a humanização deve ser também estendida aos profissionais de saúde através de ações que englobem o seu trabalho⁹. Por isso, a promoção do cuidado deve auxiliar o vínculo mãe-filho, pois, quando há o acolhimento à mãe e a equipe de profissionais é atenciosa e acolhedora e há o cuidado com a humanização, há uma melhora no relacionamento da mãe com o filho, da mãe com a equipe de saúde e com a instituição²⁶.

Como foi demonstrado, a equipe de profissionais é uma parte muito importante do Método Canguru, de modo que todos os profissionais, cada qual com sua especialidade, unem-se para oferecer o melhor tratamento para o recém-nascido e sua família; muitas vezes, os profissionais estão realizando várias tarefas ao mesmo tempo, de acordo com sua

especialidade, mas cabe a cada profissional uma atenção geral sobre todo o Método²⁴.

A atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso com o Método Canguru é um meio de qualificação pautado na atitude dos profissionais de saúde perante o bebê, pois, ao proporcionar mais contato do bebê com a mãe ou do bebê com outros familiares, cria-se uma rede de apoio, gerando, assim, efeitos positivos no bebê, como a diminuição dos efeitos negativos da internação⁹. A palavra humanização vem sendo bastante utilizada no ambiente da saúde para demonstrar o quão importante é a valorização da qualidade do cuidado, associada ao direito do paciente, de suas crenças e referências, implicando na importância da valorização do profissional de saúde²⁷.

Tendo em vista que vários profissionais estão envolvidos no cuidado ao recém-nascido pré-termo, não se deve esquecer de ações que trabalhem e ajudem os profissionais da saúde a contribuir com o melhor atendimento a essas famílias; como foi demonstrado, uma equipe é composta por vários profissionais de saúde que, juntos, formam uma equipe multidisciplinar que necessita de várias ações que ofereçam suporte ao seu atendimento.

CONCLUSÃO

Observou-se que, quando a família é bem acolhida pela equipe de saúde, o relacionamento entre mãe-bebê se fortalece e contribui com a melhora do relacionamento com os profissionais de saúde; o relacionamento da família com esses profissionais é de extrema importância, pois ajuda a tornar o atendimento ao recém-nascido pré-termo mais humanizado, e, por esse motivo, é importante ter uma equipe multidisciplinar, buscando-se repassar todas as informações e orientações para a família. Além disso, podemos observar que o Método Canguru contribui também para a estimulação ao aleitamento materno e fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

Diante de tantos benefícios, sugere-se que outros estudos sejam realizados sobre o Método Canguru e que outras instituições que utilizam o Método possam ser pesquisadas para mostrar mais da sua efetividade na nossa região e quais profissionais que atuam nesse contexto. Dentro da nossa limitação de pesquisa, pontua-se o fato de não ter sido possível pesquisar outros hospitais/maternidades em nossa cidade.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Stefany Gomes da Silva Velasco contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Karina da Silva** contribuiu com a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2017.
2. Carvalho MR, Prochnik M. Método Mãe-Canguru de atenção ao prematuro [Internet]. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social; 2001 [cited 2019 May 10]. Available from: http://federativo.bndes.gov.br/bf_bancos/experiencias/x0001959
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.683, de 12 de julho de 2007 [Document on the internet]. Brasília (DF); 2007 [cited 2019 May 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso – Método Mãe-Canguru – Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Schubert CA, Morsch DS, Lima G, Rego JD, Oliveira MC, Andrade MA. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso – MMC. Brasília: Editora MS Coordenação de Gestão Editorial; 2011.
6. Santana JCB, Assis APO, Silva CCD, Quites HFO. Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. *Enferm Rev* [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 11];16(1):34-49. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13017>
7. Bailey S. Kangaroo mother care. *BJHM* [Internet]. 2012 [cited 2019 Dec 11];73(5):278-81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22585327/>
8. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas [Document on the internet]. Pelotas: Unicef; 2013 [cited 2019 Dec 10]. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a02.pdf>
9. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MA. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *CSC* [Internet]. 2005 [cited 2019 Dec 31];(10):659-68. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7QNzYF6dxxD3mpmZP4gr3Pp/?lang=pt>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Manual Técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Frigo J, Zocche DAA, Palavro GL, Turatti LA, Neves ET, Schaefer TM. Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 18];5(1):58-68. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12900>
12. Santos MH, Azevedo Filho FM. Benefícios do método mãe canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura. *Universitas: Ciênc Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 29];14(1):67-76. Available from: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3477>
13. Entringer AP, Pinto MT, Magluta C, Gomes MASM. Impacto orçamentário da utilização do Método Canguru no cuidado neonatal. *RSP*. 2013;(47):976-83.
14. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas [Document on the internet]. Pelotas: Unicef; 2013 [cited 2019 Dec 10]. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a02.pdf>
15. Crestani AH, Souza APR, Beltrami L, Moraes AB. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. *J Soc Bras Fonoaudiol* [Internet]. 2012 [cited 2019 Dec 11];205-10. Available from: <https://www.scielo.br/j/jsbf/a/j7FpqssjTtQtdTfL4NyFsxM/?format=pdf&lang=pt>
16. Shah SM, Zaidi S, Ahmed J, Rehman SU. Motivação e retenção de médicos em unidades de saúde primária: um estudo qualitativo de Abbottabad, Paquistão. *RGSS*. 2016; 5(8):467.
17. Sandes JL, Santos DL, Gomes JM, Silva GS, Oliveira CM. Atuação do fisioterapeuta e a resposta do recém-nascido ao método canguru: estudo documental. *Rev Saúde UNG SER* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 11];12(3-4):14-22. Available from: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3616>
18. Rangey PS, Sheth M. Comparative Effect of Massage Therapy versus Kangaroo Mother Care on Body Weight and Length of Hospital Stay in Low

Birth Weight Preterm Infants. J Ped [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 11];2014:434060. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24976830/>

19. Pinheiro MR, Carr AM. A eficácia do método mãe canguru em comparação aos cuidados convencionais em uma UTI Neonatal/The effectiveness of the kangaroo mother method in comparison of conventional care in a Neonatal UTI. Braz J Health Rev [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 11];14;2(2):1039-48. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1295>

20. Rossetto JD, Hopker LM, Carvalho LEM, Vadas MG, Zin AA, Mendonça TS, et al. Diretrizes brasileiras sobre avaliação oftalmológica de crianças saudáveis menores de 5 anos: exames recomendados e frequência. Arqu Bras Oftalmol [Internet]. 2021 [cited 2019 Dec 30];84(6):561-68. Available from: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27492021000600561&script=sci_abstract&tlng=pt

21. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. CD58/INF/2 - Plano de ação para a prevenção da cegueira e das deficiências visuais: Relatório final [Internet]. Washington (DC); 2014 [cited 2019 Dec 11]. Available from: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd58inf2-plano-acao-para-prevencao-dacegueira-e-das-deficiencias-visuais-relatorio>

22. Freitas J O, Climene LC. Discutindo o cuidado ao recém-nascido e sua família no método mãe-canguru. J Hum Growth Dev [Internet]. 2006 [cited 2019 Dec 11];16(2):88-95. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822006000200009

23. Almeida HD, Venancio SI, Sanches MTC, Onuki D. The impact of kangaroo care on exclusive breastfeeding in low birth weight newborns. J Pediatr [Internet]. 2010 [cited 2019 Dec 11];86:250-3. Available from: <https://www.scielo.br/j/jped/a/G4GfFH7fZg6R9bcrKzNRkPL/?format=pdf&lang=en>

24. Silva JRD, Thomé CR, Abreu RMD. Método mãe canguru nos hospitais/maternidades públicos de Salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método. Rev CEFAC [Internet]. 2011 [cited 2019 Dec 11];13(3):522-33. Available from: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/FRvKprdfPZmkJL6D6zdDWZb/?format=pdf&lang=pt>

25. Eleutério FRR, Rolim KMC, Campos ACS, Frota MA, Oliveira MMC. O imaginário das mães sobre a vivência no método Mãe Canguru. Ciênc cuid saúde [Internet]. 2008 [cited 2019 Dec 19];7(4):439-46. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6618>

26. Borck M, Costa R, Klock P, Custódio Z, Barcelos M. Interdisciplinaridade na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso num centro de referência nacional do método canguru. Holos [Internet]. 2015 [cited 2019 May 28];3:404-14. Available from: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/2730>

27. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. CSC [Internet]. 2004 [cited 2019 May 22];9(1):7-14. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7jS34hDzJbQtCHMjYFHKf4L/?lang=pt>



O LIXO COMO UM FATOR DE RISCO À SAÚDE PÚBLICA NA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ

GARBAGE AS A RISK FACTOR TO PUBLIC HEALTH IN THE CITY OF FORTALEZA, CEARÁ

LA BASURA COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD PÚBLICA EN LA CIUDAD DE FORTALEZA, CEARÁ

Andressa Olivia da Silveira Gomes ¹Mônica de Oliveira Belém ²**Como Citar:**

Gomes AOS, Belém MO. O lixo como um fator de risco à saúde pública na cidade de Fortaleza, Ceará. *Sanare*. 2022; 21(1):21-28.

Descritores:

Descargas a Céu Aberto; Resíduos Sólidos; Doenças Transmissíveis; Meio Ambiente; Saúde Pública.

Descriptors:

Open Air Discharges; Solid Waste; Communicable Diseases; Environment; Public Health.

Descriptores:

Descargas a Cielo Abierto; Residuos Sólidos; Enfermedades Transmisibles; Medio Ambiente; Salud Pública.

Submetido:

07/08/2021

Aprovado:

24/05/2022

Autor(a) para Correspondência:

Mônica de Oliveira Belém
Centro Universitário Christus
(UNICHRISTUS)
R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó,
Fortaleza - CE
CEP: 60190-180
e-mail: monica.belem@unichristus.
edu.br

RESUMO

O presente estudo objetivou caracterizar casos confirmados de doenças relacionadas ao lixo, e seu manejo, no município de Fortaleza, entre 2017 e 2018. Trata-se de um estudo ecológico, em que foi realizada busca nas bases de dados do Sistema Nacional de Agravos e Notificações, da Prefeitura de Fortaleza, Secretaria Municipal de Urbanismo e Meio Ambiente, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e Marquise Ambiental. Por meio desses dados foram registradas prevalências de doenças vinculadas, de forma direta ou indireta, quanto ao manejo de lixo. No estado do Ceará, são prevalentes as doenças: leptospirose, dengue, tétano, Doença Transmitida por Alimentos, Doença Diarreica Aguda e leishmaniose. A incidência média semanal dessas doenças, referente às semanas epidemiológicas 52/2017 a 52/2018, mostrou aumento no número de casos, da ordem de 120% para Leptospirose, 50% para Tétano, 200% para Doença Transmitida por Alimento e 5,2% para Leishmaniose. Em contrapartida, verificou-se diminuição de 99,9% e de 21,3% para Dengue e Doença Diarreica Aguda, respectivamente. Diante desses dados, é possível concluir que doenças transmissíveis relacionadas direta ou indiretamente ao lixo ainda são um grave problema de saúde pública na capital do Ceará.

1. Biomédica. Pós-graduanda em Biomedicina Estética pela IAMP, participa de projetos de pesquisa na área de saúde pública. E-mail: andressasilveira.biomedicina@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6018-5455>

2. Biomédica. Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Foi analista de biologia molecular da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/CE), na Central de Diagnóstico de covid-19. Atua como docente de nível superior na graduação e mestrado do Centro Universitário Christus. É Gestora de Pesquisa dos Programas de Residência da Área Profissional e Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: monica.belem@unichristus.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2304-0748>

ABSTRACT

The present study aimed to characterize confirmed cases of garbage-related diseases, and their management, in the city of Fortaleza, between 2017 and 2018. This is an ecological study, in which a search was carried out in the databases of the National System of Injuries and Notifications (Sistema Nacional de Agravos e Notificações) of the City Hall of Fortaleza, Municipal Department of Urbanism and Environment (Secretaria Municipal de Urbanismo e Meio Ambiente), Municipal Health Department (Secretaria Municipal de Saúde) of Fortaleza, and Marquise Ambiental (Environmental Marquise). Through these data, the prevalence of diseases linked, directly or indirectly, to waste management were recorded. In the state of Ceará, the following diseases are prevalent: Leptospirosis, Dengue, Tetanus, Foodborne Disease, Acute Diarrheal Disease, and Leishmaniasis. The average weekly incidence of these diseases, referring to epidemiological weeks 52/2017 to 52/2018, showed an increase in the number of cases, in the order of 120% for Leptospirosis, 50% for Tetanus, 200% for Foodborne Disease, and 5.2 % for Leishmaniasis. On the other hand, there was a decrease of 99.9% and 21.3% for Dengue and Acute Diarrheal Disease, respectively. Given these data, it was possible for us to conclude that communicable diseases related directly or indirectly to garbage are still a serious public health problem in the capital of Ceará.

RESUMEN

El presente estudio objetivó caracterizar casos confirmados de enfermedades relacionadas a la basura, y su manejo, en el municipio de Fortaleza, entre 2017 y 2018. Se trata de un estudio ecológico, en lo cual fue realizada búsqueda en las bases de datos del Sistema Nacional de Agravios y Notificaciones, de la Alcaldía de Fortaleza, Departamento Municipal de Urbanismo y Medio Ambiente, Departamento Municipal de Salud de Fortaleza y Marquesina Ambiental. Por medio de esos datos fueron registrados prevalencias de enfermedades relacionadas, de forma directa o indirecta, cuanto al manejo de basura. En el estado de Ceará, son predominantes las enfermedades: Leptospirosis, Dengue, Tétano, Enfermedad Transmitida por Alimentos, Enfermedad Diarreica Aguda y Leishmaniosis. La incidencia media semanal de esas enfermedades, referente a las semanas epidemiológicas 52/2017 a 52/2018, mostró aumento en el número de casos, del orden de 120% para Leptospirosis, 50% para Tétano, 200% para Enfermedad Transmitida por Alimento y 5,2% para Leishmaniosis. En contrapartida, se verificó disminución de 99,9% y de 21,3% para Dengue y Enfermedad Diarreica Aguda, respectivamente. Frente a esos datos, es posible concluir que enfermedades transmisibles relacionadas directa o indirectamente a la basura son todavía un grave problema de salud pública en la capital de Ceará.

.....

INTRODUÇÃO

Os resíduos sólidos constituem-se de todo material derivado das funções diárias da sociedade. Eles podem ser encontrados nos estados sólido, líquido e gasoso¹. Atualmente, os resíduos sólidos configuram um dos maiores problemas ambientais em todo o mundo. A criação de novas cidades e o desenvolvimento das áreas urbanas vêm colaborando para o aumento dos impactos negativos ao meio ambiente².

De acordo com uma pesquisa feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 65% dos municípios brasileiros o lixo é descartado de forma indevida, em locais sem nenhum controle ambiental ou sanitário, conhecidos como lixões ou vazadouros. Nesses terrenos, os resíduos são depositados a céu aberto, sem qualquer critério específico ou tratamento devido do solo, corroborando ainda com a modificação da paisagem.

O chorume é um resíduo líquido formado a partir da decomposição de matéria orgânica presente no lixo, contamina a água e, conseqüentemente, a saúde de organismos vivos, além de causar mau cheiro. Esses lixões causam sérios danos ao meio ambiente e à saúde pública³.

A produção desenfreada de resíduos sólidos nas cidades torna-se um grande transtorno para a sociedade urbana. O consumo de produtos e o inadequado descarte de resíduo sólido incorpora uma lista de efeitos indesejáveis⁴. No Brasil, especialmente nas áreas de baixa renda, o descarte inapropriado de lixo, a irregularidade na coleta e transporte dos resíduos e a baixa qualidade das moradias fazem parte de um mesmo cenário⁵.

A fim de enfrentar esses problemas, o Brasil implementou, em 2010, a Lei de Política Nacional de Resíduos Sólidos Brasileiros, que tem o objetivo de combater a poluição, buscando inovações tecnológicas e desenvolvimento sustentável. Deve

ocorrer com base nos gerenciamentos dos resíduos, com menor produção, bem como reutilização, reciclagem, tratamento e estrutura ambiental compatível para os rejeitos gerados⁶. Em busca de minimizar os impactos causados pelos resíduos sólidos, é fundamental que a população se envolva e interaja, por meio de programas educativos que enfatizem os bons hábitos e a prevenção de danos ao meio ambiente. Visando enfrentar esse problema, a população deve pautar-se no consumo com base nos 3Rs (Reduzir, Reutilizar, Reciclar), ou seja, reduzir o necessário, reutilizar o máximo possível e estimular a reciclagem. Todas essas atitudes buscando minimizar a produção desordenada de lixo⁷.

Dentre as formas de destino do lixo, pode-se citar a coleta seletiva, aterro sanitário, reúso ou reciclagem, compostagem, incineração e unidades de segregação³. A coleta seletiva, por separação dos resíduos de acordo com sua constituição ou composição, divide resíduos recicláveis, secos ou rejeitos, com características semelhantes, que podem ser separados pelo cidadão, empresa ou outra instituição, e designados para a coleta separadamente⁸. A distribuição desses resíduos deve ser avaliada quantitativamente e qualitativamente, a fim de estruturar melhor o processo dessa coleta. Esse processamento acelera a própria reciclagem. Nesse sentido, constituem-se recicláveis secos os metais, papel, papelão e diferentes tipos de plásticos e vidros. Já os rejeitos são aqueles elementos não recicláveis, constituídos principalmente por resíduos de banheiros e outros resíduos de limpeza⁹.

Reciclar tem o objetivo de transformar materiais usados em novos. Esse processo, além de preservar o meio ambiente, também gera riquezas. Dentre esses materiais, os mais comumente reciclados são: vidro, alumínio, papel e plástico. Através da reciclagem ocorre a diminuição da poluição do solo, da água e do ar. Muitas indústrias estão reciclando matérias, reduzindo, com isso, o custo de produção. Outro benefício da reciclagem é a geração de emprego e o complemento da renda familiar. A reciclagem é extremamente importante não só para reduzir a extração de recursos naturais para matérias-primas das indústrias, como também ajuda a amenizar um dos maiores problemas da atualidade: o lixo¹.

O lixo não só interfere no meio ambiente, mas também na qualidade de vida e na saúde das comunidades. O seu acúmulo torna-se criadouro para vetores transmissores de doenças, como roedores, insetos e mosquitos, oferecendo ainda condições

ideais para a sua reprodução. Alguns vetores como moscas, baratas, mosquitos e ratos podem transmitir doenças como a febre tifoide, cólera, amebíase, disenteria, giardíase, ascaridíase, leishmaniose, febre amarela, dengue, malária, leptospirose, peste bubônica e tétano⁸. Reflexo disso é o registro de mais de 37 mil casos de leptospirose no Brasil, no período de 2010 a 2019, com predomínio em adultos de baixa escolaridade das áreas urbanas das regiões sul e sudeste do país⁹. Situação decorrente das condições da saúde das coletividades populacionais, como acesso ao saneamento básico, coleta de lixo, vigilância epidemiológica bem estruturada, educação em saúde e acesso aos serviços de saúde. Sendo, por isso, urgente o correto manejo do lixo, sobretudo nos centros urbanos.

Devido às consequências geradas pelo lixo e ao crescimento populacional desordenado nos grandes centros urbanos, o aumento dos níveis de consumo e a despreocupação com os resíduos sólidos vem causando caos ao meio ambiente e um grave problema à saúde pública³. A cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, é a 5º maior do país, com 2.452.185 habitantes, de acordo com o IBGE (2010). Fortaleza está dividida em sete Secretarias Executivas Regionais, que vão de I a VI, mais a regional do centro (CerceFor), compreendendo 199 bairros¹⁰.

No município de Fortaleza, de acordo com os últimos dados atualizados do IBGE (2010), a coleta dos resíduos sólidos vem crescendo, uma vez que 98,75% dos domicílios da cidade são atendidos pela coleta de lixo¹¹. Porém, ainda assim, existem problemas relacionados aos resíduos sólidos. Destacam-se, aqui, o crescimento da população urbana, o aumento da geração de resíduos produzidos diariamente, a cultura dos descartáveis e a pequena participação da população na coleta seletiva e reciclagem.

Por conta desses problemas relacionados aos resíduos sólidos em Fortaleza, foram criadas várias diretrizes de ações de combate ao lixo, como: melhoria da limpeza urbana, fiscal cidadão, Ecopontos, reciclagem, coleta seletiva, atividades de educação ambiental, entre outros¹². Todas essas diretrizes são executadas pela Prefeitura de Fortaleza, Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Controle Urbano, Secretaria Municipal de Finanças, Secretarias Executivas Regionais, e outros serviços prestados por empresas terceirizadas, como Marquise, Cocace e a Coopserv. A união dessas diretrizes e empresas ajudam no gerenciamento dos resíduos sólidos¹³.

Diante dessa problemática, objetivou-se analisar a prevalência das doenças vinculadas ao lixo e o seu manejo, no município de Fortaleza, em um período entre 2017 e 2018.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, realizado por meio de busca de dados no Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN), nos dados da Prefeitura de Fortaleza, da Secretaria Municipal de Urbanismo e Meio Ambiente (SEUMA), da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e Marquise Ambiental.

No SINAN, foram analisadas as prevalências de doenças vinculadas, direta ou indiretamente, ao lixo no município de Fortaleza, no período entre 2017 e 2018, sendo considerado um ano epidemiológico completo (semana epidemiológica 52/2017 – semana epidemiológica 52/2018). Foram incluídas apenas as doenças com, pelo menos, um registro de caso para o período definido. Foram excluídas aquelas doenças que, apesar de relatos na literatura demonstrarem ter relação direta ou indireta com o lixo, não apresentaram registros durante o período da busca. Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel*®, sendo apresentada a prevalência para cada 100.000 habitantes para cada uma das doenças de interesse.

Nas páginas oficiais da Prefeitura de Fortaleza, Secretaria Municipal de Urbanismo e Meio Ambiente (SEUMA), Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e Marquise Ambiental, a fim de obter dados relativos ao tipo da coleta de lixo, foram analisadas a frequência de coleta de lixo no município, por regional de saúde, e a existência e distribuição dos pontos de deposição e descarte de lixo reciclável em todo o território da cidade.

Foram, ainda, feitos registros fotográficos, valendo-se de câmera digital, de locais de deposição irregular de lixo em todas as regionais de saúde do território de saúde, a fim de triangular a existência dos pontos de descarte de lixo reciclável, a coleta regular de lixo e a manutenção da prática de descarte irregular de lixo no território de Fortaleza. De todos esses registros, foi escolhida uma imagem representativa para demonstrar a situação do descarte de lixo em cada regional de saúde do município de Fortaleza.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que, por meio da busca

ao Sistema Nacional de Agravos e Notificações, identificou-se que até a última semana epidemiológica de dezembro de 2017 (52/2017), e mesmo período de 2018 (57/2018), a prevalência de doenças vinculadas direta ou indiretamente pelo lixo apresentou aumento de 120% no número de casos de leptospirose; 50% para Tétano; 200% para Doença Transmitida por Alimento; e 5,2% para leishmaniose. Em contrapartida, houve diminuição de 99,9% e de 21,3% para dengue e Doença Diarreica Aguda, respectivamente. O Zika Vírus teve uma diminuição de 90%, comparada com o ano de 2018. Já para a Chikungunya, a redução foi de 99%, comparando-se os dois períodos.

Tabela 1. Doenças relacionadas ao descarte indevido do lixo, e sua prevalência nos anos de 2017 e 2018, na cidade de Fortaleza, Ceará.

Doenças	Prevalência (/100.000 hab)	
	Semana Epidemiológica	
	52/2017	52/2018
Leptospirose	15	33
Dengue	13.532	1.232
Zika Vírus	21	11
Chikungunya	57.435	536
Tétano	8	12
DTA*	1	3
DDA	37.405	29.419
Leishmaniose	58	61

* DTA: Doença Transmitida por alimentos. DDA: Doença Diarreica Aguda.

População estimada: 2.609.716 habitantes.

Fonte: Doenças de Notificação Compulsória - Notificação referente às Semanas Epidemiológicas 52/2017 e 52/2018¹⁴.

Já no que diz respeito à coleta de lixo no município de Fortaleza, foi possível verificar que essa ocorre com frequência em todos os bairros. De acordo com cada regional de saúde, o caminhão do lixo tem o dia e o horário previstos para a passagem. As informações dos bairros e seus respectivos horários de coleta podem ser encontradas em jornais locais, bem como no site da própria empresa responsável pelo serviço. Em média, são realizadas três coletas semanais em cada um dos bairros.

Além disso, Fortaleza também conta com os Ecopontos, locais destinados ao descarte voluntário de materiais recicláveis. Esses pontos estão

localizados em todas as regionais de saúde de Fortaleza, com horário de funcionamento de segunda a sábado, entre 8 e 12 horas, e de 14 às 17 horas⁹. A Tabela 2 apresenta as informações sobre a distribuição semanal e horário estimado para a coleta de lixo e o quantitativo de EcoPontos cadastrados nas regionais de saúde.

Tabela 2. Coleta de lixo por dia, horários e EcoPontos com as suas respectivas regionais. Fortaleza, Ceará.

Regional	Dias	Horários	Ecopontos
I	Terça, Quinta e Sexta	19:00 horas	11
II	Segunda, Quarta e Sexta	19:00 horas	9
III	Segunda, Quarta e sexta	19:00 horas	7
IV	Terça, Quinta e Sexta	19:00 horas	6
V	Terça, Quinta e Sábado	6:20 horas	12
VI	Terça, Quinta e Sábado	6:20 horas	14
CENTROFOR	Terça, Quinta e Sábado	19:00 horas	2

Fonte: Marquise Ambiental¹⁵.

Apesar de na cidade de Fortaleza haver 61 EcoPontos distribuídos em todas as regionais de saúde, e todas essas regionais serem atendidas pela coleta de lixo, verifica-se que ainda existe a prática de descarte irregular de lixo, sobretudo em calçadas. A Figura 1 apresenta registro fotográfico que evidencia o descarte irregular de lixo em todas as regionais de saúde de Fortaleza. Cada regional foi representada por um bairro específico.

Figura 1. Fotos representativas de descarte irregular de lixo nas regionais de saúde de Fortaleza, Ceará.



(A) Regional I: Avenida Tenente Lisboa – Próximo ao número 1960, Bairro Carlito Pamplona. (B) Regional II: Avenida Soriano Albuquerque – Próximo ao Número 230, Bairro Joaquim Távora. (C) Regional III: Rua Gustavo Braga, esquina com a Rua Gonçalves Dias, Bairro Rodolfo Teófilo. (D) Regional IV: Avenida Jose Basto – Número 5285, Bairro Demócrito Rocha. (E) Regional V: Avenida G, próximo à Avenida I – Conjunto José Walter. (F) Regional VI: Rua Manuel Castelo Branco – Número 619, Messejana.

Fonte: Acervo pessoal.

DISCUSSÃO

No estudo da prevalência das doenças vinculadas ao lixo no estado do Ceará, foram priorizados os dados das doenças: leptospirose, dengue, tétano, Doença Transmitida por Alimentos, Doença Diarreica Aguda e leishmaniose, pois apenas essas são prevalentes no estado. É importante ressaltar que tais doenças ainda geram prejuízos econômicos. Em pesquisa divulgada pelo Instituto Trata Brasil, observa-se que os dias de afastamento do trabalho de pessoas com diarreia geram, anualmente, um prejuízo de 17,5 milhões de reais. Enquanto o número médio de internações anuais por infecções gastrointestinais fica na casa de 340.000 por ano, gerando um custo com hospitalizações e internações, apenas para o Sistema Único de Saúde, em torno dos 125 milhões de reais¹⁶.

Os descartes irregulares de lixo realizados pelos moradores prejudicam tanto o meio ambiente como a saúde pública. A Prefeitura de Fortaleza, ainda na tentativa de coibir tal prática, estabelece uma multa mínima diária no valor de R\$ 389,39 àqueles que forem flagrados realizando algum tipo de descarte¹⁷. Porém a falta de fiscalização dificulta tal ação. É importante ressaltar que a Prefeitura de Fortaleza adotou um programa de incentivo ao descarte de lixo reciclado nos Ecopontos. Por meio desse programa, as pessoas recebem desconto na conta de energia, pela troca de resíduos recicláveis. Para conseguir esse desconto, basta o cidadão ir ao Ecoponto mais próximo e receber o *Cartão Recicla Fortaleza*. Feito isso, basta separar os resíduos recicláveis e levá-los até o Ecoponto para a pesagem¹⁷.

É mister ainda salientar que o território de Fortaleza implantou, entre os anos de 2019 e maio de 2022, mais 29 espaços de descarte de lixo reciclável, contemplando todas as regionais de saúde. Assim, o município passou de 61 Ecopontos, em 2019 (Tabela

2), para 90 Ecopontos até o momento da publicação deste artigo¹⁸. Com isso posto, é possível evidenciar a falta de informação e conscientização da população em relação ao descarte regular de lixo, bem como da Coleta Municipal Urbana, e os Ecopontos⁶. O cuidado com o meio ambiente depende de toda a população¹⁸. O incentivo às ações de educação ambiental é processo fundamental para o enfrentamento desse problema, pois, por meio de serviços educativos, é possível incentivar a população a conhecer e fazer adequadamente a parte dela¹⁹.

Com este trabalho, almejamos evidenciar a necessidade de mais ações que estimulem a conscientização da população e o sentimento de pertencimento ao espaço da cidade como um espaço coletivo de vivência, ao mesmo tempo que se espera maior engajamento do poder público, na busca por soluções mais exequíveis e que visem à solução dos problemas ambientais e o lixo. Por intermédio de projetos educacionais estimulando a mudança de hábitos, demonstrando formas práticas para o descarte de lixo corretamente, como separar os lixos seco e úmido, a utilização dos 3Rs (reciclar-reutilizar-reduzir), coleta seletiva, dias e horários certos para descarte devido de lixo e uso e importância dos Ecopontos. Tais atitudes colaborariam na redução da quantidade de lixo acumulado e menor incidência de doenças veiculadas a esses resíduos.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir, assim, que existem diversos recursos para o manejo dos resíduos sólidos, como a coleta seletiva, aterros sanitários, a utilização dos 3Rs, compostagem, incineração, esterilização, aterro controlado e lixões. Porém a falta de informação da população sobre o descarte de lixo em locais inadequados ainda é um grande problema, tanto ambiental como de saúde pública, uma vez que colabora para a alta prevalência de doenças vinculadas ao lixo²⁰.

Além disso, apesar de a gestão municipal de Fortaleza ter investido, ao longo dos últimos anos, em estratégias de contenção do descarte irregular de lixo com a instalação de Ecopontos em todas as regionais de saúde, o incentivo financeiro para a utilização desses espaços, e de oferecer, mediante pagamento de impostos públicos, a coleta regular de lixo três vezes na semana em todo o território municipal segundo calendário público publicizado, ainda é carente o investimento em ações de

educação em manejo do lixo, que oportunizem o melhor uso desses recursos, e assim coíbam a prática recorrente do descarte irregular de lixo. Soma-se a isso a importância da conscientização da população para compreender a necessidade da adoção de tais práticas e os prejuízos que essas ações podem trazer, sobretudo àqueles que habitam áreas de maior vulnerabilidade, que são afetados de forma recorrente com os prejuízos e desdobramentos negativos do descarte irregular de lixo nas cidades.

É importante ainda pontuar que este estudo teve como limitação apenas mostrar um recorte temporal diminuto das consequências sanitárias do lixo, bem como limitou-se a dados públicos já publicizados que podem não revelar a realidade atual do município e individual dos grupos populacionais do território, devido à falácia ecológica, inerente a todo estudo do tipo ecológico. A fim de mitigar esses aspectos, sugere-se que novos estudos sejam realizados, com uma abordagem individual, oportunizando a descrição mais detalhada da realidade pormenorizada das coletividades.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Andressa Olivia da Silveira Gomes contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Mônica de Oliveira Belém** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Richte LT. A importância da conscientização e da coleta seletiva de lixo no município de Palmitos - SC [monografia] [Internet]. Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2014 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/22711>
2. Mucelin CA, Bellini M. Lixo e impactos ambientais perceptíveis no ecossistema urbano. Soc Nat [Internet]. 2008 Jun 1 [cited 2021 Feb 15];20(1):111-24. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1982-45132008000100008&script=sci_arttext&tlng=pt
3. Almeida SP, Pereira LS, Toledo MM, Palmeira AML. Análise da qualidade e oportunidade dos dados do Sinan no enfrentamento à dengue: reflexões e contribuições para políticas públicas de saúde. Prát Cuid Rev Saude Colet [Internet]. 10º de novembro de 2021 [cited 2022 May 23];2:e12964. Available from: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/12964>

4. Araújo KK, Pimentel AK. A problemática do descarte irregular dos resíduos sólidos urbanos nos bairros Vergel do Lago e Jatiúca em Maceió, Alagoas. Rev Gestão Sustent Amb. 2015 Oct 9;4(2):626.

5. Gouveia N. Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2021 Apr 6];17(6):1503-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000600014&lng=en&nrm=iso&tln_g=pt

6. Cardoso FCI, Cardoso JC. O problema do lixo e algumas perspectivas para redução de impactos. Ciênc Cultura [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2021 Aug 20];68(4):25-9. Available from: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252016000400010&script=sci_arttext&tlng=en

7. Fundação Nacional de Saúde. Lixo e saúde: aprenda a cuidar corretamente do lixo e descubra como ter uma vida mais saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

8. Ministério do Meio Ambiente [Internet]. Ministério do Meio Ambiente. 2021 [cited 2022 May 22]. Available from: <https://www.mma.gov.br/cidades-sustentaveis/residuos-solidos/catadores-de-materiais-reciclavaveis/reciclagem-e-reaproveitamento>

9. Oliveira EH, Holanda EC, Andrade SM, Costa PRC, Taminato RL, Santos DA. Leptospirosis in Brazil: an approach to public health. RSD [Internet]. 2022 [cited 2022 May 22];11(6):e19411627111. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/%20view/27111>

10. Prefeitura de Fortaleza. A Cidade [Internet]. [cited 2022 May 22]. Available from: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/a-cidade>

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fortaleza [Internet]. População [cited 2022 May 22]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>

12. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018 - 2021 [Internet]. Fortaleza; 2017 [cited 2022 May 22]. Available from: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021.pdf>

13. Prefeitura de Fortaleza. Relatório IV - Plano municipal de gestão integrada de resíduos sólidos de Fortaleza ACFOR Contratante Estado do Ceará [Internet]. Sanetal - Engenharia & Consultoria.

Fortaleza; 2012 [cited 2022 Nov 29]. Available from: https://urbanismoemeioambiente.fortaleza.ce.gov.br/images/urbanismoemeioambiente/infocidade/plano_municipal_de_gesto_integrada_de_residuos_solidos

14. Fortaleza. Boletins epidemiológicos, Plano de Contingência, editais e demais materiais [Internet]. [cited 2022 Nov 29]. Available from: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/boletins-epidemiologicos>

15. Marquise Ambiental. Calendário de Coleta Domiciliar [Internet]. [cited 2019 Oct 26]. Available from: <http://www.marquiseambiental.com.br/>

16. User S. Saúde - Trata Brasil [Internet] [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://tratabrasil.org.br/pt/saneamento/principais-estatisticas/no-brasil/saude>

17. Secretaria Municipal de Urbanismo e Meio Ambiente. Código da Cidade do Município de Fortaleza [Internet]. Fortaleza; 2019 [cited 2022 Nov 28]. Available from: https://urbanismoemeioambiente.fortaleza.ce.gov.br/images/urbanismo-e-meio-ambiente/infocidade/codigo-da-cidade/lei_complementar_n_286_de_06_de_janeiro_%20de_%202020.pdf

18. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Ecopontos - Urbanismo e Meio Ambiente [Internet]. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/urbanismo-meio-ambiente/servico/324>

19. Sousa GL, Medeiros AB, Mendonça MJSL, Oliveira IP. A Importância da educação ambiental na escola nas séries iniciais. Rev Faculdade Montes Belos [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 28];4(1). Available from: <http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/30>

20. Silva CHC, Mesquita IB. Análise da implementação da Lei n.º 12.305/2010 pela Prefeitura de Fortaleza como instrumento de inclusão social e reconhecimento profissional dos catadores de resíduos recicláveis. Cadernos do Observatório: Políticas Públicas para Cidades [Internet]. Fortaleza; 2019 [cited 2019 Nov 28]. Available from: <https://acervo.fortaleza.ce.gov.br/download-file/documentById?id=744191df-535c-458b-8366-ffde7462645b>



ANÁLISE DO MODELO VIGENTE DE GOVERNANÇA REGIONAL COM FOCO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANALYSIS OF THE CURRENT REGIONAL GOVERNANCE MODEL FOCUSING ON HEALTH SURVEILLANCE
ANÁLISIS DEL MODELO VIGENTE DE GOBERNANZA REGIONAL CON FOCO EN LA VIGILANCIA SANITARIA

Antônio Augusto Vieira de Aragão ¹

Henrique Fernandes Câmara Neto ²

José Luiz Correia de Araújo Júnior ³

Como Citar:

Aragão AAV, Câmara Neto HF, Araújo Júnior JLC. Análise do modelo vigente de governança regional com foco na vigilância sanitária. *Sanare (Sobral, Online)*. 2022; 21(1):29-40.

Descritores:

Governança; Gestão em Saúde; Vigilância Sanitária; Política de Saúde; Saúde Pública.

Descriptors:

Governance; Health Management; Health Surveillance; Health Policy; Public Health.

Descriptores:

Gobernanza; Gestión de Salud; Vigilancia Sanitaria; Política de Salud; Salud Publica.

Submetido:

19/07/2021

Aprovado:

02/05/2022

Autor(a) para Correspondência:

Antônio Augusto Vieira de Aragão
End: Rua das Acácias SN, São Cristóvão
CEP - 56512-380 - Arcoverde - PE
E-mail: augustoapevisa@gmail.com

RESUMO

A Vigilância Sanitária (Visa) deve ser vista como prioridade na agenda governamental, pois engloba atividades de natureza interfederativa e intersetorial. Este estudo objetiva analisar o processo de Governança Regional relacionado ao modelo vigente de gestão de Visa, em Comissões Intergestoras Regionais (CIRs). Trata-se de um Estudo de Caso realizado por intermédio das análises e interseção de explanações geradas das entrevistas semiestruturadas de um grupo selecionado com 12 experts inseridos em Visa. A partir das informações obtidas, triangulação, análise dos dados documentais e observação, gerou-se a Matriz para Análise da Dimensão Política de Governança nas CIRs. Os resultados mostraram que a Governança Regional direcionada à Visa é conflitiva; além disso, não existem etapas para fortalecer e operacionalizar a Visa. As CIRs mostraram-se com pouca resolutividade, caracterizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão, o que provoca um vácuo na governança. Concluiu-se que é imprescindível definir novas estratégias e mecanismos que proporcionem maior cooperação entre os entes federados; quanto à utilização dos recursos, o modelo de gestão não é operacional, pois apresenta grandes discrepâncias, é anacrônico e incongruente. É provável que essas incorreções sejam parte de um cenário causado pela austeridade adotada no Sistema Único de Saúde, disposta na Emenda Constitucional n.º 95/2016.

1- Médico Veterinário pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Fiscal Sanitário da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco (UPE). MBA em Auditoria em Saúde (Unopar). Mestre e Doutor em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM - Fiocruz). Aluno de Pós-doutorado em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM - Fiocruz). Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: augustoapevisa@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5495-1923>

2- Engenheiro Civil pela Universidade de Pernambuco. Doutor em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. Professor do Instituto Federal de Pernambuco e Tecnologista do Instituto Aggeu Magalhães (IAM). Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: hcamara@cpqam.fiocruz.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7653-3597>

3- Médico pela Universidade Federal de Pernambuco, Mestre e Doutor em MA in Health Management, Planning and Policy pela University of Leeds. Professor Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Tecnologista/docente e pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães (IAM-Fiocruz) em Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: josearaujo@cpqam.fiocruz.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3600-7260>

ABSTRACT

Health Surveillance (Vigilância Sanitária, Visa) should be priority in the governmental agenda, as it encompasses activities of both interfederative and intersectoral nature. This study aims to analyze the Regional Governance process related to the current Visa management model, in Regional Interagency Committees (Comissões Intergestoras Regionais, CIRs). This is a Case Study, carried out through the analysis and intersection of explanations generated from semi-structured interviews, of a selected group of 12 experts inserted in Visa. From the information obtained, triangulation, analysis of documentary data, and observation, the Matrix for Analysis of the Political Dimension of Governance in the CIRs was generated. The results showed that Regional Governance directed at Visa is conflicting; furthermore, there are no steps to strengthen and operationalize Visa. The CIRs showed little resolution, characterized by the presence of institutional actors without decision-making power, causing a vacuum in governance. We concluded that it is essential to define new strategies and mechanisms that provide greater cooperation between federated entities; as for the use of resources, the management model is not operational, as it presents major discrepancies, is anachronistic, and incongruous. It is likely that these inaccuracies are part of a scenario caused by the austerity adopted in the Unified Health System, provided for in the Constitutional Amendment no. 95/2016.

RESUMEN

La Vigilancia Sanitaria (Visa) debe ser vista como prioridad en la agenda gubernamental, pues abarca actividades de naturaleza interfederativa e intersectorial. Este estudio tiene como objetivo analizar el proceso de Gobernanza Regional relacionado al modelo vigente de gestión de Visa, en Comisiones Intergestoras Regionales (CIRs). Se trata de un Estudio de Caso, realizado por medio de los análisis e intersección de explicaciones generadas de las entrevistas semiestructuradas, de un grupo elegido con 12 expertos inseridos en Visa. A partir de las informaciones obtenidas, triangulación, análisis de los datos documentales y observación, se generó la Matriz para Análisis de la Dimensión Política de Gobernanza en las CIRs. Los resultados mostraron que la Gobernanza Regional direccionada a la Visa es conflictiva; además a eso, no existen etapas para fortalecer y operacionalizar la Visa. Las CIRs se mostraron con poca resolución, caracterizadas por la presencia de actores institucionales sin poder de decisión, lo que provoca un vacío en la gobernanza. Se concluye que es imprescindible definir nuevas estrategias y mecanismos que proporcionen mayor cooperación entre los entes federados; en lo que dice respecto a la utilización de los recursos, el modelo de gestión no es operacional, pues presenta grandes discrepancias, es anacrónico e incongruente. Es probable que esas incorrecciones sean parte de un escenario causado por la austeridad adoptada en el Sistema Único de Salud, presente en la Emenda Constitucional nº 95/2016.

.....

INTRODUÇÃO

A Vigilância Sanitária (Visa), quando colocada em foco, e, sobretudo, diante de momentos de enfrentamento de graves problemas de saúde pública, deveria ser vista como uma prioridade na agenda governamental em saúde. Além de ter caráter prioritário, compreende um conjunto de instituições do setor saúde cuja finalidade é controlar riscos provenientes dos processos produtivos, pois engloba atividades de natureza interinstitucional e multiprofissional que demandam conhecimentos de diversas áreas do saber que, de forma articulada, intercomplementam-se^{1,2}.

A sua regionalização, como princípio fulcral para viabilizar os mecanismos de financiamento e repasses que vêm sendo implementados, reforça a necessidade de aumento da capacidade política e de

gestão em Visa para a criação de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) mais eficiente para alcançar seus objetivos de promover e proteger a saúde da população^{3,4}.

Os novos modelos de gestão podem ser aplicados, por gestores, como ferramentas de solução de problemas, desenvolvidos para aumentar a efetividade, a eficiência e a eficácia, e também destinam-se a resolver problemas e desafios (negociação/decisão) de ações e podem propiciar uma nova maneira de ver uma situação, resultando em uma mudança positiva⁵.

Nos anos 2000, surgiram instâncias de deliberação que aprimoraram o conceito de regionalização, fortalecendo as correlações de interdependência e responsabilização sanitária entre os entes estadual e municipais⁶. A mais importante foi a institucionalização das Comissões Intergestoras

Regionais (CIRs), que objetivam criar um fluxo contínuo de negociação/decisão entre os Municípios e a autoridade sanitária estadual, dentro do contexto, mas que aponta para uma lacuna na governança^{7,8}.

Este cenário mostra a emergência de novos papéis institucionais, que, mediante a crise permanente do sistema de saúde, reforçada pela carência crônica agudizada de recursos para custear a ampliação dos serviços, com objetivo de garantir ações, impõem às autoridades sanitárias integralizar os serviços disponíveis nas três esferas de governo, pois as alianças intergovernamentais e intersetoriais são vitais para compreender as competências necessárias para implementar essas ações, e também um motivo em trazer essa discussão para os espaços político e técnico, a qual deve ser debatida em colegiados^{6,9-11}.

Assim, a governança regional deve trazer à baila as formas de exercício da autoridade e os processos de incorporação dos interesses sociais na agenda de governo, bem como um processo de participação e negociação, que expõe a pluralidade de interesses (público e privado) em um quadro institucional equilibrado que concede relações de cooperação entre governos, organizações e agentes, com uma configuração a construir elos entre indivíduos e instituições, podendo ser aplicada como ferramenta analítica para a investigação e transformação dos processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde^{8,12,13}.

Essa situação prescinde de uma análise complexa da dinâmica da Governança Interfederativa^{7,14}; nesse ponto, a concepção de Visa na operação do SNVS tem uma característica que a define com um caráter regional, que se incorpora às suas ações. Diante da carência de pesquisas que tratem desse objeto, este estudo objetiva analisar o processo de Governança Regional relacionado ao modelo vigente de gestão, no que tange à Visa, em CIRs.

METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo de Caso¹⁵ no qual os resultados surgiram das análises e interseção de explicações geradas das entrevistas semiestruturadas¹⁶ realizadas com um grupo selecionado de 12 técnicos com nível superior (*experts*) inseridos em Visa; dentre esses, um especialista opera na academia. O parâmetro para a escolha desses *experts* foi alicerçado nas suas posições estratégicas e capacidade de gestão que exerciam nos setores da saúde, na Macrorregional,

bem como em buscar uma maior representatividade em razão de suas produções intelectuais e conhecimento das práticas relacionadas às ações de Visa.

O cenário de investigação desta pesquisa compreende a área da III Macrorregional de Saúde, em Pernambuco-PE, localizada na região do semiárido nordestino – que engloba as jurisdições de três Gerências Regionais (VI, X e XI Geres) –, integrada por 35 municípios e uma população estimada em 830 mil habitantes¹⁷. Foi realizada entre os meses de dezembro de 2019 a maio de 2021.

Os dados foram gerados para assegurar um processo de acúmulo, exaustão dos levantamentos e análise sistemática. Este trabalho orientou-se pela seguinte sequência: 1) Coleta e tratamento dos dados provenientes dos documentos; 2) Definição das perguntas condutoras das entrevistas semiestruturadas; 3) Realização das entrevistas com *experts* em Visa; 4) Transcrição e tratamento dos dados provenientes das entrevistas; 5) Triangulação e análise dos dados documentais, das entrevistas semiestruturadas; 6) Observação não participante em reuniões.

O levantamento documental proporcionou a triangulação das informações obtidas nas entrevistas, conferindo maior robustez ao estudo¹⁸. A pesquisa documental foi baseada em publicações oficiais: Leis Federais n.º 8.080/90 e n.º 9.782/99; Portaria do Ministério da Saúde (MS) n.º 2.607/05; Decreto Estadual (PE) n.º 20.786/98 (Código Sanitário Estadual); Lei Estadual (PE) n.º 13.077/06; e Resolução n.º 1.734/11; Diário Oficial da União; Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE); Conselho de Secretários Municipais de Saúde; dos Planos Diretores Estadual e Municipal de Visa, Relatórios Anual de Gestão, Protocolos e Documentos da Política Estadual e Municipal de Visa, concernentes ao período estudado. Foram analisadas as pautas e atas de 12 reuniões em CIRs, nas três Geres sob a jurisdição da III Macrorregional.

As entrevistas com os 12 *experts* foram realizadas no mês de abril de 2021 e transcritas pelos autores desta pesquisa. Em seguida, foram analisadas por intermédio da técnica de “Análise de Conteúdo”, que se mostra por meio de um conjunto de instrumentos metodológicos, em um sucessivo aperfeiçoamento, usado para discursos diversificados¹⁹. Aplicou-se a técnica de Análise de Conteúdo denominada “Condensação de Significados”²⁰. A estratégia objetiva à abreviação dos significados detectados nas entrevistas, buscando uma configuração

sintética, sem perder sua estrutura. Decidiu-se pela vertente Análise de Conteúdo Convencional²¹. Esse tipo de configuração é mais adequado quando a teoria existente ou literatura de pesquisa sobre um determinado fenômeno possui parâmetros limitados²².

A partir dos roteiros e transcrições obtidas nas entrevistas e observação em CIRs, decidiu-se por agrupar as informações coletadas, adaptadas da análise da Governança Regional⁶⁻⁸. Dessa forma, gerou-se a Matriz para a Análise da Dimensão Política de descentralização e Governança nas CIRs, no que diz respeito à Visa (Quadro 1), nos níveis político-institucional e organizacional, com subdimensões e respectivos indicadores. Os dados foram categorizados e classificados a partir das quatro Dimensões da Matriz de Análise quanto ao nível Macrorregional de Saúde: Dinâmica da política de descentralização e da Governança Regional; Relações Interfederativas; Alocações de Recursos; e Ações específicas e Sistema de Logística.

No momento inicial da análise, os dados foram organizados com o material coletado do diário de campo, pautas e atas das CIRs das três Geres. Num momento seguinte, esse material foi classificado, as pautas e atas foram observadas de forma detalhada,

sendo selecionados os pontos com estruturas relevantes e ideias centrais alusivas às ações de Visa; então, foram compiladas e classificadas a partir das dimensões da Matriz de Análise.

Por fim, essas estruturas foram comparadas, realizando-se, em seguida, a verificação dos diversos dados das dimensões da Matriz para Análise. A partir desse ponto, os resultados foram observados por meio das ações em CIRs relacionadas às ações e práticas de Visa, com enfoque para a mesma, quanto à Dimensão Governança.

O material transcrito foi verificado e classificado²³; os fundamentos mais relevantes e fulcrais (núcleo de sentido) foram escolhidos, organizados e categorizados com base nas subdimensões da Matriz apresentada no Quadro 1, que alicerçou o processo de investigação.

Para a análise final dos dados²³, foi organizado o entrecruzamento das variadas informações coletadas²⁴, complementado com as pautas e atas das CIRs das Geres em estudo, que estavam correlacionadas à temática da Visa, constatando-se as convergências e divergências, diferenças e complementaridades, associando-se com o referencial teórico para uma apurada compreensão analítica e crítica do cerne da pesquisa.

Quadro 1 – Matriz para a análise da dimensão política de descentralização e Governança Regional nas CIRs, relacionada à Visa

Componentes da Governança	Nível político-institucional	Nível organizacional
Subdimensão	Parâmetros	Parâmetros/Indicadores
Dinâmica da política de descentralização e da Governança federativa, no contexto da macrorregião de Saúde	Estratégias políticas e governamentais para fortalecer a Visa municipal na macrorregião de Saúde – Regiões VI, X e XI Geres, para a tomada de decisão.	Organização da agenda de Reuniões CIR.
		Agenda discutida na CIR. Ator social.
		Influência de Gestores Municipais de Saúde (GMS) em CIR, na pactuação.
		Tipo de gestão que norteia a política.
		Papel das Câmaras Técnicas (CT) e das CIRs, por informações estratégicas.
		Definição de papéis em esferas de gestão no Sistema Nacional de Visa.
		Comunicação entre colegiado e população quanto à condução das Visas.
Acordo interfederativo entre Municípios.		

Relação interfederativa no contexto da macrorregião de Saúde	Estratégias governamentais utilizadas pelos entes federados para fortalecer a Governança Regional para descentralizar as ações de Visa na macrorregião de saúde – VI, X e XI Geres.	Forma de inter-relação da Geres na CIR para fortalecer as ações da Visa. Condução da negociação. Ator principal.
		Inter-relações direcionadas às ações de Visa. Acompanhamento das pactuações.
		Desenho político-territorial como fator de negociação nas VI, X e XI Geres. Necessidade de reorganização territorial.
		Alternativas locorregionais em aprimorar cooperação interfederativa entre Visas.
		Posicionamento de Gestores Municipais no processo decisório do colegiado.
Alocações de recursos no contexto da macrorregião de Saúde	Estratégias utilizadas pela União, Estados e Municípios. Financiamento para a Visa municipal.	Opção locorregional em fortalecer a Visa.
		Monitoramento, avaliação e supervisão das ações e práticas das Visas municipais, por parte da Regional de Saúde, pela CIR.
		Avaliação, pela CIR (alocação/utilização de recursos financeiros), pelos entes federados vinculados à Visa municipal.
Ações específicas e sistema de logística no contexto da macrorregião de Saúde	Estratégias para operacionalizar ações/práticas para fortalecer as Visas entre as esferas de governo.	Otimização contínua de ações específicas para as Visas municipais.
		Contratação e capacitação de profissionais de Visa, em âmbito municipal.
		Conformidade com o Decreto n.º 20.786/98 (PE).
		Diante das deficiências estruturais, buscar possíveis estratégias de superação.

Fonte: Elaboração própria, com base em Aragão⁷, Santos⁸ e Silveira Filho et al.⁶.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (CEP-IAM/Fiocruz-PE), em 09 de abril de 2021, sob CAEE n.º 42522620.0.0000.5190/2021 – Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme Resolução n.º 441/11 e n.º 466/12, do CNS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos pontos de importância para fortalecer a Visa, apresenta-se a consolidação dos tópicos apresentados e pactuados das análises das CIRs, associados aos respectivos produtos obtidos nas entrevistas semiestruturadas com os *experts*.

A Dinâmica da Governança Interfederativa, no contexto da III Macrorregional de Saúde, e os pontos de significância da Visa, estão apresentados no Quadro 2:

Quadro 2 – Atividades empreendidas na III Macrorregional de Saúde quanto à dinâmica da Governança Regional e aos tópicos de significância em relação à Visa nas CIRs

Núcleo de Sentido (Dimensões)	Consolidado das pautas e atas CIR e entrevistas semiestruturadas
Dinâmica de Governança	Parâmetros
Estrutura organizacional e regularidade das Reuniões CIRs. Como é estabelecida a agenda do colegiado.	Verificou-se que todas as CIRs, em todas as Geres, são organizadas pelas Câmaras Técnicas e ocorrem regularmente todos os meses; porém, às vezes há alterações nas datas. Os membros estaduais participam de forma assídua; os membros municipais, não. Ocorre ata de frequência nas reuniões. A demanda da agenda vem do Nível Central.
Influência de Gestores Municipais (GMSs) nas CIR.	Existe maior influência dos GMSs dos três municípios-sede das VI, X e XI Geres, nas reuniões.
Modelo de descentralização de Visa e como é sua implementação na gestão.	Existe um modelo pouco eficiente de descentralização regional, mas se verifica pouca articulação na esfera municipal, principalmente nos menores municípios
Importância das CIRs no Processo de planejamento para fortalecimento das Visas.	Praticamente é inexistente, só se limitando a apresentar tópicos. Se o assunto apresentado é do interesse dos maiores municípios ou de todos, é rapidamente pactuado.
Desempenho da Apevisa na descentralização das ações de Visa dentro do SNVS.	Existe, porém, atualmente, só está se limitando às inspeções e fiscalizações, quando solicitadas pelos Municípios.
Comunicação entre colegiado e população em ações de Visa.	Não existe feedback entre a população e o colegiado em relação às ações e práticas de Visa.
Estruturação das Visas nas VI, X e XI Geres, como acordo interfederativo entre Municípios. Próximas etapas e fortalecimento das Visas.	Praticamente não existe acordo interfederativo entre Municípios. O que ocorre é uma grande fragilidade e total falta de estruturação das Visas municipais. As Visas limitam-se às fiscalizações e não são observadas novas etapas para o fortalecimento delas.

Fonte: Elaboração própria, com base em Aragão⁷.

Embora as CIRs se mostrem como profícuas ferramentas de decisão colegiada no espaço regional e fóruns de discussão e elaboração de estratégias, para preencher esse vácuo na governança^{7,8}. A Dinâmica da Governança Interfederativa¹³ se explica como um fenômeno ou uma categoria analítica, e apresenta-se de forma conflitiva. A configuração organizacional da III Macrorregional de Saúde mostra que não existe o cargo de Gestor Macrorregional, o que corrobora que essa está acéfala para a tomada de decisão nesse patamar.

Diante da estrutura organizacional e regularidade das reuniões das CIRs na III Macrorregional de Saúde, os colegiados são conformados por dois representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE): o Gerente Regional de Geres (GRG), o Coordenador Regional de Regulação (CRR), e todos os respectivos Gestores Municipais de Saúde (GMS) de cada Geres.

As reuniões CIRs, em todas as três Geres, são

formalizadas e registradas, porém, não são paritárias, são somente informativas, sem espaços para a Visa. E estão restritas somente às questões técnicas regionais, demonstrando uma grande desarticulação política em âmbito regional.

Quanto à Influência dos GMSs nas CIRs, todos os experts estão de acordo que ocorre um padrão semelhante de organização e regularidade nas três CIRs, mas não há espaços para pactuações da Visa, a capacidade resolutiva é mínima, as reuniões são tipificadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão e resolutividade, principalmente os GMSs dos menores municípios, o que acarreta uma lacuna (vácuo) na governança.

Modernos modelos de gestão podem auxiliar gestores a obter uma percepção mais clara da gestão, ao mitigar complexidades e incertezas⁵. Contudo, a forma de descentralização de Visa e a sua implementação na gestão mostram que a esfera municipal é sempre o elo mais frágil^{2,3}. O que se

apresenta na III Macrorregional de Saúde é um modelo ineficiente de descentralização regional, e também baixa articulação na esfera dos pequenos municípios, gerando um enfraquecimento das Visas.

O desempenho da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária a (Apevisa) no processo de descentralização das ações de Visa dentro do SNVS deveria ser o princípio fundamental^{3,4}, mas não se observa a elaboração de novas etapas, aparentemente está estabilizada, limitando-se apenas às inspeções e fiscalizações, quando solicitadas pelos municípios.

A comunicação entre colegiado e população, quanto às ações e práticas de Visa, mostra que, em sua totalidade, não há feedback entre a população e o colegiado. Isso é proveniente de uma burocracia exorbitante, o que demonstra a imprescindibilidade da elaboração de novas expertises para aumentar o nível de governança nos espaços das CIRs. Para isso, é importante criar uma mobilização da população, para reivindicar uma atuação consoante com a finalidade e propósitos desses órgãos.

As relações interfederativas, no contexto da III Macrorregional de Saúde, no que se refere à Visa, estão explanadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Atividades desempenhadas pela III Macrorregional de Saúde, no que diz respeito às relações interfederativas e aos pontos importantes, com foco na Visa

Núcleo de sentido (Dimensão)	Consolidado das pautas e atas CIR e entrevistas semiestruturadas
Relações Interfederativas	Parâmetros
Maneira de inter-relação da Geres nas CIRs para fortalecer as ações estratégicas e práticas da Visa. Condução da negociação. Ator principal.	O ator articulador que conduz as discussões, geralmente o Gestor da Geres, através da CT. As relações interfederativas não são cooperativas, demonstram uma governança conflitante, quando o tema está relacionado ao financiamento e prioridade das principais ações. A pactuação em relação à Visa é praticamente inexistente.
Inter-relações entre as esferas de gestão direcionada ao processo de descentralização das ações de Visa. Acompanhamento das pactuações realizadas.	É totalmente verticalizada, vem do Nível Central. Fica limitada à simples apresentação de temas. O Gestor Regional é o interlocutor. Os Gestores Municipais (GMSs) dos municípios-sede têm nítida influência por terem sempre maior domínio nas deliberações do colegiado.
Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres. Necessidade de mudança na reorganização territorial.	A XI Geres, por ser mais recente, possui o desenho mais atualizado. É imprescindível que haja uma reorganização territorial nos municípios da VI Geres, por ter vasta área territorial. A X Geres mostra o melhor desenho territorial porque os municípios apresentam características socioculturais e políticas semelhantes.
Implementação de alternativas locais para aprimorar intersectorialidade e cooperação interfederativa entre Visas municipais, e fortalecer regionalização, descentralização e resposta social do colegiado.	É inexistente a cooperação em Nível Intermunicipal nas Geres. Existe intersectorialidade com o Ministério Público e outros órgãos (Polícias Militar e Civil). Torna-se imperativa a maior qualificação e capacitação dos GMSs, porque não há critérios para a escolha desses gestores, que ainda não conseguiram superar a lógica municipalista. Os coordenadores municipais de Visa se limitam apenas às ações dentro dos seus municípios.
Relações de compartilhamento entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) e posicionamento dos GMSs dentro do processo decisório do colegiado para as Visas.	As relações mostram-se inexistentes. Os GMSs atuam de forma individualizada. O compartilhamento entre coordenadores fica limitado à comunicação via telefone, WhatsApp ou quando ocorre alguma esporádica reunião informativa na Apevisa.

Fonte: Elaboração própria, com base em Aragão⁷.

Esse cenário regional de saúde não consolida a estrutura dessas relações interfederativas nas CIRs, entre os gestores e coordenadores municipais de Visa, em virtude da total verticalidade das ações, portanto, não tem como propor novas abordagens quanto ao planejamento e à alocação dos recursos nas regiões⁶. É imprescindível definir novas estratégias que proporcionem maior cooperação entre os entes federados porque não existe uma instância macrorregional com poder para tal, o que reforça esse vácuo na Governança. No todo, o que se apresenta, de forma nítida, é uma total desarticulação política entre os gestores regionais e municipais, complexificando as tomadas de decisão.

É importante enfatizar que a descentralização, por si só, não é capaz de viabilizar as diretrizes e princípios do SUS: várias vezes, gera efeitos paradoxais. Contudo, as forças centrípetas geradas por essa descentralização podem causar um funcionamento autárquico, reforçando uma fragmentação incongruente no sistema, e acarretando um processo de municipalização com baixo nível e duvidosa capacidade de solidariedade e de integração entre as partes^{8,25,26}. No que diz respeito ao relacionamento entre as esferas de gestão, quanto ao processo de descentralização das ações de Visa, observa-se que é verticalizada, pois a demanda vem do Nível Central. Então, não há pactuação, fica limitada às simples apresentações de tópicos e esclarecimentos.

Quanto ao Desenho político-territorial como fator facilitador de negociação nas VI, X e XI Geres, esse quadro tem sido agravado pela interferência de atores em âmbitos central/estadual, que não atuam no processo de governança regional, comprometendo a operacionalidade das ações de Visa; fica limitado apenas às demandas verticalizadas que vêm do Nível Central. Esse desenho está obsoleto. Na VI Geres, a área é vasta, o que acarreta morosidade, além de aumento de custos de deslocamento. A X Geres tem o desenho mais robusto e organizado, por ter menor área territorial. E, quanto à XI Geres, embora tenha sido criada recentemente, o seu desenho é um pouco mais adequado, mas também apresenta inconsistências.

É inquestionável a relevância da regionalização^{8,9} para que as Visas atuem de forma sistêmica e resolutiva, com a região de saúde sendo o centro direcionador das bases entre os serviços dos diferentes entes federados, em relação à implantação de alternativas locais para otimizar a intersectorialidade e cooperação interfederativa entre Visas municipais, para a capacitação de RH, e fortalecer a regionalização, descentralização e resposta social do colegiado. As alianças intergovernamentais e intersectoriais são fulcrais para a compreensão acerca das competências necessárias para implementar essa ação^{7,11,14}. Verifica-se que existe, por demanda, uma intersectorialidade com o Ministério Público e Polícias Militar e Civil, mas a cooperação em âmbito intermunicipal, nas Geres, é inexistente. Os coordenadores municipais de Visa se limitam apenas às ações dentro dos seus próprios municípios, e mesmo assim de forma precária.

As características das relações de confiança e compartilhamento entre as SMSs, e o posicionamento dos GMSs, por meio dos coordenadores municipais de Visa, dentro do processo decisório do colegiado direcionado às ações de Visa, mostram que essas relações são inexistentes. Os GMSs atuam de maneira individualizada. O compartilhamento entre coordenadores fica limitado à comunicação via telefone, WhatsApp, ou quando ocorre alguma esporádica reunião informativa na Apevisa.

Quanto à alocação de recursos para a III Macrorregional de Saúde, em relação ao desenvolvimento para as ações e práticas de Visa, elas podem ser visualizadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Atividades executadas na III Macrorregional de Saúde em relação à alocação de recursos e aos tópicos de importância para desenvolvimento das ações e práticas de Visa

Núcleo de sentido (Dimensão)	Consolidado das pautas e atas CIR (apresentação e pactuação) e entrevistas semiestruturadas
Alocação de recursos	Parâmetros
Alternativas locais do colegiado em otimizar investimentos, focando nas ações de Visa, em virtude da contínua contração de recursos para a saúde.	Diante da contínua contração de recursos para a saúde, pela União e pelo Estado, como colegiado em relação às ações de Visa, não são visualizadas alternativas locais, mesmo com maior controle econômico e financeiro para solucionar problemas de recursos, para aprimoramento dos investimentos, objetivando ao fortalecimento da Visa, não obstante tendo em vista um robusto movimento de responsabilização sanitária.

Apoio, pela CIR, da implantação/ implementação das ações específicas à Visa.	Verificação de pouca ocorrência de supervisão das ações e práticas nas Visas municipais, por parte da Apevisa, na Gerência Regional de Saúde pela CIR.
Monitoramento e avaliação por meio da CIR. Processo de alocação e utilização de recursos vinculados à Visa, por meio de entes federados.	As Geres não monitoram nem acompanham a transferência de recursos financeiros vinculados às Visas municipais. Não existe feedback por parte do MS em relação às Geres (ficam isoladas), via SES-PE. Os recursos são repassados diretamente aos Municípios através do teto Financeiro de Vigilância em Saúde.

Fonte: Elaboração própria, com base em Aragão⁷.

Com o Pacto de Gestão de 2006, ocorreu a substituição das normas operacionais básicas e das portarias que as regulamentavam, por um conjunto de portarias ministeriais, o que não acarretou mudança para a maioria dos recursos financeiros destinados às ações de Visa; com isso, o Teto Financeiro da Visa ficou substituído pelo Teto Financeiro de Vigilância em Saúde³ – mas devido ao fato de os recursos serem repassados diretamente aos Municípios através do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde. As Geres não têm como monitorar nem fazem o acompanhamento de transferência de recursos financeiros vinculados às Visas municipais. Não existe *feedback* por parte do MS em relação às Geres (ficam isoladas), via SES-PE.

A importância da operacionalização das ações específicas e dos Sistemas de Logística para a Visa, no contexto da III Macrorregional de Saúde, para fortalecê-la e assegurar a sua configuração, está exposta no Quadro 5.

Quadro 5 – Operacionalização dos Sistemas de Logística para a consolidação da regulação sanitária e das ações e práticas específicas de Visa na III Macrorregional de Saúde

Núcleo de sentido (Dimensão)	Consolidado das pautas e atas CIR (apresentação e pactuação) e entrevistas semiestruturadas
Sistema de logística	Parâmetros
Otimização da acessibilidade e continuidade de ações específicas para as Visas municipais.	Cada município tem sua coordenação de Visa, a qual é supervisionada em suas ações pelo Estado, por meio da Apevisa. Vê-se que o tema Visa quase não é abordado em pauta, nada é pactuado. Não há comunicação entre as Visas.
Cadastramento de estabelecimentos e de profissionais, pelas Visas, na III Macrorregional, com a finalidade de operacionalizar as ações em âmbito municipal.	Há cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde, bem como fiscalização sanitária, pelo Sistema de Informação (Sevisa) da Apevisa, por intermédio do Cadastro Nacional de Especialidades de Saúde (CNES). A implantação do Sevisa mostra-se complicado, mesmo em nível estadual, e os municípios não têm o menor domínio sobre este.
Conformidade com o proposto pelo Código Sanitário (Dec. 20.786/98, do Estado de Pernambuco).	Os municípios-sede possuem seus próprios Códigos Sanitários, mas os demais municípios da III Macrorregional de Saúde têm sua regulação sanitária regida e em conformidade com o Código Sanitário Estadual.
Diante das restrições impostas e das deficiências de RH e estruturais, na conjuntura atual. Possíveis estratégias de superação.	São observadas graves deficiências estruturais e na captação e capacitação de RH. Não são verificadas novas estratégias com a finalidade de superar os problemas crônicos das Visas municipais.

Fonte: Elaboração própria, com base em Aragão⁷.

A regulação sanitária é um exercício de poder, por isso a Visa detém o dito “Poder de Polícia” que lhe permite limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público. Compreende-se, assim, que o “Poder” é um condão para o cumprimento do “Dever” que tem o Estado de proteger a saúde¹. Com exceção dos municípios-sede das Geres que possuem seus Códigos Sanitários municipais, todos os outros têm sua regulação

sanitária regida e em conformidade com o Código Sanitário Estadual, acarretando lacunas quando se trata de ações específicas para cada município, pois cada um possui suas próprias particularidades.

Na procura pela segurança sanitária, a Visa, como braço especializado do Estado para a Regulação em Saúde, deve buscar tecnologias de intervenção, informações, metodologias e estratégias alinhadas com o conhecimento científico atualizado e os valores estabelecidos na nossa Constituição². Destarte, o problema mor é detectado nas graves deficiências na captação e capacitação de RH, também nas infraestruturas, até mesmo nas básicas, bem como na total falta de comunicação entre as Visas municipais.

CONCLUSÃO

Este estudo analisou a dinâmica de Governança, no âmbito da III Macrorregional de Saúde de Pernambuco, direcionada ao modelo de gestão da Visa, com relevo nas peculiaridades e implementação das ações das Visas municipais, com o propósito de averiguar sua conformidade no que concerne à configuração interinstitucional. Comprovou que a Governança se mostra conflitiva, apresentando um padrão similar nas três Geres em pauta.

As reuniões CIRs das XI, X e VI Geres, respectivamente, demonstraram aspectos similares, limitadas simplesmente a questões técnicas regionais. Ainda que formalizadas e registradas, são meramente informativas, sem espaço para pactuações para a Visa. Apresentaram capacidade resolutiva irrelevante e são singularizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão, o que ocasiona um vácuo (hiato) na governança, além de não existir uma instância macrorregional. Faz-se indispensável a elaboração de novas soluções colegiadas nas CIRs, o trâmite primordial para incrementar a implementação de um modelo de gestão satisfatório, eficiente e eficaz para a Visa, que elimine a verticalidade em operacionalizar suas ações.

Não são verificadas novas etapas para consolidar e operacionalizar a Visa, porque a Apevisa, as CTs e as CIRs não têm poder de convencimento para demonstrar a magnitude dessas ações e práticas de Visa em relação à sua configuração interinstitucional, e das respectivas responsabilizações aos GMSs, e respectivos coordenadores municipais de Visa, que, por sua vez, são subordinados aos gerentes

municipais de Vigilância em Saúde, os quais, por muitas vezes, não são capacitados para exercer tais funções, além de não priorizarem as Visas.

A operacionalização do modelo de gestão vigente instituído pelo MS, por meio da Anvisa, direcionado às Visas estaduais, que, por sua vez, supervisionam as Visas municipais, apresenta grandes discrepâncias, é anacrônico, incongruente, inadequado, porque foge à governabilidade. Destarte, torna-se fundamental estabelecer inovadoras estratégias e mecanismos que propiciem maior cooperação entre os entes federados, quanto à aplicação de ações e recursos, pois, muitas formas de ação são obsoletas, e, quanto aos recursos, muitos, quando são recebidos, por várias vezes não são aplicados, o que gera e impele a uma sequência de não operacionalidade para a Visa.

O desenho territorial da III Macrorregional de Saúde, embora recente, é desconexo, e não traz funcionalidade em relação à Visa. Torna-se, portanto, imprescindível uma reorganização em todas as três Geres. O desenho da VI Geres, especificamente, precisa ser revisto, em virtude de sua grande extensão, visto que faz fronteira com três estados (Alagoas, Paraíba e Bahia).

Faz-se imperativo focar o panorama apresentado pela Visa na III Macrorregional de Saúde, porque, nessa situação desfavorável desde 2016, para a sua otimização, é imprescindível o apoio social e político, diante de uma população desfavorecida e vulnerabilizada, no interior no semiárido pernambucano, num cenário econômico e político adverso.

Também é provável que essas incorreções constatadas sejam parte de um cenário ainda mais amplo no país, em relação à condição desfavorável de natureza intergovernamental que se particulariza por grandes adversidades na saúde pública, decorrentes de uma crise institucional e ampla alteração das políticas do Governo Federal, com disposições de austeridade adotadas no Sistema Único de Saúde, dispostas na Emenda Constitucional n.º 95/2016.

Tendo em vista que esse cenário é inevitavelmente contingencial, mostra-se a necessidade de novas avaliações focadas para as ações e práticas de Visa, com a finalidade de retificar tais distorções, inefetividades, ineficiências e ineficácias, adequando-as às carências dos segmentos populacionais a que se reservam.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE, e aos *experts* que se propuseram a participar desta pesquisa, o que proporcionou a sua plena viabilização e execução.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Antônio Augusto Vieira de Aragão contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa, redação e revisão crítica do manuscrito. **Henrique Fernandes Câmara Neto** contribuiu com o delineamento da pesquisa, ajustes e revisão crítica do manuscrito. **José Luiz Correia de Araújo Júnior** contribuiu com o delineamento da pesquisa, redação, ajustes e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Aragão AAV, Oliveira SRA. O Poder do Poder de Polícia à Luz do Direito Sanitário e da Vigilância Sanitária. *Sanare* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 9];17(1):58-64. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1223>
2. Costa EA. Vigilância Sanitária Proteção e Defesa da Saúde. 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime); 2004.
3. Seta MH, Silva JAA. A Gestão da Vigilância Sanitária. In: Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. *Gestão e Vigilância Sanitária: modos de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 195-217.
4. Steinbach A, Schwengber LMK, Martins C, Dutra A, Venâncio D. Mapeamento da produção científica em gestão da vigilância sanitária no período 2000 a 2010. *Rev Eletr Gest Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jun 6];3(3):919-40. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/130/124>
5. Assen MV, Gerben VDB, Pietersma P. Modelos de Gestão: os modelos que todo gestor deve conhecer. São Paulo: Ed. Pearson Prentice Hall; 2010.
6. Silveira Filho RM, Santos AM, Carvalho JA, Almeida PF. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 8];26(3):853-78. Available from: <https://www.scielo.br/j/physis/a/NvwtMHkTpHWJC3SbvqxZ6zy/?lang=pt&format=pdf>
7. Aragão AAV. Análise da Governança nos Colegiados Regionais em relação à Rede Cegonha na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
8. Santos AM. Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista - BA: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
9. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Soc* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jun 8];24(2):438-46. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V4TTj93jqVrPzDzfnycNndj/?lang=pt&format=pdf>
10. Duarte CMR, Pedroso MM, Bellido JG, Moreira RS, Viacava S. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de regiões de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jun 8];31(6):1163-74. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FGVz3pwQ7gGjDr4d5TKCLZf/?lang=pt&format=pdf>
11. Albuquerque TIP, Franco de Sá RMP, Araújo Júnior JLC. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 5];21(6):1695-705. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PVfV6mDR7FJQxHnMYxDmSF/?format=pdf&lang=pt>
12. Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jun 9];28(6):446-55. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n6/446-455>
13. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jun 10];48(4):622-31. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fPbZYq5dFrmkHdLTDgrbpzm/?lang=pt&format=pdf>
14. Aragão AAV, Oliveira SRA, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD. O Panorama da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco Análise da governança em colegiados regionais do programa Rede Cegonha. In: Gurgel Júnior GD, Pacheco HF, SRA Oliveira, Santos FAS, organizadores. *Mecanismos de governança e regulação pública no SUS – Programa Rede Cegonha: experiências e desafios institucionais* [Internet]. Recife: Ed. UFPE; 2021 [cited 2021 Jun 10].
15. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e método. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.

17. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde [Internet]. [cited 2021 Jun 9]. Available from: <http://portal.saude.pe.gov.br/>

18. Minayo MCS. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: LDA: Edições 70; 2009.

20. Kvale S, Brinkmann S. Interviews: Learning the craft of qualitative research. California: Sage Publications; 2009.

21. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Quality Health Res J [Internet]. 2005 [cited 2021 Jun 9];15(9):1277-88. Available from: <http://qhr.sagepub.com/content/15/9/1277>

22. Kondracki NL, Wellman NS. Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. J Nutr Educ Behav [Internet]. 2002 [cited 2021 Jun 8];34(4):224-30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12217266/>

23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.

24. Flick U. Triangulation in qualitative Research. In: Flick U, Kardoff EV, Steinke I, organizadores. A Companion of qualitative research. London: SAGE; 2004.

25. Carnoy M. Estado e Teoria Política. 17. ed. Campinas: Papirus; 2013.

26. Spedo SM, Tanaka OU, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2021 Jun 9];25(8):1781-90. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8964rLb3ZfDWSTBjHpG6yf/?lang=pt&format=pdf>

CENÁRIO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO MÉTODO DELPHI AJUSTADO

HEALTH SURVEILLANCE SCENARIO THROUGH THE APPLICATION OF THE ADJUSTED DELPHI METHOD
EL ESCENARIO DE LA VIGILANCIA SANITARIA A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL METODO DELPHI AJUSTADO

Antônio Augusto Vieira de Aragão ¹

Henrique Fernandes Câmara Neto ²

José Luiz Correia de Araújo Júnior ³

Como Citar:

Aragão AAV, Câmara Neto HF, Araújo Júnior JLC. Cenário da vigilância sanitária através da aplicação do método delphi ajustado. *Sanare (Sobral, Online)*. 2022; 21(1):41-53.

Descritores:

Vigilância Sanitária; Política de Saúde; Avaliação em Saúde; Saúde Pública.

Descriptors:

Health Surveillance; Health Policy; Health Assessment; Public Health

Descriptores:

Vigilancia Sanitaria; Política de Salud; Evaluación en Salud; Salud Publica.

Submetido:

28/05/2021

Aprovado:

02/05/2022

Autor(a) para Correspondência:

Antônio Augusto Vieira de Aragão
End: Rua das Acácias SN, São Cristovão
CEP - 56512-380 - Arcoverde - PE
E-mail: augustoaapevisa@gmail.com

RESUMO

A Vigilância Sanitária (Visa) é considerada uma das áreas mais complexas da saúde pública, visto que opera de forma intersetorial, interinstitucional e multidisciplinar, em uma densa gama de competências, buscando a proteção, promoção e defesa da saúde. Este estudo objetiva avaliar a Visa. A metodologia foi aplicada pelo Método Delphi Ajustado, com 18 especialistas, e fundamentou-se em três momentos: foi construído um Modelo Lógico, com a finalidade de apresentar o desenho das ações e práticas das Visas estadual e municipais e seus componentes mais importantes. Por meio do consenso, foi formulada e validada a Matriz Delphi de Concordância com a proposta da Imagem-objetivo. Por último, essa Matriz foi operada como instrumento de avaliação do Grau de Implantação das Visas. Consolidando a irrelevância das iniciativas elaboradas para o fortalecimento da Visa, os resultados demonstraram que ela está classificada em Nível Crítico, na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco. Conclui-se que a aplicação do Método Delphi Ajustado se revelou coerente com a complexidade do objeto, diante da escassez de modelos específicos para esse propósito, alicerçado em novas relações institucionais na regionalização do Sistema Único de Saúde, principalmente diante de uma população desfavorecida e vulnerabilizada, num cenário político-econômico adverso, no interior do semiárido nordestino.

1. Médico Veterinário pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Fiscal Sanitário da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco (UPE). MBA em Auditoria em Saúde (Unopar). Mestre e Doutor em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM - Fiocruz). Aluno de Pós-doutorado em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM - Fiocruz). Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: augustoaapevisa@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5495-1923>.

2. Engenheiro Civil pela Universidade de Pernambuco. Doutor em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. Professor do Instituto Federal de Pernambuco e Tecnologista do Instituto Aggeu Magalhães (IAM). Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: hcamara@cpqam.fiocruz.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7653-3597>.

3. Médico pela Universidade Federal de Pernambuco, Mestre e Doutor em MA in Health Management, Planning and Policy pela University of Leeds. Professor Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Tecnologista/docente e pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães (IAM-Fiocruz) em Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: josearaujo@cpqam.fiocruz.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3600-7260>

ABSTRACT

Health Surveillance (Vigilância Sanitária, Visa) is considered one of the most complex areas in public health, as it operates in an intersectoral, interinstitutional, and multidisciplinary manner, in a dense range of competences, seeking to protect, promote, and defend health. This study aims to evaluate Visa. The methodology was applied by the Adjusted Delphi Method, with 18 experts, which was based on three moments: a Logical Model was built with the purpose of presenting the design of actions and practices of state and municipal Visas along with their main components. Through consensus, the Delphi Matrix of Concordance was formulated and validated with the Objective-Image Proposal. Finally, this Matrix was used as an instrument to assess the Degree of Implementation of Visas. Consolidating the irrelevance of initiatives designed to strengthen Visa, the results showed that it is classified at Critical Level, in the III Macrorregional de Saúde (III Health Macroregion) in Pernambuco. We concluded that the application of the Adjusted Delphi Method proved to be coherent with the complexity of the object, given the scarcity of specific models for this purpose and based on new institutional relationships to regionalize the Unified Health System, especially facing a disadvantaged and vulnerable population, in an adverse political-economic scenario, in the backlands of the northeastern semi-arid region.

RESUMEN

La vigilancia Sanitaria (Visa) es considerada una de las áreas más complejas de la salud pública, visto que opera de forma intersectorial, interinstitucional y multidisciplinar, en una gran cantidad de competencias, buscando la protección, promoción y defensa de la salud. Este estudio tiene como objetivo evaluar la Visa. La metodología fue aplicada por el Método Delphi Ajustado, con 18 expertos, y se fundamentó en tres momentos: fue construido un Modelo Lógico, con la finalidad de presentar el diseño de acciones y prácticas de las Visas estadual y municipales y sus componentes más importantes. Por medio del acuerdo, fue formulada y validada la Matriz Delphi de Concordancia con la propuesta de Imagen-objetivo. Por último, esa Matriz fue manejada como herramienta de evaluación del Grado de Implantación de las Visas. Consolidando la irrelevancia de las iniciativas elaboradas para el fortalecimiento de la Visa, los resultados demostraron que ella está clasificada en Nivel Crítico, en la III Macrorregional de la Salud de Pernambuco. Se concluye que la aplicación del Método Delphi Ajustado se reveló coherente con la complejidad del objeto, frente la escasez de modelos específicos para ese propósito, basado en nuevas relaciones institucionales en la regionalización del Sistema Único de Salud, principalmente frente a una población desfavorecida y vulnerable, en un escenario político-económico adverso, en el interior del semiárido nordestino.

.....

INTRODUÇÃO

A Vigilância Sanitária (Visa), além de ser um tema altamente relevante na agenda governamental, nos últimos anos emergiu como um setor prioritário e crucial nas políticas públicas, para a promoção e proteção à saúde, no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), e em cumprimento à Constituição Federal de 1988. É vital evidenciar o trabalho que vem sendo desenvolvido, em âmbito nacional, em Visa, pois tornou o Brasil referência em regulação sanitária e econômica na América Latina, visto que sua atuação relacionada à saúde representa 25% do Produto Interno Bruto do país, mostrando com isso sua importância no cenário nacional^{1,2}.

Quando o foco é gestão da Visa, comenta-se que a descentralização é o princípio fundamental para viabilizar os mecanismos de financiamento e repasses que vêm sendo implementados; com isso,

é necessário reforçar a necessidade de aumento da capacidade política e de gestão dos órgãos de Visa para a construção de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) mais eficiente para alcançar seus objetivos de promover e proteger a saúde da população^{2,3}.

A Visa abrange uma vasta quantidade de instituições do setor saúde com o objetivo de controlar riscos relativos aos processos produtivos, compreendendo a normatização, regulação e fiscalização de serviços e produtos relativos ao campo da saúde¹. Diz respeito à conformação mais entrelaçada da saúde pública, pois suas ações, abaladamente preventivas, percorrem todas as práticas sanitárias e são de enorme importância no cenário da promoção, proteção e recuperação da saúde^{4,5}.

A configuração de poder da Visa apresenta-se compartilhada e desigualmente distribuída entre os

órgãos das três esferas de governo, pois a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem uma considerável capacidade financeira e modelo de gestão; para cumprir seus objetivos, o órgão federal necessita da atuação da esfera estadual; e esta, da municipal, caracterizando uma situação de interdependência, em que o elo mais frágil é sempre o Município^{2,6}.

As Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) foram institucionalizadas com a finalidade de gerar um canal ininterrupto de negociação e decisão entre os Municípios e a autoridade sanitária estadual, dentro da configuração que direciona para um “vácuo” de governança⁷, e desafiador para a ciência. Essa circunstância mostra a necessidade de métodos de avaliação inovadores para compreender o processo de implantação de setores e de ações em Saúde^{1,8}.

Dentre esses, no SUS, destacam-se as ações relativas à Visa. Com isso, é pertinente proceder um julgamento da multiplicidade dessa iniciativa, pois seus resultados deveriam ser congruentes para impulsionar alterações nas políticas públicas, relacionadas à Visa, definidas pelo Ministério da Saúde (MS), cuja responsabilidade é compartilhada no SUS⁵.

Esta pesquisa objetiva avaliar as Visas municipais na III Macrorregional de Saúde, por meio da análise do processo de governança regional em Comissões Intergestoras Regionais. Como objetivos específicos, estes: avaliar o Grau de Implantação das Visas municipais na III Macrorregional de Saúde; identificar as ações da CIR no tocante ao fortalecimento das Visas; averiguar a dinâmica da governança regional direcionada às Visas municipais. Diante da complexidade do conceito de avaliação, qualquer atividade concernente à sua operacionalização requer a delimitação do seu foco, portanto, esta pesquisa tem o intuito de contribuir para a Visa por intermédio da avaliação de suas ações e práticas implantadas em âmbito intergovernamental, numa macrorregião de saúde, no nordeste do Brasil, mediante a aplicação do Método Delphi Ajustado^{9,10}, que nos mostra ser propício em virtude da carência de modelos específicos que englobem esse objeto.

METODOLOGIA

Este estudo toma como alicerce a elaboração do Modelo Lógico (ML), o qual é uma profícua ferramenta para a representação visual e sistemática das ações e práticas de Visa, que apresenta,

de maneira congruente, o sequenciamento em modelagem de fases e relações direcionadas aos efeitos almejados em que se explicita a teoria de Visa¹¹⁻¹³. O ML está sustentado na triangulação investigativa, com a vinculação de instrumentos de pesquisa qualitativos^{14,15}.

Nesta pesquisa, aplicou-se o Método Delphi^{16,17}, que opera com a seleção e participação de indivíduos especialistas, “*experts*”, de maneira interativa, alicerçada em *feedback* e rodadas de respostas, de acordo com parâmetros definidos. Em relação à primeira etapa Delphi, foi desenvolvido um ML para a Visa, com os especialistas escolhidos, cujo propósito foi apresentar a configuração das ações e práticas de Visa e seus componentes fundamentais, propiciando aferir se o Método está estruturado para conseguir o resultado almejado¹³. Em uma segunda etapa Delphi, alicerçada no ML, através de um consenso, foi gerada e validada a Matriz Delphi de Concordância com a Proposta da Imagem-objetivo das ações e práticas de Visa em âmbito macrorregional. E, relacionada à terceira etapa Delphi, essa Matriz foi empregada como instrumento de avaliação^{17,18} do Grau de Implantação das Visas municipais, entre os *experts*, em âmbito macrorregional no SUS.

Esse Método Delphi esclarece de forma plausível a urgência da avaliação das ações e práticas de Visa, alicerçada na apreciação dos especialistas, e congruente com a complexidade do objeto não estruturado, pois tem a intenção de avaliar o processo de implantação, implementação e os arranjos institucionais no SUS, em um parâmetro regional.

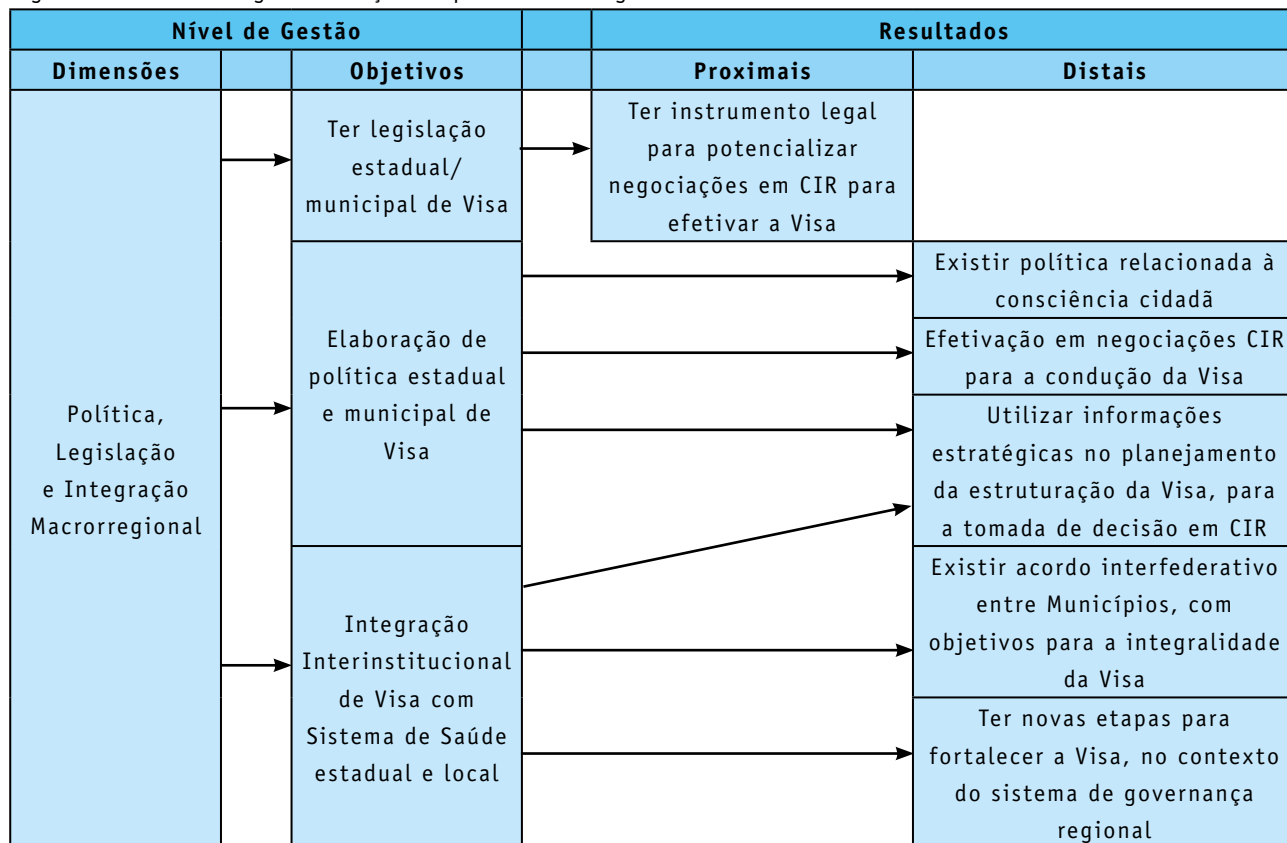
O cenário de investigação desta pesquisa compreende a área da III Macrorregional de Saúde, em Pernambuco-PE, localizada na região do semiárido nordestino – que abrange as jurisdições de três Gerências Regionais (VI, X e XI Geres) –, integrada por 35 municípios e uma população estimada em 830 mil habitantes¹⁹. Foi realizada entre os meses de dezembro de 2019 a maio de 2021.

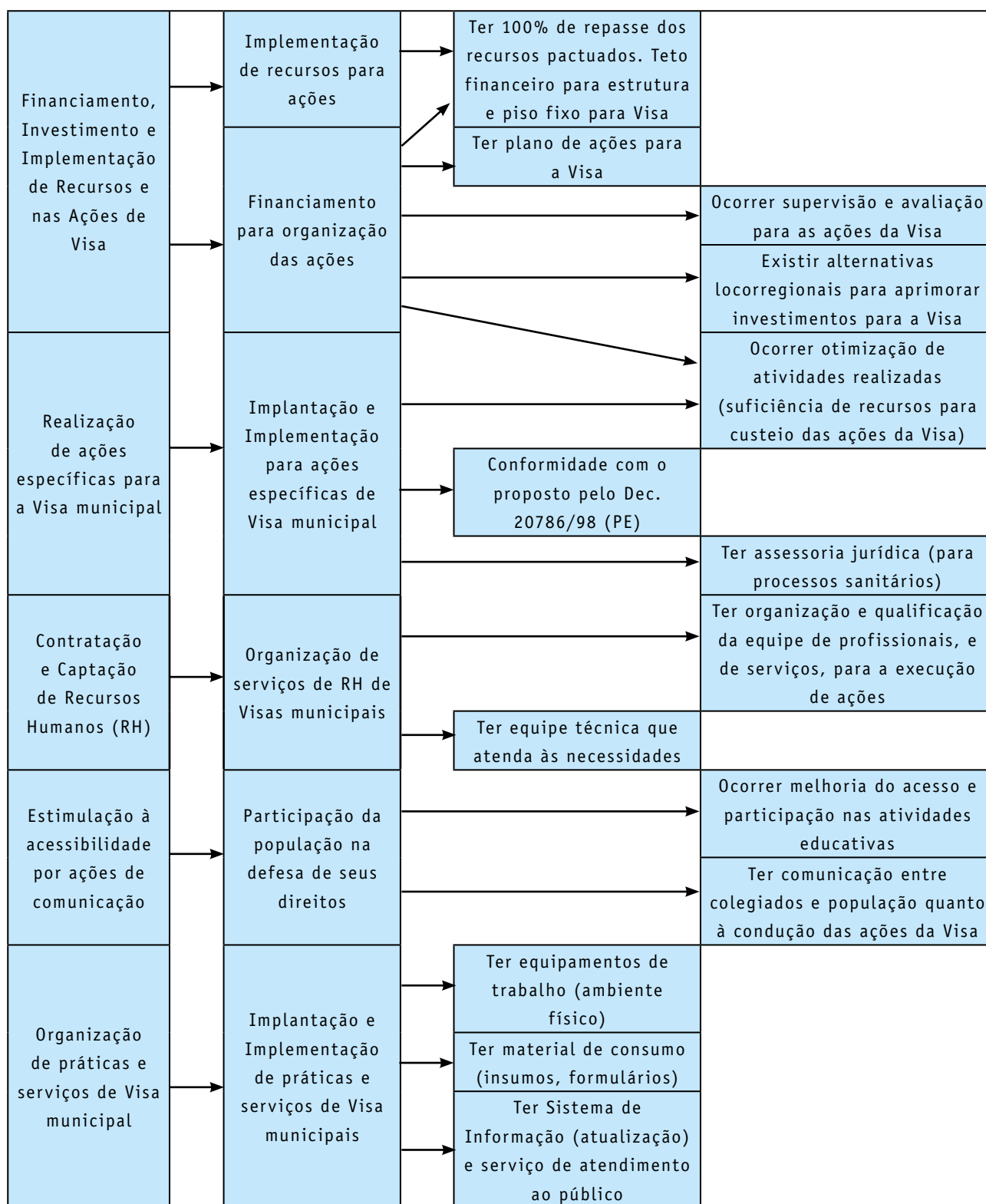
A pesquisa documental tomou como base publicações oficiais, tais como: Diário Oficial da União; Secretaria Estadual de Saúde; Câmara Técnica Permanente das Gerências Regionais de Saúde do Estado; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; e Conselho de Secretários Municipais de Saúde; Decreto n.º 20.786/98 PE; Decreto MS n.º 3029/99; e Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária/2007 (MS).

O ML pretendeu nortear a primeira etapa Delphi

da avaliação, e foi idealizado com a finalidade de retratar as ações e práticas de Visa, que é um contexto político-institucional que leva em conta o planejamento, a organização das Visas estadual e municipais e a execução das suas respectivas ações em esfera intergovernamental na macrorregião. No ML, foram categorizados as dimensões e os objetivos, os resultados proximais e distais desse contexto, em concordância com os documentos revisados para a execução da ação (Figura 1). Essa ferramenta é imprescindível para o incremento de avaliação normativa de ações e práticas de saúde¹⁸.

Figura 1 – Modelo Lógico das ações e práticas da Vigilância Sanitária





Fonte: Elaboração própria, com base em Aragão, Oliveira e Gurgel Júnior⁹; e Ferraro, Costa e Vieira-da-Silva⁵.

Na etapa Delphi seguinte, alicerçada no ML, foi concebida a Matriz Delphi de Concordância com a Proposta de Imagem-objetivo, para a avaliação das ações e práticas da Visa em esfera macrorregional, por especialistas “experts” (Quadro1), com base nos aspectos mais preponderantes, bem como nos referenciais teóricos. Além disso, foi elaborada com base no nível de gestão específica de Visa, que foca nos objetivos direcionados para os resultados finais almejados em relação às ações e práticas. E constituída por dimensões²⁰, norteada pelos objetivos e fundamentos²¹ – proximais e distais –, para realizar um arbitramento dos componentes da estratégia da gestão de Visa, pela verificação por consenso, por meio da aplicação do Método Delphi^{9,16,17}.

Para este estudo, optou-se pela adaptação intitulada Método Delphi Ajustado^{9,22}, que se alicerça em incluir pelo menos uma rodada de discussão presencial entre os especialistas²³⁻²⁵, mediante o ajuste e o uso da Técnica de Conferência de Consenso²⁶. Para a última etapa Delphi, procurou-se avaliar o Grau de Implantação das ações e práticas das Visas estadual e municipais, na III Macrorregional de Saúde.

Para um Grupo Delphi, os parâmetros metodológicos demonstram que o quantitativo de componentes na efetuação do Consenso é circunstancial; indicam-se, no mínimo, sete especialistas, tendo em vista que o erro de consenso se reduz de forma considerável com o acréscimo de cada *expert*²⁴. O imprescindível é a inalterabilidade das participações, em vez do tamanho, demonstrado pela variação de pontos de vista, *expertises* e interesses na situação¹⁶. Estudos mostram que o quantitativo mais apropriado para otimizar esse Método é entre 10 e 18 *experts*^{16,23,24}. O conhecimento com esse Método recomenda moderação ao chamar mais membros em relação ao previsto no cenário de indivíduos, pois podem ocorrer desistências^{9,16,24}.

A Matriz de Concordância Delphi (Quadro 1) foi conduzida à apreciação ao círculo selecionado de 18 juízes (*experts*) na área de Visa – Supervisores Regionais; Coordenadores Municipais; Técnicos

Regionais e Municipais; e Gestores Municipais –, dentre eles, dois *experts* atuam na academia, na área de Saúde Pública, a saber: na Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde, em Pernambuco. A opção por esses *experts* teve o objetivo de procurar maior representatividade de setores intergovernamentais de Visa, também em virtude de sua capacidade de gestão e conhecimento das ações e práticas relacionadas à Visa.

Ainda nessa segunda etapa Delphi, foi enviado aos 18 *experts* – por correio eletrônico ou presencial, por meio de mensagem individual – um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo texto explicativo que mostrou os objetivos da pesquisa e o modo de elaboração do ML para o consenso pelo Método Delphi Ajustado^{9,23-25}, apresentando o questionário Delphi com a Matriz de Concordância com a Proposta de Imagem-objetivo – dispositivo para validar e categorizar as ferramentas da avaliação –, com base nos objetivos relacionados às ações e práticas da Visa, quanto ao nível de gestão, com dimensões e fundamentos para conceder pontuação de zero a dez, introduzidos no ML, sendo dez correspondente à máxima importância; e zero mostrando a não importância, devendo esse ser excluído. Destinou-se um espaço para a adição de possíveis novos fundamentos.

Quadro 1 – Matriz *Delphi* de Concordância com Proposta de Imagem-objetivo para a avaliação das ações e práticas de Visa em âmbito macrorregional

Proposta Imagem-objetivo em avaliação das Visas em âmbito macrorregional		
Nível de Gestão		Concórdia
Dimensão objetivos finais	Fundamentos	Pontuação proposta
(a) Política, legislação e integração macrorregional	1. Existir um instrumento legal (legislação) para potencializar negociações nas CIRs para efetivar a Visa	0 a 10
	2. Existir política relacionada, consciência cidadã	0 a 10
	3. Existir efetivação das negociações ocorridas na CIR para a condução da Visa	0 a 10
	4. Usar informações estratégicas no planejamento e estrutura da Visa, na tomada de decisão em CIR	0 a 10
	5. Existir acordo interfederativo entre Municípios para alcançar objetivos para a integralidade da Visa	0 a 10
	6. Existir novas etapas para a efetivação da Visa, no contexto do sistema de governança regional	0 a 10

(b) Financiamento, investimento e implementação de recursos e nas ações de Visa	1. Ocorrer 100% de repasse dos recursos pactuados; teto financeiro em ações; e piso para a Visa	0 a 10
	2. Existir um plano de ações para a Visa	0 a 10
	3. Ter supervisão/avaliação para as ações da Visa	0 a 10
	4. Ter alternativas locorregionais para o aprimoramento dos investimentos visando à continuidade das ações da Visa	0 a 10
(c) Realização de ações específicas para a Visa municipal	1. Existir otimização das atividades realizadas (recursos para custeio das ações da Visa)	0 a 10
	2. Ter conformidade da Visa com o que foi proposto pelo Decreto 20.786/98 (PE)	0 a 10
	3. Existir assessoria jurídica com a finalidade de otimizar trâmite dos processos sanitários)	0 a 10
(d) Contratação e captação de recursos humanos (RH)	1. Existir aumento, organização e qualificação da equipe de profissionais (níveis superior e médio), e para a execução de ações (sistema de informação)	0 a 10
	2. Existir equipe técnica que atenda às necessidades (nível superior, médio elementar etc.)	0 a 10
(e) Acesso da população em ações de comunicação	1. Existir melhoria da acessibilidade e participação da população para atividades educativas	0 a 10
	2. Existir e estimular a comunicação entre colegiados e população quanto às ações da Visa	0 a 10
(f) Organização de práticas e serviços de Visa nos municípios	1. Existir equipamentos de trabalho (ambiente físico, veículo, computador)	0 a 10
	2. Existir material de consumo (insumos etc.)	0 a 10
	3. Existir Sistema de Informação (cadastro e atualização) e serviço de atendimento ao público	0 a 10

Fonte: Elaboração própria.

Após a obtenção dos 18 questionários, respondidos em recinto governamental, a saber, no setor de Vigilância Sanitária, da Sede da VI Geres, foram calculadas as médias (M) e os desvios-padrão (DP) da pontuação, com a finalidade de ajuizar a relevância proposta aos fundamentos, no intuito de analisar o Grau de Consenso da Matriz entre os árbitros dos juizes selecionados. Todos os fundamentos foram escrutinados de acordo com a sua relevância concedida, donde foi aplicada a seguinte classificação da média de pontos obtidos^{25,26}: (a) $M \geq 9$ = muito importante; (b) $M \geq 7$ e < 9 = importante; e (c) $M < 7$ = pouco importante. Em relação ao grau de consenso: (a) $DP \leq 1$ = fundamento em consenso; (b) $DP > 1$ e < 3 = dissenso; e (c) $DP \geq 3$ = grande dissenso.

Os critérios estipulados para os pontos de corte dos fundamentos foram os seguintes²⁵: (a) com média igual ou superior a 7, e DP igual ou superior a 3, embora importante, não deveria ser inserido na Imagem-objetivo, tendo em vista não possuir consensualidade; (b) com DP inferior a 3,

deveria ser julgado como consensual; caso fosse valorado importante, seria inserido na Imagem-objetivo; (c) com média inferior a 7, estaria excluído da Imagem-objetivo para a avaliação da Visa.

A Conferência de Consenso Delphi Ajustada foi realizada em recinto governamental, a saber, no auditório da Sede da VI Geres. Em seguida, iniciou-se a terceira etapa Delphi, quando foi entregue aos juizes, em mensagem presencial e individual, outro TCLE, semelhante ao primeiro, com conteúdo explicativo, que mostrava os objetivos da pesquisa e também a maneira como foi elaborada a Matriz Delphi de Concordância e a proposta de Imagem-objetivo que é usada como instrumento de avaliação^{15,18} do Grau de Implantação das Visas, em âmbito macrorregional, auferindo-se escores de 0 a 10, em relação aos fundamentos da Matriz de Avaliação²⁷. Portanto, zero demonstra a total não implantação, e dez corresponde à implantação mais elevada do fundamento. Caso a nota fosse zero, providenciou-se um espaço destinado para comentários.

Para avaliar o Grau de Implantação (GI) das

dimensões e dos fundamentos mostrados, as médias foram computadas. Como todos os fundamentos obtiveram nível de concordância muito importante, então não foi necessário dar pesos aos mesmos. O julgamento foi executado em concordância com o valor atribuído, em que foi usada a divisão por estratos, com o objetivo de direcionar a realização da síntese e proferir a avaliação.

A forma de demonstrar o GI das Visas, em âmbito macrorregional, foi conseguida por intermédio da média aritmética; pelo somatório do valor atribuído pelos juízes, de maneira individual, ao nível de avaliação para cada Fundamento e Dimensão, respectivamente; e divisão pelo quantitativo de participantes nessa etapa. O Modelo de julgamento ajustado e aplicado para classificar o GI, por Dimensão e Fundamento⁹, foi estratificado em quatro níveis por escores positivos: entre 9,00 a 10,00 pontos – Excelente (Implantado); entre 7,00 a 8,99 pontos – Satisfatório; entre 5,00 a 6,99 pontos – Insatisfatório; e, por fim, abaixo de 5,00 pontos – considerado como crítico (Não implantado).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (CEP-IAM/Fiocruz-PE), em 09 de abril de 2021, sob CAEE n.º 42522620.0.0000.5190/2021 – Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme as Resoluções n.º 441/11 e 466/12, do CNS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da construção do ML, foi preconizada e configurada a Avaliação da Proposta de Imagem-objetivo e do GI da Visa, o que proporcionou otimizar a percepção e estruturação dos componentes, para avaliar os fundamentos envolvidos e dos seus prováveis nexos. A referida configuração orientou a composição de proposta da Matriz Delphi de Consenso para a Visa, encaminhada aos especialistas (juízes), que formularam dois julgamentos: 1) do nível de concordância com as dimensões que integraram a Imagem-objetivo desenvolvida pelos autores e 2) do GI, conforme esses seus fundamentos.

Em seguida, correlacionou-se cada dimensão com o respectivo fundamento. Porém, não ocorreu exclusão ou inclusão de fundamentos e não foi preciso utilizar remodelações; contudo, oportunizou-se a verificação da provável diminuição dos dissensos, tanto quanto o acréscimo de consensos.

A avaliação do GI da Visa foi conformada por meio da pontuação aplicada pelos 18 juízes, para cada

fundamento da Matriz de Consenso, e, posteriormente à aferição, todos os 20 Fundamentos selecionados foram validados quanto ao Nível de Concordância como Muito Importantes, nas seis Dimensões. Com isso, todos foram considerados consensuais e incluídos na Imagem-objetivo, porque obtiveram o $DP < 1$. Os resultados estão mostrados na Tabela 1, com Dimensões e Fundamentos propostos na Matriz Delphi, a média, o respectivo desvio-padrão e nível de concordância.

Ao verificar-se o GI da Visa das seis Dimensões (a, b, c, d, e, f – orientadas pelos objetivos finais da Visa), observa-se que: todos os 20 Fundamentos elencados apresentam-se em Nível Crítico.

A avaliação do GI da Visa na III Macrorregional de Saúde de PE foi conseguida por intermédio do somatório das médias dos Fundamentos das Dimensões, dividido pela sua quantidade, cujo cálculo resultou em média igual a 2,20. Concluiu-se que a Visa está classificada em Nível Crítico, validado pelo julgamento de consenso, através da seleção dos juízes.

O Método Delphi Ajustado ultrapassou os empecilhos da avaliação normativa alicerçados unicamente na aplicação do Modelo Lógico tradicional²². Os instrumentos utilizados se apresentaram em conformidade com a complexidade do cenário, quando situações não estruturadas, pertinentes à Visa, podem ser avaliadas, de uma forma mais coerente, por especialistas. Esse método para a avaliação da Visa, em âmbito macrorregional, alicerçado em Imagem-objetivo e utilizado na Conferência de Consenso com juízes, através do Método Delphi Ajustado^{9,25}, complementa uma lacuna do conhecimento nessa contingência do julgamento de pares, objetivando a avaliação da Visa.

A concepção do GI concerne à congruente instrumentalização de uma determinada intervenção^{8,9,27}.

O ML norteou, retratou e associou as ações e práticas de Visa às Dimensões e aos Fundamentos que foram aferidos. Teoricamente, uma das melhores maneiras de avaliar cenários complexos que abordam variadas esferas para a tomada de decisão, e efetivação de ações de serviços intergovernamentais, é através do parecer estruturado de *experts* e, especificamente, com a aplicação de um modelo de avaliação que demonstre benefício ao ser utilizado nesse tipo de estudo⁸.

Ainda que tenha um instrumento legal para concretizar a efetivação das negociações nas CIRs⁸

para a descentralização, implantação e implementação²⁰ de ações da Visa, torna-se imprescindível o incremento da capacidade de articulação intergovernamental, tanto entre os coordenadores municipais como entre os supervisores estaduais, em relação aos municipais, porque não existe uma política regional que priorize esses temas nas CIRs, onde ainda se verifica a insuficiência de negociações para a implementação das ações de Visa. A articulação política para implementar e otimizar novas ações de Visa é um tópico de substancial vulnerabilidade no processo de implantação das Visas municipais, quando referente aos padrões analisados em âmbito macrorregional, o que foi corroborado pelos especialistas durante a avaliação.

Essa conjuntura regional de saúde não fortalece a natureza dessas relações interfederativas nas CIRs, entre os gestores. Embora com as recentes atribuições delegadas à mobilização regional e aos comitês, em relação à Visa, estes não sugerem abordagens mais amplas e aplicáveis quanto ao planejamento e à alocação dos recursos nas regiões²⁸. É imprescindível definir estratégias que proporcionem maior cooperação entre os entes federados, porque não existe uma instância macrorregional com poder para tal, o que corrobora para esse vácuo na governança⁸, pois verificou-se que não são utilizadas as informações estratégicas disponíveis no seu processo de planejamento e estruturação pactuada, e não acontecem discussões objetivando à formalização de acordos interfederativos entre o Estado e os Municípios, e também intermunicipais, para almejar os objetivos propostos para consolidar a integralidade, no contexto da Visa. No todo, o que se mostra, de forma nítida, é uma desarticulação política entre os gestores estaduais e municipais, consequentemente dificultando as tomadas de decisão.

Quanto à governança e descentralização das ações da Visa²⁰, foram escassas as atividades desenvolvidas para fortalecer as coordenações das Visas municipais, na III Macrorregional, para integrar as instituições estratégicas, articulações essas, em relação à implantação e implementação, sendo realizadas de maneira preambular entre as gestões estaduais e municipais – Gerências Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

Desde 2007, os recursos voltados à Visa estão inseridos nos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde²⁹. Esses recursos financeiros são oriundos do termo de ajustes e metas, embora exíguos e insuficientes para cobrir as despesas do serviço, sobretudo em municípios de pequeno porte populacional; além disso, possuem vasta flexibilidade de aplicação, o que ainda torna um estímulo para que os gestores municipais passem a coordenar e estruturar as ações de Visa²⁰. Contudo, não se constata novos investimentos em ações relativas à implantação de uma Visa municipal resolutiva na macrorregião. Evidências nesse foco podem ser verificadas com a aplicação da Matriz de Consenso.

Também em virtude da deficiência de monitoramento e supervisão das ações direcionadas aos empecilhos referentes às Visas municipais, não se atentam alternativas locorregionais para o aprimoramento de investimentos, o que possibilitaria a ampliação das ações das Visas, diferentemente do que se tem visto em relação à sua estagnação e mingramento.

Tabela 1 – Proposta de Imagem-objetivo para a avaliação da Visa em âmbito macrorregional

Dimensão (objetivo final) e Fundamento	Etapa Delphi Ajustada				
	M	DP	Nível de Concordância	M	GI
a) Política, legislação macrorregional	-	-	Muito Importante	2,14	Crítico
a 1	9,94	0,2	Muito Importante	2,11	Crítico
a 2	9,66	0,6	Muito Importante	2,11	Crítico
a 3	9,72	0,8	Muito Importante	2,55	Crítico
a 4	9,88	0,5	Muito Importante	2,39	Crítico
a 5	9,78	0,6	Muito Importante	1,67	Crítico
a 6	9,88	0,3	Muito Importante	2,00	Crítico

b) Financiamento, investimento de recursos e nas Visas	-	-	Muito Importante	2,57	Crítico
b 1	10,0	0,0	Muito Importante	2,22	Crítico
b 2	10,0	0,0	Muito Importante	3,05	Crítico
b 3	9,88	0,3	Muito Importante	2,78	Crítico
b 4	9,78	0,6	Muito Importante	2,22	Crítico
c) Realização de ações específicas para a Visa municipal	-	-	Muito Importante	1,74	Crítico
c 1	9,88	0,3	Muito Importante	1,94	Crítico
c 2	9,88	0,3	Muito Importante	2,17	Crítico
c 3	10,0	0,0	Muito Importante	1,11	Crítico
d) Contratação e captação de recursos humanos	-	-	Muito Importante	2,11	Crítico
d 1	10,0	0,0	Muito Importante	2,05	Crítico
d 2	9,94	0,2	Muito Importante	2,17	Crítico
e) Acesso da população através de ações e comunicação	-	-	Muito Importante	2,39	Crítico
e 1	9,83	0,4	Muito Importante	2,50	Crítico
e 2	9,78	0,4	Muito Importante	2,28	Crítico
f) Organização de práticas e serviços de Visas nos municípios	-	-	Muito Importante	2,24	Crítico
f 1	10,0	0,0	Muito Importante	2,28	Crítico
f 2	10,0	0,0	Muito Importante	2,50	Crítico
f 3	10,0	0,0	Muito Importante	1,94	Crítico
GI Total por Fundamento Visa – Nível da III Macrorregional				2,20	Crítico

Fonte: Elaboração própria.

A realização de ações específicas em Visa é crítica; nessa dimensão, embora haja conformidade das Visas municipais com o que foi proposto pelo Decreto 20.786/98 (PE), dos 35 municípios que compõem a III Macrorregional, apenas três instituíram o seu código sanitário. E não existe assessoria jurídica com a finalidade de otimizar o trâmite dos processos sanitários.

Quanto à contratação e à captação de recursos humanos na III Macrorregional, apresentam-se em condição crítica, não existem concursos públicos municipais realizados recentemente. A despeito de possuir equipe técnica mínima (um profissional de nível superior e dois de nível médio) que atenda às necessidades básicas, tal atendimento não se verifica especificamente para as Visas. O que ocorre é a contratação provisória de profissionais sem conhecimento e experiência na área. Atualmente, não se verificam melhorias no tocante à organização e qualificação de profissionais, e de serviços, com

sistema de informação e atendimento ao público.

Em relação a estimular a acessibilidade e participação da população na defesa de seus direitos através de ações de comunicação, verifica-se que essa não ocorre, bem como não há uma comunicação entre a população e os colegiados quanto ao direcionamento das Visas municipais. Nessa circunstância, o GI dos Fundamentos em foco aponta para uma maior vulnerabilidade da população.

As práticas e serviços de Visas nos municípios mostram uma desarticulação na organização dos serviços, e as ações se apresentam fragmentadas e em nível crítico, corroborando o julgamento dos especialistas. Outro fator complicador é que a III Macrorregional, além de ficar localizada distante da capital do estado (Recife), apresenta uma ampla área territorial no semiárido nordestino, fazendo fronteira com quatro Estados da Federação – Alagoas, Bahia, Ceará e Paraíba.

CONCLUSÃO

Este estudo avaliou, por meio de especialistas, as ações e práticas das Visas municipais, bem como as supervisões das Visas regionais, e mostrou um cenário crítico da sua implantação e implementação na III Macrorregional de Saúde. Essa abordagem, com a aplicação do Método Delphi Ajustado, apresentou nexos com a complexidade do objeto, diante da escassez de modelos específicos para esse propósito, alicerçado em relações interinstitucionais na regionalização do SUS.

É imprescindível ressaltar que, por ser este um tópico nevrálgico e de natureza complexa, torna-se imperativo enfatizar que a governança, na conjuntura da III Macrorregional de Saúde, direcionada às Visas, com ênfase nas peculiaridades, supervisão regional e grau de implantação e implementação, a fim de verificar sua adequação em relação à configuração interinstitucional, é conflitiva e tem características similares nas três Geres.

Não existem novas etapas para fortalecer e operacionalizar as Visas, em relação à sua configuração interinstitucional, e as respectivas responsabilizações aos Gestores Regionais e Municipais de Saúde, porque fogem à governabilidade.

As reuniões CIRs das VI, X e XI Geres, respectivamente, apresentaram as mesmas peculiaridades, limitadas somente a questões técnicas regionais. Embora formalizadas e registradas, são apenas informativas, sem espaço para pactuações para as Visas. Verificou-se pouca capacidade resolutiva e são caracterizadas pela presença de atores institucionais sem poder de decisão, o que ocasiona um vácuo na governança.

Existe uma probabilidade dessas falhas detectadas pertencerem a um cenário ainda maior no Brasil, por sua conjuntura intergovernamental proveniente de questões contextuais desfavoráveis que caracterizam os recentes e graves problemas da Saúde Pública no estado e no país.

Como essa conjuntura é inevitavelmente circunstancial, aponta-se a necessidade de novas avaliações focadas para a implantação, implementação das ações e práticas das Visas municipais. Nesse contexto adverso, desde 2015, é vital implementar e fortalecer as Visas em Pernambuco.

Concluiu-se que, de acordo com as especificidades, os objetivos finalísticos pretendidos pelas Visas estadual e municipais não estão sendo plenamente auferidos, diante do grau de implantação crítico

mostrado pela Matriz Delphi, que pode validar de maneira consistente o GI das Visas municipais, na perspectiva macrorregional.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE, e aos especialistas que se propuseram a participar desta pesquisa, o que proporcionou a sua plena viabilização e execução.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Antônio Augusto Vieira de Aragão contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa, redação e revisão crítica do manuscrito. **Henrique Fernandes Câmara Neto** contribuiu com delineamento da pesquisa, ajustes e revisão crítica do manuscrito. **José Luiz Correia de Araújo Júnior** contribuiu com delineamento da pesquisa, redação, ajustes e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Aragão AAV, Oliveira SRA. O Poder do Poder de Polícia à Luz do Direito Sanitário e da Vigilância Sanitária. *Sanare* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 18];17(1):58-64. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1223>
2. Seta MH, Silva JAA. A Gestão da Vigilância Sanitária. In: Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. *Gestão e Vigilância Sanitária: modos de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 195-217.
3. Steinbach A, Schwengber LMK, Martins C, Dutra A, Venâncio D. Mapeamento da produção científica em gestão da vigilância sanitária no período 2000 a 2010. *Rev Gest Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jan 24];3(3):919-40. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/130/124>
4. Lucchesi G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. *Gestão e Vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-48.
5. Ferraro AHA, Costa EA, Vieira-da-Silva LM. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2009 [cited 2021 Apr 28];25(10):2201-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/11.pdf>

6. Costa EA. Vigilância Sanitária Proteção e Defesa da Saúde. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. 2 ed. São Paulo: Sobravime; 2004.
7. Santos AM. Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista - BA: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
8. Aragão AAV. Análise da Governança nos Colegiados Regionais em relação à Rede Cegonha na III Macrorregional de Saúde em Pernambuco [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
9. Aragão AAV, Oliveira SRA, Gurgel Júnior GD. O uso do Método Delphi ajustado para avaliar a Rede Cegonha: da Imagem-objetivo à Realidade. Esc Anna Nery [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 28];23(2):e20180318. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/twW8WkPctVk9pCvWK75SHyn/?format=pdf&lang=pt>
10. Silva LMV. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: Costa EA, organizadora. Vigilância Sanitária Temas em Debate. Salvador: EDUFBA; 2009. p. 219-35.
11. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65-78.
12. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005.
13. Oliveira SRA, Teixeira CF. Avaliação da regionalização do SUS: construção de Modelo Teórico-lógico. Rev Baiana Saúde Pública [Internet]. 2013 [cited 2021 Apr 28];37(1):236-54. Available from: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/%20rbsp/article/view/162>
14. Flick U. Triangulation in Qualitative Research. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I, organizadores. A Companion to Qualitative Research. London: SAGE; 2004. p. 178-83.
15. Januzzi PM. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. Planej Polit Públicas [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 1];36:251-75. Available from: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/228>
16. Bloor M, Sampson H, Baker S, Dahlgren K. Useful but no Oracle: Reflections on the use of a Delphi Group in a multi-methods policy research study. Qual Res [Internet]. 2015 [cited 2021 Jun 1];15(1):57-70. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1468794113504103>
17. Pereira RDM, Alvim NAT. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção em enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 14];19(1):174-80. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/NskYD4xpdFkJ7YkchPq4GNy/?format=pdf&lang=pt>
18. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, organizador. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 41-60.
19. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde [home-page on the Internet]. [cited 2021 Jan 16]. Available from: <http://portal.saude.pe.gov.br/>
20. Ferraro AHA, Costa EA, Vieira-da-Silva LM. Imagem-objetivo para descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 17];25(10):2201-17. Available from: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10319/1/33333.pdf>
21. Lopes GVDO, Vilasbôas ALQ, Castellanos MEP. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). Saúde Debate [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 29];41(spe3):241-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042017000700241&lng=pt&nrm=isso
22. Aragão AVA, Oliveira SRA, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD. O Panorama da III Macrorregional de Saúde em Pernambuco Análise da governança em colegiados regionais do programa Rede Cegonha. In: Gurgel Júnior GD, Pacheco HF, Oliveira SRA, Santos FAZ, organizadores. Mecanismos de governança e regulação pública no SUS – Programa Rede Cegonha: experiências e desafios institucionais [Internet]. Recife: Ed. UFPE; 2021. p. 107-43 [cited 2021 Apr 29]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40280>
23. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. PLoS One [Internet]. 2011 [cited 2021 May 29];6(6):e20476. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0020476>

24. Valdés MG, Marín MS. Empleo del método Delphi en investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas. Rev Cub Inf Cienc Salud [Internet]. 2013 [cited 2021 May 29];24(2):133-44. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-701865>

25. Pessoa TRRF, Noro LRA. Caminhos para a avaliação da formação em Odontologia: construção de modelo lógico e validação de critérios. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2015 [cited 2021 May 29];20(7):2277-90. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/D796pVN778RQcwQjRN8PsRd/abstract/?lang=pt>

26. Souza LEFF, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZM. A Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/RJ: Fiocruz; 2005. p. 65-102.

27. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 89-108.

28. Ribeiro PT, Tanaka OU, Denis JL. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2017 [cited 2021 May 28];22(4):1075-84. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kg6ybTgMhW3XJwBmMwWbjgt/abstract/?lang=pt>

29. Brasil. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta no Sistema Único de Saúde o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2007 [cited 2021 May 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html



REFUGIADOS VENEZUELANOS EM ABRIGOS DE RORAIMA: CONVIVÊNCIA, HIGIENE, SEGURANÇA E SAÚDE DOS ABRIGADOS

REFUGIADOS VENEZOLANOS EN ABRIGOS DE RORAIMA: CONVIVENCIA, HIGIENE, SEGURIDAD Y SALUD DE LOS ABRIGADOS
VENEZUELAN REFUGEES IN RORAIMA SHELTERS: COEXISTENCE, HYGIENE, SAFETY AND HEALTH OF THOSE LIVING IN SHELTERS

Nathacha Andreza Costa Leal ¹

Sarah Moura e Silva ²

Eliana Lúcia Monteiro da Silva Neta ³

Safi Salhah ⁴

Pedro Lívio Menezes Dalpasquale ⁵

Loeste de Arruda Barbosa ⁶

Como Citar:

Leal NAC, Silva SM, Silva Neta ELM, Salhah S, Dalpasquale PLM, Barbosa LA. Refugiados venezuelanos em abrigos de Roraima: convivência, higiene, segurança e saúde dos abrigados. *Sanare (Sobral, Online)*. 2022; 21(1):54-63.

Descritores:

Saúde Pública; Refugiados; Abrigo; Acesso aos Serviços de Saúde; Condições Sociais.

Descriptors:

Salud Pública; Refugiados; Abrigo; Acceso a los servicios de salud; Condiciones sociales.

Descriptores:

Public Health; Refugees; Shelter; Access to Health Services; Social Conditions.

Submetido:

20/11/2021

Aprovado:

09/04/2022

Autor(a) para Correspondência:

Loeste de Arruda Barbosa
Universidade Estadual de Roraima (UERR); Rua 7 de Setembro, 231; Canarinho, CEP:69306-530, Boa Vista - RR
E-mail: loeste.arruda@gmail.com.

RESUMO

O presente estudo objetiva investigar as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde dos refugiados venezuelanos em abrigos de Roraima-RR. Quanto à metodologia, este é um estudo qualitativo-exploratório, feito com 22 imigrantes que vivem em abrigos. Utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, observação participante e a Análise de Conteúdo de Bardin. A partir disso, quatro categorias surgiram: I. Convivência e relações interpessoais, em que se destacaram atritos por motivo de alimentação, brigas de crianças e pouca cordialidade; II. Segurança nos abrigos, em que a maioria se sente segura, mas relata furtos, brigas e invasões pontuais; III. Higiene nos abrigos, sobre a qual somente metade dos entrevistados está satisfeita, destacando-se banheiros sujos, falta de água e artigos de limpeza; IV. Relações com o serviço de saúde: há o acesso e satisfação com os serviços de saúde, em que a maior procura é por vacinação, consultas, pré-natal e aquisição de medicamentos. Houve críticas à falta de medicamentos nos serviços de saúde, demora, superlotação e discriminação com venezuelanos. Infere-se, portanto, que os principais desafios da vida no abrigo estão relacionados às interações humanas, ainda que haja problemas com a segurança e condições higiênicas do local. Apesar das dificuldades relatadas, os entrevistados se mostraram satisfeitos com o acesso aos serviços públicos de saúde.

1. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Estadual de Roraima (UERR). E-mail: nathacha.leal11@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7969-3094>

2. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Estadual de Roraima (UERR); E-mail: mtsarah14@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3579-3584>

3. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Estadual de Roraima (UERR). E-mail: eliana.neta@uerr.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1959-5580>

4. Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Estadual de Roraima (UERR). E-mail: safi.salhah@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8111-4207>

5. Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Estadual de Roraima (UERR). E-mail: pedro.dalpasquale@uerr.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7432-7565>

6. Professor Doutor do curso de Medicina da Universidade Estadual de Roraima (UERR). E-mail: loeste.arruda@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2679-5898>

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

RESUMEN

El presente estudio objetiva investigar las condiciones de vida y el acceso a los servicios de salud de los refugiados venezolanos en albergos de Roraima-RR. Sobre la metodología, este es un estudio cualitativo-exploratorio, hecho con 22 inmigrantes que viven en refugios. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas, observación participante y el Análisis de Contenido de Bardin. A partir de eso, cuatro categorías surgieron: I. Convivencia y relaciones interpersonales, que se destacaron fricciones por motivo de alimentación, peleas de niños y poca cordialidad; II. Seguridad en los albergos, donde la mayoría se siente segura, pero relata robos, peleas e invasiones puntuales; III. Higiene en los albergos, sobre la cual solamente mitad de los entrevistados está satisfecha destacándose baños sucios, falta de agua y artículos de limpieza; IV. Relaciones con el servicio de salud: hay el acceso y satisfacción con los servicios de salud, donde la mayor demanda es por vacunación, consultas, cuidado prenatal y adquisición de medicinas. Hubo críticas a la falta de medicinas en los servicios de salud, demora, hacinamiento y discriminación con venezolanos. Se infiere, por lo tanto, que los principales desafíos de la vida en el refugio están relacionados a las interacciones humanas, mismo que haya problemas con la seguridad y condiciones higiénicas del local. A pesar de las dificultades relatadas, los entrevistados se mostraron satisfechos con el acceso a los servicios públicos de salud.

ABSTRACT

The present study aims to investigate the living conditions and access to health services of Venezuelan refugees in shelters in Roraima-RR. As for the methodology, this is a qualitative-exploratory study, carried out with 22 immigrants living in shelters. Semi-structured interviews, participant observation, and Bardin's Content Analysis were used. From this, four categories emerged: I. Coexistence and interpersonal relationships, in which frictions due to food, children's fights, and little cordiality stood out; II. Safety in the shelters, where most feel safe, but report thefts, fights and occasional break-ins; III. Hygiene in the shelters, about which only half of the interviewees are satisfied, highlighting dirty bathrooms, and the lack of water and cleaning supplies; IV. Relationships with the health service: there is access and satisfaction with the health services, in which the greatest demand is for vaccination, medical visits, prenatal care, and acquisition of medications. The lack of medications at health services, delays, and overcrowded areas were criticized, along with the discrimination against Venezuelans. We inferred, therefore, that the main challenges of life in the shelter are related to human interactions, even though there are problems with the safety and hygiene conditions of the site. Despite the difficulties reported, respondents were satisfied with the access to public health services.

.....

INTRODUÇÃO

A Venezuela foi um dos países mais prósperos da América do Sul no final do século 20. No entanto, a crise política e socioeconômica em curso reverteu esses ganhos gerando forte instabilidade nesse país¹. Essa situação tem levado à migração em massa do povo venezuelano para outros países, principalmente para a Colômbia^{2,3}, mas o Peru também se destaca como um dos principais destinos migratórios⁴. Embora em menor intensidade, o Brasil já recebeu mais de 85.000 imigrantes venezolanos que solicitaram regularização migratória no país⁵.

Considerando esse elevado número de imigrantes e refugiados venezolanos no Brasil e nos demais países da América Latina; as condições de pobreza e a elevada vulnerabilidade social sob as quais aqui chega grande parte desses imigrantes; e o inédito caos sociopolítico e a depressão econômica que

vivencia a Venezuela atualmente, não é exagero afirmar que esse país experimenta a pior crise de sua história e que é a causa da diáspora de seu povo.

O estado de Roraima se destaca nesse cenário de crise migratória por ser a principal rota de entrada desses imigrantes para o Brasil, por conta de sua fronteira seca com a Venezuela. Desde meados de 2015, os municípios de Roraima, em especial as cidades de Pacaraima, fronteira com a Venezuela, e de Boa Vista, capital do estado, têm tido suas rotinas profundamente alteradas pelo elevado número de imigrantes.

Na capital do estado, essa situação é mais crítica, pois a maior parte tem a referida cidade fronteiriça apenas como primeiro ponto de apoio em sua jornada migratória. Inclusive, uma parte dos imigrantes se desloca a pé em direção à cidade de Boa Vista, realizando um percurso de aproximadamente 200 km, por falta de recursos financeiros para o uso do

transporte rodoviário. Ao chegar à capital, grande parte desses imigrantes não tem onde se abrigar, ao passo que ocupa praças, ruas, prédios abandonados e demais espaços públicos, sobrevivendo de esmolas, doações e outros auxílios.

Atualmente, essa situação tem se atenuado em virtude da intervenção do Exército do Brasil, que deflagrou a Operação Acolhida, a qual coordena e promove as medidas assistenciais de emergência para acolhimento dos imigrantes venezuelanos. Dentre as medidas de destaque, cita-se o deslocamento de 846 imigrantes que viviam em condições subumanas na Praça Simon Bolívar, nas proximidades da rodoviária da cidade, para os abrigos Latife Salomão e Santa Tereza⁶.

Antes da Operação Acolhida, havia três abrigos na capital e um em Pacaraima. Hoje, esse número já passa de dez e ainda há centenas de imigrantes recém-chegados desabrigados. A Operação Acolhida, que vem prestando assistência médica, social e psicológica aos refugiados, tem por objetivos recepcionar, identificar, triar, imunizar, abrigar e interiorizar imigrantes em situação de vulnerabilidade (desassistidos), decorrente do fluxo migratório provocado pela crise humanitária. Em agosto de 2018, foram montados dez abrigos na cidade de Boa Vista, que já operam com suas capacidades máximas de lotação^{6,7}.

Embora a Operação Acolhida ofereça abrigo, alimentação básica, segurança e suporte básico de saúde com atendimento em dias específicos, a vida nos abrigos é uma experiência singular que requer uma alta capacidade de adaptação e convivência. Considerando, também, a elevada situação de vulnerabilidade social dos abrigados; que grande parte deles tem demandas elevadas pelos serviços de saúde; e, ainda, que o sistema de saúde de Roraima tem passado por dificuldades crônicas, potencializadas com essa questão migratória.

Os autores deste trabalho se interessaram em investigar o acesso aos serviços de saúde desses imigrantes, em analisar a vida nos abrigos sob a perspectiva dos abrigados e como isso pode interferir no bem-estar dos indivíduos, sendo esses os objetivos deste estudo. Ponderando que esse é um fenômeno migratório recente e a literatura ainda carece de estudos que relacionem o acesso à saúde por parte dos imigrantes venezuelanos, especialmente para além do âmbito hospitalar, considerando a rotina e contexto social enquanto abrigados/refugiados, este trabalho se mostra relevante e inédito.

METODOLOGIA

Trabalho exploratório e descritivo, de cunho qualitativo, realizado com imigrantes venezuelanos que moram em abrigos na cidade de Boa Vista, Roraima. Os abrigos alvos desta investigação foram: Santa Teresa, Nova Canaã, São Vicente, Latife Salomão e o complexo Rondon I, II e III. Participaram deste estudo 22 imigrantes que viviam nos abrigos mencionados, limitados em número pela técnica de saturação de dados⁸ e condicionados aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de idade, ser venezuelano e residir no abrigo por mais de um mês. Foram excluídos os que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os que não quiseram ter os áudios gravados e os venezuelanos indígenas.

O instrumento utilizado para a construção dos dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos autores com perguntas norteadoras, em espanhol, que se debruçaram sobre o viver no abrigo com foco em segurança e higiene, além do acesso aos serviços de saúde. Os áudios também foram gravados em espanhol e posteriormente traduzidos e transcritos pelos autores. Realizou-se a validação interna do roteiro de entrevista com a efetuação de duas entrevistas, as quais não foram incluídas no total de entrevistados.

Segundo Thiry-Cherques *apud* Nascimento e colaboradores⁸, quando o roteiro de entrevista é adequado, o ponto de saturação geralmente é atingido em, no máximo, 15 entrevistas. A duração das entrevistas foi de aproximadamente 20 minutos e elas ocorreram no segundo semestre de 2019. Em cada abrigo foram entrevistados três imigrantes, exceto no Rondon III, em que foram entrevistados quatro, abordados de modo aleatório e somente após confirmados os critérios de inclusão e de exclusão.

Como estratégia para fortalecer a interpretação dos dados captados na entrevista, optou-se, também, pela técnica de observação participante, na qual os dados observados estavam pré-definidos por um roteiro de campo, que funcionou como instrumento auxiliar no processo de observação participativa. Um roteiro de campo com as diretrizes a serem exploradas na observação deve estar alinhado com aspectos que devem ser observados de acordo com os objetivos da pesquisa, porém, deixando espaços para o inesperado no ambiente observado⁹.

A observação participante se deu por meio de uma visita acompanhada pelos militares do Exército

do Brasil que participavam da Operação Acolhida nos abrigos Latife Salomão e Rondon III, registradas nas redes sociais da Operação Acolhida¹⁰ e no site da Universidade Estadual de Roraima (UERR)¹¹. Em cada um desses abrigos, a visita durou um turno do dia: tarde no primeiro e manhã no segundo.

Inicialmente, os abrigos foram apresentados pelos militares, com visitas às suas diferentes subdivisões, seguidas de explicações sobre a dinâmica de seu funcionamento e aspectos relacionados à segurança, à alimentação, aos cuidados em saúde, à higiene e à convivência entre abrigados. Após esse momento guiado pelos militares, os pesquisadores ficaram livres para fazer as observações de modo particular, além de interagir com os abrigados.

A análise dos dados foi baseada no referencial teórico-analítico de conteúdo disposto em Bardin¹². Essa proposta de análise textual se caracteriza por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição de conteúdo das mensagens, que incluem operações de desmembramento do texto em unidades, a fim de descobrir os diferentes núcleos de sentido das falas e, *a posteriori*, de realizar o seu agrupamento em categorias.

Este trabalho obedeceu a todos os critérios éticos para pesquisas com seres humanos, a citar: a Declaração de Helsinque; as diretrizes previstas nas Resoluções n.º 466/2012 e 510/2015 do Conselho Nacional de Saúde; a Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa da UERR sob parecer número 3.357.346 e CAAE 12031518.5.0000.5621; Assinatura do TCLE, em espanhol, pelos entrevistados.

Cabe destacar também que o anonimato dos participantes desta investigação foi mantido e as falas estão codificadas por nomes de países da América Latina e Caribe, em homenagem aos países da região que têm recebido os imigrantes venezuelanos. Uma dada codificação sempre representa o mesmo participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Oito dos entrevistados eram homens e 14 eram mulheres. O tempo de chegada ao Brasil variou de dois a 20 meses. Quatorze participantes estavam desempregados, cinco deles trabalhavam como diaristas e três atuavam como vendedores ambulantes. A literatura fortalece esses achados ao demonstrar que, em Roraima, 57% dos venezuelanos se encontram desempregados e, entre os que estão trabalhando, 82% atuam informalmente, recebendo

menos de um salário mínimo².

A partir da análise dos depoimentos, foram elaboradas quatro categorias: I. Convivência e relações interpessoais; II. Segurança nos abrigos; III. Higiene nos abrigos; IV. Relações com o serviço de saúde.

Categoria I: Convivência e relações interpessoais

Esta categoria aborda os desentendimentos no cotidiano dos abrigos relativos à convivência coletiva, o que resulta em desgastes nas relações interpessoais entre os abrigados, como podemos observar nos relatos a seguir:

Brigam pela fila da comida. Fecham a água do banho. Então, eles fazem como se fosse de propósito (*México*).

Primeiro colocavam as crianças sozinhas, as crianças brigavam entre si, a punho e tudo (*Trinidad e Tobago*).

A convivência é insuportável. Para tu poder conviver aí, tem que viver trancado na barraca e sair somente para buscar tua comida (*México*).

As relações podem melhorar por meio de um emprego, dessa forma o nível de estresse dentro dos abrigos diminuiriam (*Honduras*). Como não consegui me acostumar, prefiro não me misturar, as pessoas brigam muito (*Guiana*).

Muitos são os problemas de convivência relatados pelos entrevistados, advindos da própria condição da proximidade entre várias pessoas que dividem o mesmo espaço e serviços. Os mais recorrentes foram atritos relativos à alimentação e à ausência de relações cordiais no dia a dia. Destacaram as frequentes brigas entre as crianças, que, em muitos casos, repercutem em atritos também entre os seus responsáveis.

Também foi mencionado que o elevado tempo ocioso que a maioria tem contribui para elevar o nível de estresse dos abrigados, ao passo que mencionam que se ocorressem atividades ocupacionais dentro do abrigo ou se grande parte não estivessem desempregados, as relações poderiam melhorar, haja vista que o tempo de convivência uns com os outros seria reduzido.

Sabe-se que esses e outros tipos de conflitos

relacionados à convivência são comuns entre abrigados e já foram relatados entre outros abrigos de refugiados da cidade. A vida nesses lugares não está isenta de conflitos internos e há disputas entre os próprios refugiados. Aliás, os campos de refugiados são locais propícios para conflitos. O deslocamento dessas pessoas e o abandono (ou retirada) de seus lares provocam a ruptura de suas estruturas sociais e comunitárias, além de forçá-los a viver lado a lado com pessoas estranhas e submetidos a muitas pressões e desconfortos^{13,14}.

Apenas três entrevistados não classificaram a convivência como ruim ou péssima. Consideraram-na regular, boa, ou simplesmente “suportável”, mas justificaram por ser o único lugar que têm para morar ou por permanecer pouco tempo convivendo com as pessoas no abrigo.

Bom, tem coisas boas, mas não é muito bom [...] para uma pessoa porque não se tem comodidade, nada disso. Mas é melhor que estar na rua, me entende? A proteção (Colômbia).

Categoria II: Segurança nos abrigos

Nesta categoria, são explicitados os aspectos que concernem à segurança nos abrigos, de acordo com a perspectiva dos entrevistados. Evidenciou-se que, de modo geral, há satisfação com a vigilância local, o que lhes confere a sensação de estarem protegidos.

Na parte de segurança, estamos atentos em quem sai e entra (Chile).

O exército é atento e rigoroso com o horário de entrada e saída dos abrigados, ninguém entra ou sai depois das 22:00 horas (Paraguai).

[...] Aqui, estamos protegidos, contrário do que é nas ruas (Nicarágua).

A segurança é boa, pois os militares vigiam a todo instante, e cuidam para que não aconteça algo ruim, pois tem pessoas ruins em nosso meio (Haiti).

Muito boa, temos a nossa segurança do exército (Dominica).

Tendo em vista os relatos supracitados, foi possível inferir que a preponderância de avaliação positiva se deve às estratégias de segurança adotadas. De fato, os entrevistados se mostraram

satisfeitos com o controle de trânsito de pessoas. Durante a observação participante, recebeu-se a informação dos militares que geriam os abrigos que não há trânsito de entrada e/ou de saída entre 22:00 e 5:00 horas, apenas os abrigados que comprovaram trabalhos à noite eram exceção a essa regra, tais como: seguranças, trabalhadores de bares e/ou casas noturnas ou profissionais do sexo.

Além disso, ressalta-se que tal controle não se restringe apenas à entrada, pois, por meio da observação participante, constatou-se que no perímetro da maioria dos abrigos há câmeras e constante vigilância pelos guardas do exército para impedir invasões, sobretudo por áreas vizinhas, com densa vegetação que circunda alguns dos abrigos.

Nesse contexto, faz-se relevante mencionar que essas são medidas adotadas para evitar delitos nos abrigos e nas suas proximidades e, portanto, assegurar a proteção desses abrigados venezuelanos. Há, ainda, reforço da segurança, principalmente à noite, e um efetivo preparado para eventuais ocorrências⁶.

Dois entrevistados relataram que não se sentiam seguros dentro dos abrigos, principalmente por conta de furtos de pertences, episódios de brigas com violência física e algumas invasões noturnas.

A segurança é péssima, as pessoas entram e saem dos abrigos à noite, roubam (Suriname).

Às vezes, não me sinto segura, porque presencio muitas brigas, algumas pessoas pulam a barreira, e não me sinto segura com meu filho (Guiana).

Embora ainda existam problemas relacionados à segurança que precisam ser sanados, a Operação Acolhida tem feito o possível para fornecer condições mínimas de segurança nos abrigos para que não passem por situações degradantes, tais como vivenciam outros refugiados em abrigos em outros lugares do mundo – que enfrentam condições insalubres e de falta de segurança^{15,16}.

A observação participante, em um dos abrigos, constatou que não havia lugares para a guarda de pertences dos abrigados. Em um dos galpões onde ficaram os alojamentos coletivos separados por sexo, os pertences dos abrigados ficavam em sacolas ao lado dos beliches. Assim, há maior possibilidade de furtos.

Também foi relatado por um dos militares, em

uma conversa informal, que já foram identificadas algumas invasões noturnas por pessoas que não conseguiram vagas nos abrigos. Venezuelanos pulavam os muros para passar a noite em segurança e saíam ao amanhecer. Em algumas dessas situações, havia o apoio de abrigados. Esses eventos foram descobertos e coibidos.

Categoria III: Higiene nos abrigos

Esta categoria aborda como são as condições de higiene dentro dos abrigos participantes do estudo, na perspectiva dos entrevistados. Metade dos entrevistados classificou as condições de higiene como boas.

São boas. Pelo menos na parte de higiene... Tomamos banho. No lugar onde nós moramos é limpo (*Chile*).

A higiene é boa, nos dão os materiais pessoais, temos o banheiro limpo quando mantemos ele limpo (*Haiti*).

E a limpeza... aqui até de noite é limpo, e o refúgio sempre se mantém limpo (*Colômbia*). Tem grupos encarregados da limpeza, dos filtros de água para evitar as doenças e para que não tenha mau cheiro (*Panamá*).

No caso da higiene, não recebo muitos produtos de limpeza, mas a área ao redor das barracas está sempre limpa (*Paraguai*).

Percebeu-se que a maior parte dos elogios feitos em relação à higiene nos abrigos se referiam às boas condições de limpeza nos alojamentos, áreas de refeições e convivência. Também elogiaram o bom acesso a materiais de higiene pessoal.

Sabe-se que é necessário prover alojamento adequado aos que precisam viver em abrigos de proteção imediata, ficando claro que esse serviço não deve ser prestado de qualquer maneira, e sim dando condições compatíveis com o respeito à dignidade humana. Necessitam de uma infraestrutura de apoio, como sanitários, cozinhas coletivas ou áreas para refeições, além de segurança e de higiene^{17,18}.

Dentre as muitas atribuições que competem à Operação Acolhida, uma delas é a distribuição de fraldas, de colchões, de papel higiênico e de kits de higiene pessoal e de limpeza para os abrigados venezuelanos. Em geral, esses kits contêm pasta e escova de dentes, sabonetes, xampus e absorventes, além de sabão em pó, detergente, desinfetante,

esponjas e, até mesmo, repelente de insetos¹⁹.

Contudo, outra metade dos entrevistados relatou insatisfação com as condições de higiene, como se verifica nos depoimentos abaixo:

Higiene é ruim, principalmente os banheiros, sempre estão em condições precárias (*México*).

O banheiro, na regra, deveria permanecer limpo e sempre estão em condições precárias. Fazem cocô nas pias, no piso, nos chuveiros. E não os limpam e fecham a água e como as pessoa vai... (*México*).

Estou há 3 meses em Rondon e não facilitaram nenhum tipo de material de limpeza, nenhum tipo de material de... limpeza pessoal, nada disso (*Argentina*).

E quando eu entrei, não nos deram colchão, nós tivemos que lavar nossos colchões podres, podres, podres, sujos, em mau estado; as capas de cama estavam repletas de bichinhos (*Costa Rica*).

Tem muito inseto andando no abrigo, que nunca acaba (*Equador*).

As principais reclamações relativas às condições ruins de higiene reportaram aos banheiros, que estavam quase sempre sujos, malcheirosos ou com falta de água. Também pontuaram falta de artigos de higiene pessoal e presença de muitos insetos nos abrigos.

Durante a observação participante, verificaram-se boas condições de higiene nos alojamentos, áreas de convivência e de refeição. Havia um trabalho de colocação de telas em algumas aberturas no teto para impedir a entrada de pombos que invadiam os abrigos, além de um trabalho de fiscalização dos militares para sensibilizar os abrigados quanto à manutenção do ambiente limpo.

Entretanto, em relação aos banheiros, encontrou-se um ambiente com higienização mais precária, o que valida os depoimentos aqui encontrados. Notou-se, também, que a maioria dos banheiros eram químicos e em pouca quantidade em relação ao número de abrigados.

A literatura sugere que sejam garantidas condições sanitárias adequadas para os diferentes ambientes de um abrigo, bem como a privacidade para a realização de higiene pessoal, da mesma forma, banheiros separados por gênero. É aconselhado, também, envolver os abrigados na manutenção das

instalações (limpeza, higienização, descarte de lixo, etc.). Isso traz uma visão de corresponsabilidade, possibilitando que a equipe de ação humanitária tenha mais tempo para realizar outras atividades e melhorando o convívio dentro do abrigo. Além disso, os abrigados ocupam suas mentes com as atividades, retirando o foco das perdas e situações que os levaram ao abrigo, minimizando, de alguma forma, a angústia das perdas sofridas^{18,20,21}.

Categoria IV: Relações com o Serviço de saúde

Esta categoria abarca a percepção acerca dos serviços de saúde da cidade de Boa Vista-RR, na perspectiva dos abrigados, abordando acessibilidade, satisfação e dificuldades. Primeiramente, faz-se relevante pontuar que a grande maioria dos entrevistados, embora conheça muito pouco sobre o sistema de saúde brasileiro, relatou ter tido acesso à assistência em saúde no Brasil e se mostrou satisfeita com esses serviços, como se verifica abaixo:

[...] Na maternidade eu fui, me atenderam muito bem. [...] Também fui lá pra Asa Branca [Unidade básica de Saúde da Família], e eu gostei do posto de saúde, é boníssimo, boníssimo (*México*).

Sobre esse tema da saúde no Brasil... Não, não sei muito, mas eu tenho usado, eu tenho um cartão de saúde (*Chile*).

Eu sei pouco sobre o Sistema de Saúde do Brasil. [...] Mas sim, sim tenho acesso (*Paraguai*).

Não tive dificuldade, porém, o sistema é lento, mas a gente consegue ser atendido (*Honduras*).

A Operação Acolhida fornece cuidados em saúde dentro dos abrigos, contudo, como a demanda é muito alta (dado confirmado pela observação participante), os abrigados necessitam buscar os serviços públicos de saúde da cidade. Quase todos os entrevistados relataram que a única condição para acesso aos serviços de saúde é ter o cartão do SUS. Citaram maior procura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) para os serviços de vacinação, consultas, pré-natal e aquisição de medicamentos. A maioria relatou gostar dos serviços lá oferecidos e demonstrou satisfação sobre eles.

[...] Até o momento que estive indo lá

tinha medicamento, e não tem escassez, e me trataram bem (*Chile*).

Foi pré-natal que fiz lá (*Cuba*).

No posto que tem pediatria, ginecologia e medicina geral (*Panamá*).

Até onde eu sei é muito bom... me atendeu bem, deram remédios, atendeu bem, eu e meu filho (*Dominica*).

Contudo, pontua-se que a satisfação do usuário não necessariamente reflete uma avaliação positiva. Os pacientes se sentem satisfeitos independentemente da boa qualidade do cuidado recebido e a insatisfação é manifestada apenas em eventos extremamente negativos. Portanto, a satisfação não indica que um cuidado foi bom, mas que não foi "muito ruim"²². Ou seja, a satisfação pode depender da expectativa que se tem sobre algo e das experiências prévias do indivíduo.

Os principais problemas apontados que resultam em insatisfações foram a falta de medicamentos nos serviços de saúde, demora para os atendimentos devido à superlotação dos serviços e houve alguns relatos de discriminação com venezuelanos. O racismo institucional pode desmotivar a pessoa a retornar a procurar os serviços de saúde, além da dor, do constrangimento e do sentimento de impotência²³.

Quando há, nos dão medicamentos, e quando não há, a pessoa tem que comprar. Porque aí já tá enferma e já tem que comprar os medicamentos. É a realidade triste... (*Barbados*).

Não tive dificuldade, porém, o sistema é lento, mas a gente consegue ser atendido. [...] O estado de Roraima é carente, por isso a saúde está um pouco saturada (*Honduras*).

Notou-se, porém, que a premissa para tal discriminação, relatada por uma minoria de entrevistados (cinco), muitas vezes é fundamentada apenas no fato de serem venezuelanos e, curiosamente, nos relatos houve a relação entre o "mau comportamento" de alguns conterrâneos e que, por isso, todos os outros acabam por sofrer estigmas, como se constata a seguir:

[...] Como te disse, já nos tem qualificado como pessoas más por conta do mau comportamento de alguns venezuelanos. Ou seja, por um, todos pagamos. Elas pensam

que talvez porque este é grosseiro todos somos iguais. Já nos tratam... já nos tem todos como iguais (*México*).

[...] O que mais notei foi o preconceito dos profissionais de saúde que trabalham na recepção, eles não gostam de venezuelanos, apenas o diretor que nos serve bem, outros não nos respeitam, têm preconceitos (*El Salvador*).

Por um lado, temos acesso ao serviço, porém, às vezes, não somos atendidos devidamente (*Paraguai*).

Bom, tem bastante posto de saúde, mas quase todos não atendem os venezuelanos, ou seja, eu vou como venezuelano e não me atendem, me mandam para um outro lugar (*Peru*).

Isto é o que sei... bom, tive atendimentos bons e más. Às vezes, tratam os venezuelanos um pouco mal (*Costa Rica*).

Embora apenas a minoria tenha percebido alguma situação de preconceito dentro dos serviços de saúde, pelo fato de ser imigrante, pode-se dizer que uma das barreiras mais significativas para a inserção do imigrante na sociedade brasileira, ainda, é vencer o preconceito e xenofobia²⁴. Essa estigmatização, que pode resultar em preconceitos, caracterizada pela intensa desaprovação das características pessoais de uma pessoa ou de determinado grupo, pode transformar o sonho de um refugiado em pesadelo quando este chega ao país de refúgio²⁵.

Ressalta-se que atitudes de intolerância e discriminatórias são rejeitadas pelo texto constitucional brasileiro, pois aos refugiados devem ser assegurados os mesmos direitos e a mesma assistência básica recebida por qualquer brasileiro ou estrangeiro que resida legalmente no país, entre eles, direitos civis básicos e acesso aos serviços de saúde²⁶.

CONCLUSÃO

A maioria dos abrigados participantes estava desempregada e, por isso, passava a maior parte do tempo dentro dos abrigos, o que contribui para um maior tempo de contato com os demais abrigados, levando a maiores possibilidades de conflitos de convivência. Os principais atritos estavam relacionados à alimentação, à falta de cordialidade no dia a dia e às brigas de crianças, que refletem em

atrito entre seus responsáveis.

Houve predominância de avaliações positivas com relação às estratégias de segurança nos abrigos, o que trouxe satisfação aos abrigados. Contudo, foram mencionados episódios de furtos de pertences dentro dos abrigos, episódios de brigas com violência física e algumas invasões noturnas.

No que se refere à higiene, metade dos entrevistados a consideraram boa, tecendo elogios às satisfatórias condições de limpeza nos alojamentos, áreas de refeições, convivência e acesso a materiais de higiene pessoal. As críticas dos demais, que a consideraram ruim, focalizaram as más condições higiênicas dos banheiros, a falta de água e de artigos de limpeza, que acabam por dificultar melhores práticas de boa higiene, além de relatarem muitos insetos nos abrigos.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde em Boa Vista, a grande maioria relatou ter fácil acesso e demonstrou satisfação, embora não conheça muito sobre o sistema de saúde brasileiro. Existe maior procura pelos serviços de vacinação, consultas, pré-natal e aquisição de medicamentos na Atenção Primária. Os principais problemas apontados que resultam em insatisfações foram a falta de medicamentos nos serviços de saúde, demora nos atendimentos, devido à superlotação dos serviços, e houve alguns relatos de entrevistados que se sentiram discriminados por serem imigrantes dentro dos serviços de saúde.

Este estudo, ao explorar esse novo panorama migratório que o Brasil também experimenta – um fenômeno que atravessa as sociedades contemporâneas e, sobretudo, que alguns dos seus traços históricos parecem estar mudando em decorrência da denominada “migração sul-sul” –, mostra-se oportuno e original, além de abrir um leque de possibilidades para outros estudos ainda de cunho qualitativo ou pela ótica quantitativa. Ademais, conhecer o viver nos abrigos, pela perspectiva dos abrigados, poderá servir de subsídio para incrementos na assistência e melhorias na organização dos abrigos, no intuito de melhorar a qualidade de vida dos que lá habitam.

Vale ressaltar que as principais limitações identificadas neste estudo foram: a observação participante realizada em apenas dois abrigos; o agendamento da observação poderia permitir a alteração do ambiente para a recepção dos autores, o que poderia, em tese, distanciá-lo da realidade cotidiana; e a ausência de investigação

mais minuciosa de aspectos socioeconômicos dos participantes.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Nathacha Andreza Costa Leal contribuiu com a elaboração da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, escrita e revisão do manuscrito. **Sarah Moura e Silva** contribuiu com a elaboração da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, escrita e revisão do manuscrito. **Eliana Lúcia Monteiro da Silva Neta** contribuiu com a elaboração da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, escrita e revisão do manuscrito. **Safi Salhah** contribuiu com a análise e interpretação dos dados, escrita e revisão do manuscrito. **Pedro Lívio Menezes Dalpasquale** contribuiu com a análise e interpretação dos dados, escrita e revisão do manuscrito. **Loeste de Arruda Barbosa** contribuiu com a elaboração da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, escrita e revisão do manuscrito

REFERÊNCIAS

1. Page KR, Doocy S, Ganteaume FR, Castro JS, Spiegel P, Beyrer C. Venezuela's public health crisis. *Lancet* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 28];393(10177):1254-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30871722/>
2. Mina RV, Lima JRT. A "cordialidade" do povo brasileiro frente à imigração de venezuelanos em Roraima: uma discussão sobre a xenofobia. *Rev CESLA* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 11];22:327-46. Available from: <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-564080d9-baa1-41d7-aaa7-78233f216db9>
3. Fernández-Nino JA, Bojorquez-Chapela I. Migration of Venezuelans to Colombia. *Lancet Digit Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 26];392(10152):1013-14. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31828-2/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31828-2/fulltext#articleInformation)
4. Mendoza W, Miranda JJ. La inmigración venezolana en el Perú: desafíos y oportunidades desde la perspectiva de la salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publ* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 11];36:497-503. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000300497&lng=es&rm=iso
5. Brasil. Casa Civil. Relatório Trimestral. Comitê Federal de Assistência Emergencial. Brasília: Casa Civil; 2018.
6. Souza WRO. O indispensável apoio das Forças Armadas às atividades de acolhimento e interiorização de imigrantes na Operação Acolhida. *Rev Exército Brasileiro* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 28];155(3):93-101. Available from: <http://ebrevistas.eb.mil.br/index.php/REB/article/view/3322>
7. Cruz-Junior SJ. A operação acolhida e a imigração venezuelana em Roraima. *Pensar Acadêmico* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 18];17(3):430-47. Available from: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/1133>
8. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 22];71(1):228-33. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
9. Malinowski B. Os argonautas do pacífico ocidental. São Paulo: Abril Cultural; 1984.
10. Facebook. Operação Acolhida [Internet]. Roraima: Operação Acolhida [cited 2019 Dec 28]. Available from: <https://www.facebook.com/opacolhida/photos/a.511453239602344/518460185568316/?type=3&theater>
11. Universidade Estadual de Roraima. Palestra e visitação aos abrigos de imigrantes em Roraima [Internet]. [cited 2020 Mar 18]. Available from: <https://www.uerr.edu.br/palestra-sobre-operacao-acolhida/>
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. United Nation High Commissioner for Refugees. Operation Protection in Camps and Settlements: A reference guide of good practices in the protection of refugees and other persons of concern. Geneva: UNHCR Agency Press; 2006.
14. Kian MA, Nobile MGCS. "Segurança através da mediação: o gerenciamento e a resolução de conflitos internos nos campos de refugiados congolese na Tanzânia". *Rev eletr Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 18];5(53):148-61. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12178/98137>
15. Andrade GBB. A guerra civil síria e a condição dos refugiados: Um antigo problema "reinventado" pela crueldade de um conflito marcado pela inação da comunidade internacional. *Rev Est Int* [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 18];2(2):121-38. Available from: www.revistadeestudosinternacionais.com/uepb/index.php/rei/article/view/69

16. Lourenço JDM. Logística em operações de ajuda humanitária na operação acolhida, tendo o fator tempo como limitador do planejamento. Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 26]. Available from: <http://bdex.eb.mil.br/jspui/handle/123456789/5060>

17. Nunes EF, Aguiar VZ, Silva Lima APA, Abreu SMBM, Resende EJC. Abrigos para situação de emergência. Est Design [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 18];26(2). Available from: <https://eed.emnuvens.com.br/design/article/view/627>

18. Massarani MAL, Kretzer J. Abrigos temporários para desastres: características e realidade. Rev Ordem Pública [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 11];9(1)181-92. Available from: <https://rop.emnuvens.com.br/rop/article/view/118>

19. Brajão BP. A crise na Venezuela: seus desdobramentos e o conseqüente emprego da força terrestre no contexto da operação acolhida. Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 26]. Available from: <http://bdex.eb.mil.br/jspui/handle/123456789/4664>

20. Sampaio AAM. O protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de riscos e desastres: proposta para a difusão em Santa Catarina. Monografia apresentada como requisito para especialização em Gestão de Riscos de Desastres para o Desenvolvimento Socioambiental da Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis: UDESC; 2012.

21. Lopes DC. Gestão de riscos e de desastres: contribuições da psicologia. Florianópolis: CEPED-UFSC; 2010. Available from: <https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosDefesaCivil/ArquivosPDF/publicacoes/gestao.pdf>

22. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad Saude Publica [Internet]. 2006 [cited 2020 Feb 18];22:1267-76. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Sf88fP5QRXzLbWrdFGZxkRr/?lang=pt&format=pdf>

23. Loduvico GO, Martins MML, Rocha, TIU, Terra MF, Pigozi PL. Racismo institucional: percepção sobre a discriminação racial nos serviços de saúde. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2021. Available from: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.008>

24. Silva FR, Fernandes D. Desafios enfrentados pelos imigrantes no processo de integração social na sociedade brasileira. Rev Inst Ciênc Hum [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan

18];13(18):50-64. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/16249#:~:text=Focamos%20a%20nossa%20pesquisa%20na.%2C%20idioma%2C%20preconceito%20e%20xenofobia>.

25. Morais JDS, Ferreira LC, Silva JGD. Os desafios da recepção dos refugiados no Brasil na era da informação: o paradigma da informação no processo de inserção social e na (des)construção dos discursos xenofóbicos. Rev FDF [Internet]. 2016;11(2). Available from: <https://www.revista.direitofranca.br/index.php/refdf/article/view/525/pdf>

26. Koeke AF. A dignidade da pessoa humana, a solidariedade e a tolerância como valores essenciais de proteção aos refugiados. Rev RPP [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 11];1(2)1-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.25245/rdsp.v1i2.10>



PERCEÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS ACERCA DA ODONTOLOGIA DE MÍNIMA INTERVENÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

PERCEPTION OF DENTAL SURGEONS REGARDING MINIMUM INTERVENTION DENTISTRY DURING THE COVID-19 PANDEMIC
PERCEPCIÓN DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS ACERCA DE LA ODONTOLOGÍA DE MÍNIMA INTERVENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Alaina Fioravante ¹

Ana Luísa Alves Ianello ²

Giuliana Martina Bordin ³

Marilisa Carneiro Leão Gabardo ⁴

Pablo Guilherme Caldarelli ⁵

Como Citar:

Fioravante A, Ianello ALA, Bordin GM, Gabardo MCL, Caldarelli PG. Percepção dos cirurgiões-dentistas acerca da Odontologia de Mínima Intervenção durante a pandemia de covid-19. *Sanare*. 2022;21(1):64-72.

Descritores:

Odontologia; percepção; pandemias; covid-19.

Descriptors:

Dentistry; Perception; Pandemics; Covid-19.

Descriptores:

Odontología; percepción; pandemias; covid-19.

Submetido:

19/05/2022

Aprovado:

30/05/2022

Autor(a) para Correspondência:

Pablo Guilherme Caldarelli
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Positivo
Rua Professor Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300
CEP:80740-050
e-mail:pablo.caldarelli@up.edu.br

RESUMO

Analisou-se a percepção de cirurgiões-dentistas vinculados a serviços públicos de saúde a respeito do uso da Odontologia de Mínima Intervenção (OMI) durante a pandemia de covid-19. Com desenho transversal e abordagem qualitativa, foram entrevistados nove cirurgiões-dentistas de Londrina, Paraná. O roteiro da entrevista constituiu-se do perfil do entrevistado e de questões norteadoras acerca da OMI. A análise dos dados se deu pela Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. As respostas foram agrupadas em três categorias: a) conceito de OMI; b) potencialidades e fragilidades da OMI nos serviços públicos de saúde bucal; e c) OMI no contexto da pandemia de covid-19. Constatou-se que o conceito de OMI ainda não está claro, mas a tecnologia relacionada aos materiais utilizados na técnica foi apontada como potencialidade. O Tratamento Restaurador Atraumático e a educação em saúde foram apontados como estratégias de OMI empregadas durante e após a pandemia. A insegurança quanto à eficácia do método foi um aspecto negativo reportado. Concluiu-se que a percepção dos cirurgiões-dentistas sobre a prática da OMI durante a pandemia ainda perpassa por suspeitas quanto à efetividade e também pelo desconhecimento técnico.

1. Cirurgiã-dentista. Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. E-mail: alainafioravante13@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7794-4817>

2. Graduanda em Odontologia. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. E-mail: analisa.ianello@uel.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1505-6889>

3. Cirurgiã-dentista. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Doutorado). Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil. E-mail: gbordin2009@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7746-1601>

4. Cirurgiã-dentista. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil. E-mail: marilisagabardo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6832-8158>

5. Cirurgião-dentista. Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil. E-mail: pablo.caldarelli@up.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4589-9713>

ABSTRACT

The perception of dentists linked to public health services regarding the use of Minimal Intervention Dentistry (MID) during the covid-19 pandemic was analyzed. With a cross-sectional design and qualitative approach, we interviewed nine dental surgeons from Londrina, Paraná. The interview script consisted of the interviewee's profile and guiding questions regarding MID. Data analysis was performed using Bardin's Content Analysis Technique. The answers were grouped into three categories: a) MID concept; b) MID strengths and weaknesses in public oral health services; and c) MID in the covid-19 pandemic context. We found that the MID concept is still unclear, but the technology related to the materials used in the technique was pointed out as a potentiality. Atraumatic Restorative Treatment and health education were identified as MID strategies employed during and after the pandemic. Insecurity regarding the effectiveness of the method was reported as a negative aspect. We concluded that the perception of dental surgeons regarding the MID practice during the pandemics still pervades suspicions about the effectiveness and also the technical lack of knowledge.

RESUMEN

Se analizó la percepción de cirujanos dentistas vinculados a servicios públicos de salud en lo que se refiere al uso de la Odontología de Mínima Intervención (OMI) durante la pandemia de covid-19. Con diseño transversal y enfoque cualitativo, fueron entrevistados nueve cirujanos dentistas de Londrina, Paraná. El plan de la entrevista se constituyó del perfil del entrevistado y de cuestiones que orientan acerca de la OMI. El análisis de los datos se dio por la Técnica de Análisis de Contenido de Bardin. Las respuestas fueron agrupadas en tres categorías: a) concepto de OMI; b) potencialidades y fragilidades de la OMI en los servicios públicos de salud bucal; y c) OMI en el contexto de la pandemia de covid-19. Se constató que el concepto de OMI todavía no está claro, pero la tecnología relacionada a los materiales utilizados en la técnica fue señalada como potencialidad. El Tratamiento Restaurador Atraumático y la educación en salud fueron señalados como estrategias de OMI empleadas durante y después de la pandemia. La inseguridad cuanto a la eficacia del método fue un aspecto negativo reportado. Se concluyó que la percepción de los cirujanos dentistas sobre la práctica de la OMI durante la pandemia aún es atravesada por sospechas cuanto a la efectividad y también por el desconocimiento técnico.

.....

INTRODUÇÃO

Em 1992, uma nova filosofia foi apresentada por Dawson e Makinson, a Odontologia Conservadora ou Odontologia de Mínima Intervenção (OMI). Naquela época, a Odontologia concentrava seus olhares para a compreensão da doença cárie e da doença periodontal. No entanto, apesar dos grandes avanços em tecnologia de materiais e equipamentos, o padrão operatório restaurador pouco mudou em relação ao proposto por Greene Vardiman Black, considerado um dos fundadores da Odontologia moderna americana e preconizador do conceito de "extensão para prevenção", com ênfase na relação harmônica entre restaurações dentárias e saúde bucal. Concretizou, ainda, a abordagem restauradora e mecanicista que é até hoje ensinada e praticada em muitas instituições de ensino superior¹.

Ao longo dos anos, a filosofia de mínima intervenção, inicialmente proposta para a Odontologia Restauradora, tem sido observada em outras áreas, até mesmo na Medicina, com o desenvolvimento de diversas formas de atuação em máxima preservação

de tecidos e/ou órgãos dos indivíduos. No campo odontológico, técnicas de máxima preservação ou mínima intervenção são observadas e aplicadas em qualquer condição bucal, permitindo ao profissional maior aproximação e cuidado às necessidades do paciente².

Kruger² conceitua a OMI como uma abordagem de tratamento que envolve a detecção precoce das doenças bucais, antecipação no controle de enfermidades e aplicação de um tratamento minimamente invasivo, a fim de alcançar a máxima preservação de estruturas sadias. Além disso, destaca-se que a OMI estimula a capacidade do paciente de cuidar da própria saúde por meio do acesso à informação, desenvolvimento de habilidades, motivação e fortalecimento do autocuidado, passando a necessitar apenas de pequenas intervenções odontológicas. A Federação Dentária Internacional (FDI) acrescenta que a OMI é baseada em quatro princípios básicos, sendo eles: controle da doença por meio da redução da microbiota cariogênica, remineralização de lesões incipientes, realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos de intervenção mínima (quando necessários) e reparo,

em vez de troca, de restaurações defeituosas³.

Especificamente quanto à abordagem da cárie dentária, atualmente, sabe-se que a doença é mediada por biofilme e modulada por dieta, complexa, não transmissível e dinâmica, resultante em perda mineral de tecidos dentários duros, determinada por fatores biológicos, comportamentais, psicossociais e ambientais⁴. Considerada o principal problema de saúde bucal mais prevalente e estudado em todo o mundo⁵, a lesão de cárie cavitada é comumente tratada com materiais restauradores, sejam adesivos ou não, que conferem estética e devolvem função ao dente. Entretanto, estima-se que grande parte dessas restaurações acabe sendo substituída, sendo essa uma das práticas mais comuns em Odontologia, o que dá origem ao chamado ciclo restaurador repetitivo, ou “espiral da morte do dente”⁶. Nesse sentido, as práticas de mínima intervenção para controle e tratamento da doença cárie têm sido amplamente discutidas e recomendadas para os serviços públicos e privados de Odontologia nos últimos anos, o que justifica investigações acerca dessa temática, diante dos impactos epidemiológicos relevantes, em termos de saúde bucal coletiva, que ela promove.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou pandemia mundial por covid-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2⁷. Sua alta transmissibilidade, a presença de portadores assintomáticos e a ausência de drogas antivirais contribuíram para que, em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde brasileiro, por meio da Portaria n.º 454, decretasse estado de transmissão comunitária do novo coronavírus em todo o território nacional⁸. Com isso, verificaram-se a formulação e atualizações de planos e medidas que dificultassem a disseminação do vírus pela população. No estado do Paraná, as ações de enfrentamento referentes à atenção básica incluíram monitoramento de grupos prioritários, visitas domiciliares de forma cautelosa e suspensão de consultas eletivas. Quanto à atuação das equipes de saúde bucal na atenção básica, essa foi reduzida a procedimentos de urgência/emergência e ao acompanhamento do pré-natal odontológico, seguindo criteriosamente protocolo de paramentação e biossegurança⁹.

Neste cenário pandêmico, a nota técnica elaborada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), constantemente atualizada, reafirma a importância do uso de dispositivos preferencialmente manuais (escavadores de dentina) para a remoção de lesões de cárie, assim como evitar o uso da seringa

tríplice, ambos com a missão de deter a geração de aerossóis em tempos de pandemia¹⁰. Em consonância com essas recomendações, a literatura mundial tem ressaltado a importância da utilização de recursos de mínima intervenção durante a pandemia, compactuando com uma abordagem conservadora e biológica, de eficácia comprovada e que não requer o uso de instrumentos rotatórios^{10,11}.

Considerando que o novo coronavírus está presente em secreções da nasofaringe e saliva de pacientes infectados, que as rotas de transmissão são por meio do contato direto, gotículas e aerossóis¹², o contexto pandêmico por covid-19 no Brasil e no mundo e as adaptações realizadas para a viabilidade do atendimento odontológico em serviços públicos e privados do município de Londrina, PR, o presente estudo teve como objetivo analisar a percepção de cirurgiões-dentistas vinculados a serviços públicos de saúde, a respeito do uso de OMI durante a pandemia de covid-19.

METODOLOGIA

A fim de responder ao objetivo da pesquisa, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, do tipo descritivo transversal, desenvolvido a partir de entrevistas com cirurgiões-dentistas vinculados ao serviço público de saúde bucal do município de Londrina, Paraná, Brasil.

O município de Londrina localiza-se na região norte do estado do Paraná e é o segundo mais populoso do estado, com cerca de 580.870 habitantes¹³. Sede da 17.ª Regional de Saúde do estado do Paraná, é polo de saúde para a média e alta complexidades. Sua rede de atenção básica é extensa e conta com o apoio das equipes de saúde de 54 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dessas, 49 possuem equipes de saúde bucal pertencentes ao programa Estratégia Saúde da Família (ESF) e Infante-Juvenil (IJ).

Como etapa prévia para a composição da amostra, solicitou-se ao Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) do município a listagem de cirurgiões-dentistas vinculados ao programa ESF e ao programa de atendimento odontológico IJ do município. Para tanto, em um primeiro momento, realizou-se a divisão de profissionais por região de abrangência, sendo elas: Sul, Norte, Leste, Oeste e Centro; em um segundo momento, foram sorteados, por região, um cirurgião-dentista de cada vínculo (um ESF e um IJ), totalizando dez, os quais seriam convidados a participar do estudo. Durante a coleta de dados

não foi possível o contato com um dos profissionais sorteados, o que acabou reduzindo o número de participantes para nove.

Após a autorização de coleta de dados pela Coordenação Municipal de Saúde Bucal, a pesquisadora responsável entrou em contato com os profissionais selecionados via telefone. Durante a ligação, foi explicado o objetivo da pesquisa e a forma de realização das entrevistas. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, presencialmente ou por videoconferência, com dia e horário agendados previamente. O instrumento de coleta constituiu-se em duas partes: a primeira, continha um levantamento do perfil do entrevistado; a segunda, contemplava sete perguntas norteadoras relacionadas ao uso de OMI que, ao final, compuseram um roteiro semiestruturado com abertura ao diálogo entre as partes.

As entrevistas audiogravadas foram conduzidas por uma única pesquisadora previamente calibrada e duraram, em média, 15 minutos. Após a transcrição, a gravação foi destruída, garantindo o sigilo da identificação do sujeito respondente. Os participantes foram codificados de maneira alfanumérica, de acordo com a vinculação ao serviço de saúde. Dessa forma, os cirurgiões-dentistas foram codificados como "CD", acrescido de "ESF" (Estratégia Saúde da Família), ou "IJ" (infanto-juvenil), de acordo com o vínculo. A distribuição numérica (CD ESF 1 a CD ESF 5 e CD IJ 1 a CD IJ 4) respeitou a ordem cronológica em que as entrevistas foram realizadas.

Os dados foram analisados de forma conjunta. Foram realizadas leituras das transcrições das entrevistas, com destaque para as categorias de análise. Para isso, foram utilizados os pressupostos do método de Análise de Conteúdo de Bardin¹⁴, que incluem a leitura flutuante dos conceitos apresentados pelos respondentes, criação de categorias de respostas a partir dos conceitos apresentados e classificação dos conceitos nas categorias criadas.

A pesquisa foi conduzida após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer n.º 2.028.451, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por parte dos cirurgiões-dentistas que participaram de maneira voluntária, garantindo aos participantes o sigilo das suas identificações.

RESULTADOS

Foram entrevistados nove cirurgiões-dentistas, sendo cinco do sexo masculino e quatro do sexo feminino. A faixa etária variou entre 52 e 60 anos. Quanto à experiência profissional em serviço público, seis participantes informaram tempo igual ou superior a 30 anos, e três com menos de 30 anos. Os nove entrevistados afirmaram atuar no serviço privado, porém apenas quatro permanecem em atividade. No que se refere ao nível de formação, oito respondentes afirmaram ter título de especialista, sendo que um confirmou ter duas especializações.

A análise das entrevistas permitiu o agrupamento de respostas e a criação de três categorias: a) o conceito de OMI; b) potencialidades e fragilidades da OMI nos serviços públicos de saúde bucal; e c) OMI no contexto da pandemia de covid-19.

Conceito de OMI

Ao serem questionados sobre o que entendem como OMI, os entrevistados relataram predominantemente os procedimentos curativos provisórios com o uso de instrumentos manuais (curetas de dentina). Isso ficou evidente em discursos como os apresentados a seguir: "Evitar preparos com instrumentos rotativos e utilização do uso de escavação em massa, né? E curativos provisórios" (CD-IJ3) e "Atender ao paciente sem precisar de um tratamento muito invasivo, né? Sem precisar usar uma alta rotação, pra não gerar aerossol [...] é tentar fazer mais um tratamento só com instrumento manual" (CD-ESF5).

O fator preventivo como condição para a OMI também esteve presente nos discursos dos profissionais, como segue: "[...] quando a gente fala em tratamento minimamente invasivo, a gente fala muito também em prevenção. Para ser minimamente invasivo, você tem que ter um controle preventivo maior" (CD-IJ1).

Houve também aqueles que não souberam conceituar a filosofia e/ou que associaram erroneamente a OMI às medidas de adequação do meio, conforme os discursos apresentados: "Mínima intervenção? Não, não tenho aproximação" (CD-ESF1); "No meu tempo, a gente falava que era uma adequação do meio, tá!? Então, você faz um apanhado geral, com o mínimo de intervenção possível na alta rotação" (CD-ESF2); e "Seria escavação em massa e o uso de materiais provisórios com uma duração maior, como o ionômero de vidro, né!?" (CD-IJ3).

Potencialidades e fragilidades da OMI nos serviços públicos de saúde bucal

A relação da OMI com a evolução dos materiais de uso odontológico foi observada em discursos de profissionais, indicando potencialidades na incorporação de tecnologias que atendem às necessidades clínicas individuais, como pode ser observado a seguir: “Está melhorando um pouco os produtos, porque algum tempo atrás, por exemplo, o ionômero de vidro era difícilimo trabalhar com ele, tinha todo aquele tempo que você tinha que realmente ficar [...] então, o produto está melhor também” (CD-IJ4) e “Mas, com o avanço dos materiais, eu acho que vai ser o futuro da Odontologia. Está tudo ficando muito bom, né?!” (CD-ESF3).

Outro aspecto positivo apontado pelos profissionais participantes do estudo foi a longevidade da estrutura dentária por meio de alternativas de tratamento e reparos mínimos de restaurações, que interrompem um ciclo restaurador repetitivo ou postergam tratamentos mais invasivos, conforme observado nos discursos a seguir: “Uso em dentes assim, que a gente vê que dá pra esperar protelar um pouco mais [...], a evitar o tratamento de canais, que também está parado, né!? E então a gente tenta usar mais nesses casos de emergências, pra evitar” (CD-ESF5).

Quando você tem uma mancha branca, uma área de fôssulas e fissuras que você vê que pode ter uma cárie, mas o fato de você não invadir aquele espaço muitas vezes usando até uma fluoroterapia, usando um selante ou o próprio ionômero, sem uma abertura de cavidade [...], tem trazido para nós uma vantagem muito grande (CD-IJ1).

Quando questionados sobre as fragilidades da OMI nos serviços públicos de saúde, alguns profissionais transpareceram certa insegurança com o método, identificando-o como ineficaz no controle da dor, e como algo inexecutável nesse âmbito, a exemplo de: “Mas aí não é eficaz, né, gente? Não tira dor de ninguém, você fica só tentando amenizar o negócio, só” (CD-ESF1).

Olha [...] seria o mundo ideal, mas acho que é meio fora do alcance para o serviço público, você não acha? Pelos equipamentos e pelas coisas em tecnologia que deveria agregar a ela, eu acho que para nós, aqui, no nosso mundo, fica um pouco distante. A gente tenta fazer na medida do possível, ser

o menos invasivo possível, mas toda aquela tecnologia que vem com a Odontologia Minimamente Invasiva eu acho que vai ser difícil chegar para nós aqui (CD-ESF3).

OMI no contexto da pandemia de covid-19

Acerca das perspectivas de uso da OMI durante e após a pandemia de covid-19, foram observadas manifestações de interesse por novas práticas e procedimentos, reveladas a partir da compreensão, procura e incentivo de uso dessa filosofia na prática clínica.

Essas mudanças ficam claras ao destacarem que o profissional do serviço público, durante a pandemia de covid-19, “passou a valorizar um pouquinho mais a ciência, o uso do ART, na verdade, pois sempre foi um pouquinho mais resistente, [...] pra uma restauração mais definitiva, e agora [o profissional do serviço público] viu que o uso do ART [Tratamento Restaurador Atraumático] ajuda bastante” (CD-IJ4).

Outro aspecto apontado pelos profissionais foi a oportunidade de ampliar as práticas de Educação em Saúde, na perspectiva de “valorizar um pouco as orientações, que é uma coisa que mais foi orientação verbal; então, eu acho que foi essa mudança! [...] de conversar um pouco mais com o paciente, de falar do autocuidado mesmo, da importância, né, de evitar a infecção” (CD-IJ4).

Houve consenso entre as falas dos profissionais, ao observarem grande empenho da gestão na viabilização de materiais odontológicos de qualidade e equipamentos que ajudassem a impedir o contágio viral paciente-profissional, incentivando o uso de OMI ao evitar o uso da alta rotação, bem como geração de aerossol, conforme os trechos a seguir: “[...] vinham as recomendações [da gestão] para evitar ao máximo a seringa tríplice, alta rotação, mesmo nesse momento que a gente está com a pandemia um pouco mais controlada, então, eu acho assim, que a gestão estimulou nesse ponto, sim. (CD-ESF5) e “Ah... incentivo, principalmente por parte da coordenação, né? Evitar o máximo possível a contaminação no caso, e a gente tem visto que tem dado resultado” (CD-IJ3).

DISCUSSÃO

A literatura aborda o conceito de OMI que contempla a máxima preservação de estrutura dentária sadia e substitui o modelo mecanicista

por uma abordagem de promoção e preservação de saúde bucal¹⁵⁻¹⁷. Observa-se que os termos utilizados sugerem certa confusão entre o aspecto global da mínima intervenção e de uma das suas abordagens, que é o tratamento restaurador atraumático. Nesse contexto, ressalta-se que o ART surgiu da necessidade de tratamento em localidades sem energia elétrica, uma vez que a remoção do tecido cariado é realizada com escavadores de dentina e as cavidades são preenchidas com cimento de ionômero de vidro (CIV) com melhores propriedades físico-mecânicas¹⁷.

Embora passíveis de confusão, medidas de adequação do meio objetivam controlar a incidência de cárie dentária e restaurar a função dos elementos dentais¹⁸. Na prática, a doença cárie é identificada e os fatores predisponentes removidos ou controlados. O tecido cariado é removido parcialmente por meio da técnica de escavação em massa e as cavidades são imediatamente preenchidas com material temporário: cimento de óxido de zinco e eugenol reforçado, cimento de ionômero de vidro ou soluções cariostáticas. Desse modo, a adequação do meio bucal é uma fase de transição, preparando a cavidade para receber o tratamento definitivo¹⁹. Para Tumenas et al.¹⁵, o ART se trata de um desdobramento da técnica de adequação bucal, compatível com a realidade de locais sem infraestrutura convencional. Diferentemente da adequação do meio, o ART é um tratamento definitivo não limitante. Ao fazer parte de uma filosofia promotora de saúde, torna-se um procedimento clínico inesgotável, que promove continuidade por meio dos programas preventivos em saúde¹⁸.

De maneira geral, houve grande associação entre a OMI e a Odontologia Curativa. Nos discursos dos profissionais, a remoção de tecido cariado, por meio de instrumentos manuais, foi apontada como uma forma de controle preventivo para a doença cárie. Nesse sentido, observou-se certa imprecisão por parte dos cirurgiões-dentistas, relatada também na literatura, quanto aos conceitos de controle/manejo da doença *versus* controle/manejo das lesões, consideradas como os sinais clínicos da patologia. Dessa forma, ressalta-se que os avanços no estudo da cárie dentária, especialmente de sua compressão como uma doença e não meramente como lesões na estrutura dentária, foram fundamentais para proposições e aplicações de controle da doença baseadas no paradigma da OMI²⁰.

O conceito de OMI, por meio da preservação de tecidos dentários saudáveis, estimulou a busca e a criação

de um material de preenchimento que restabelecesse tecido dentário perdido e que evitasse recidiva e aparecimento de novas lesões de cárie dentária²⁰. No mercado, desde 1975, os CIV passaram por sucessivas modificações que potencializaram suas propriedades físicas, resistência e longevidade²¹. Nesse sentido, os discursos voltados para a questão dos materiais utilizados na técnica vão ao encontro ao observado na literatura por Tumenas et al.¹⁵, que relatam que as propriedades de biocompatibilidade, adesão às estruturas dentárias, liberação de íons flúor e a versatilidade do material tornam o CIV uma ótima opção para procedimentos preventivos e restauradores.

Quanto aos selantes, ressalta-se que eles possuem propriedades preventivas e cariostáticas por meio da obstrução mecânica entre superfície dentária exposta e meio bucal, o que aumenta a resistência à cárie dentária. Além disso, a depender do selante utilizado, pode-se observar a liberação periódica de flúor, que interfere no processo de des e remineralização das estruturas dentárias²². A pesquisa de Hesse et al.²³ identificou que o selante resinoso como alternativa conservadora foi capaz de paralisar lesões cariosas em dentina de dentes decíduos, abstendo-se de um tratamento restaurador futuro e preservando estrutura dentária.

Em relação à vitalidade pulpar, um estudo realizado por Guiotoku et al.²⁴, em uma UBS, identificou que a OMI, por meio da técnica de ART e promoção em saúde bucal, possibilitou vitalidade em 74% dos dentes decíduos e 87% dos dentes permanentes, sugerindo confiança no método.

Os discursos voltados para as fragilidades da OMI nos serviços públicos de saúde indicam uma possibilidade de relação com o que Azevedo et al.²⁵ identificam como “condutas suspeitas” vistas pelos profissionais, que, munidos dos melhores propósitos, acabam tratando as sequelas da cárie de forma menos conservadora e propensa a procedimentos mais complexos. O mesmo foi observado em outros estudos, que fundamentam esses discursos a partir de dogmas da Odontologia predominantemente curativa incorporados desde a formação acadêmica até os cursos de pós-graduação¹⁵. Vale ressaltar que a OMI foi apresentada aos profissionais há cerca de três décadas, e mais da metade dos entrevistados possui formação acadêmica com idade igual ou superior a 30 anos, insinuando um perfil mais conservador e inflexível.

Essa discussão leva a reflexões sobre a baixa

procura dos cirurgiões-dentistas por atualizações baseadas em conteúdos científicos. Falta de tempo, restrições financeiras e incapacidade de encontrar e avaliar artigos científicos são algumas das barreiras encontradas pelos profissionais na busca por informações de interesse clínico, e que, necessitando de apoio, priorizam os conselhos de profissionais experientes e especialistas na área²⁶. A relevância clínica da OMI é amplamente discutida no âmbito da Odontologia baseada em evidências, sugerindo pouca procura quanto à sua qualidade e operacionalidade pelos profissionais.

Considerando o enfoque dado à tecnologia e ao uso da OMI na Saúde Pública, o Caderno de Saúde Bucal da Atenção Básica, assim como outros materiais, aponta que o ART, associado à promoção de saúde, tem grande aplicabilidade à realidade das populações mais vulneráveis²⁷, pois dispensa equipamentos sofisticados e de alto custo para a sua realização²⁸. Diante do exposto e amparada por estratégias que enfatizem a promoção e prevenção contra a cárie dentária, a Saúde Pública torna-se potencial condutora da OMI nos espaços em que ocupa.

Quanto à aplicabilidade da OMI em tempos de pandemia de covid-19, percebeu-se grande enaltecimento e imediatismo da ciência e tecnologia em um cenário catastrófico determinado pelo contexto, tal qual pelo aumento do interesse e consumo de conteúdos científicos pela população. Nessa perspectiva, o reconhecimento da seriedade da ciência na viabilização da saúde foi imprescindível durante as tentativas por mudanças de padrões e sistematizações do cuidado. No campo da assistência, o olhar inflexível e pouco conservador da classe odontológica colocou em debate o descompasso entre os avanços científicos e os tratamentos odontológicos oferecidos à população, assim como a necessidade (pós-pandemia) de promoção de procedimentos não invasivos nos serviços de saúde¹⁸.

Como já mencionado, a chegada do novo coronavírus, bem como a constante exposição a fluidos corporais como sangue e saliva²⁹, culminaram na suspensão dos principais procedimentos clínicos odontológicos, impactando negativamente a saúde bucal de pacientes em fila de espera para procedimentos eletivos. Nesse sentido, oportunidades de encontro (profissional-usuário) durante o período crítico da pandemia foram fundamentais para o desenvolvimento de práticas educacionais com base no fortalecimento do autocuidado.

A Educação em Saúde está inserida nas ações programáticas das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e objetiva práticas de apropriação do conhecimento em relação ao processo saúde-doença, bem como seus fatores de risco, proteção à saúde bucal e conquista da autonomia por meio do apoio a mudanças de hábitos³⁰. A oferta dessas ações durante a pandemia, além de impactarem na saúde do usuário, reforçam a criação de vínculos, relações de confiança e humanização das práticas.

Por fim, quanto aos aspectos relacionados à gestão, ressalta-se o papel significativo do apoio institucional durante todo o percurso da pandemia, operando na garantia da proteção e promoção da saúde do servidor e usuário, e atuando também na consolidação da OMI nos serviços públicos odontológicos, seja com incentivo, fortalecimento e/ou qualificação dessa prática.

CONCLUSÃO

Considerando as limitações do presente estudo, como as características regionais dos serviços e o número de profissionais participantes, sugerem-se novos estudos com uso de outras metodologias de análise e extensão aos demais estados e regiões do país, no sentido de aprimorar o panorama sobre a temática e incentivar as ações de OMI nos serviços públicos de saúde pelo Brasil.

A percepção dos cirurgiões-dentistas sobre a prática da OMI durante a pandemia ainda perpassa por suspeitas sobre sua efetividade e desconhecimento do método. Entretanto, a evolução em tecnologia de materiais odontológicos tem sido apontada como uma potencialidade no uso dessa filosofia. Oportunamente, a pandemia por covid-19 aflorou o interesse pela ciência e por atualizações, criando ações benéficas de aproximação da prática clínica com a odontologia baseada em evidências.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Alaina Fioravante contribuiu com a coleta e análise dos dados, e redação do manuscrito. **Ana Luísa Alves Ianello** contribuiu com a coleta e análise dos dados, e redação do manuscrito. **Giuliana Martina Bordin** contribuiu com a análise dos dados, redação e formatação do manuscrito. **Marilisa Carneiro Leão Gabardo** contribuiu com a redação e análise crítica do manuscrito. **Pablo Guilherme Caldarelli** contribuiu com o delineamento do estudo, análise

dos dados e redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Dawson AS, Makinson OF. A review of studies in support of a philosophy of Minimum Intervention Dentistry. Aust Dent J [Internet]. 1992 [cited 25 Mar 2020];37(2):126-32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1605751/>
2. Kriger L, Moysés ST, Morita MC. Odontologia Baseada em Evidências e Intervenção Mínima em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2016.
3. Federação Dentária Internacional. FDI World Dental Federation (FDI) [Internet]. Minimal Intervention Dentistry (MID) for Managing Dental Caries [cited 25 Mar 2020]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/minimal-interventiondentistry-mid-for-managing-dental>
4. Machiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momenig A, et al. Terminology of dental caries and dental caries management: Consensus report of a workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. Caries Res [Internet]. 2020 [cited 26 Mar 2020];54(1):7-14. Available from: https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A223967/datastream/PDF_01/view
5. Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Laverty D, Dietrich T. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis - a comprehensive review. J Clin Periodont [Internet]. 2017 [cited 21 Mar 2020];44(Sup 18):S94-S105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28266116/>
6. Cena JA, Barbosa YS, Jing JZ, Rojas G, Bilafan R, Zanon AEG, et al. Manutenção, reparo ou substituição de restaurações: uma reflexão necessária. Oral Sci [Internet]. 2016 [cited 23 Mar 2020];8(1):28-32. Available from: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/oralsciences/article/view/10968>
7. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. Acta Biomed [Internet]. 2020 [cited 25 Mar 2020];91:157-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32191675/>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 454 e 20 de março de 2020 [Internet]. Diário Oficial da União; 2020 [cited 25 Nov 2020]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-49091587>
9. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SESA n.º 338, de 20 de março de 2020. Implementar medidas de enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do Coronavírus – COVID-2019. Diário Oficial do Estado; 2020.
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n.º 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars-CoV-2). Rio de Janeiro: ANVISA; 2020.
11. Ge Z, Yang LM, Xia, JJ, Fu Xh, Zhang, YZ. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. J Zhejiang Univ Sci B [Internet]. 2020 [cited 25 Mar 2020];21(5):361-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32425001/>
12. Moura NMV, Gonzalez AF, Taba Junior M. The importance of Dentistry in COVID-19 pandemic and the role of saliva as a diagnostic tool. Rev Gaúch de Odontol [Internet]. 2021 [cited 25 Mar 2020];69:e2021016. Available from: https://www.scielo.br/j/rgo/a/rg6zNDkf_vbhZRMpRmPYRj3F/
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Cidades Londrina [Internet]; 2021 [cited 7 Dec 2020]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Tumenas I, Pascotto R, Saade LJ, Bassani M. Odontologia minimamente invasiva. Rev Assoc Paul Cir Dent [Internet]. 2014 [cited 25 Mar 2020];68(4):283-95. Available from: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v68n4/a02v68n4.pdf>
16. Ericson D, Kidd E, McComb D, Mjör I, Noack MJ. Minimally Invasive Dentistry – concepts and techniques in cariology. Oral Health Prev Dent [Internet]. 2003 [cited 25 Mar 2020];1(1):59-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15643750/>
17. Frencken JE. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry. Br Dent J [Internet]. 2017 [cited 25 Mar 2020];223(3):183-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28798450/>
18. Madastavicius SCL. Conhecimento, uso e aceitabilidade do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) por cirurgiões-dentistas da atenção básica [dissertação]. Universidade Federal de São Carlos; 2021.
19. Rios LE, Essado REP, Freire MCM. Tratamento restaurador atraumático: conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas da saúde

pública de Goiânia - GO. Rev Odontol UNESP [Internet]. 2006 [cited 25 Mar 2020];35(1):75-80. Available from: <https://revodontolunesp.com.br/article/588017d67f8c9d0a098b492d/pdf/rou-35-1-75.pdf>

20. Ericson D. The concept of minimally invasive dentistry. Dent Update [Internet]. 2007 [cited 25 Mar 2020];34(1):9-10, 12-4, 17-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17348554/>

21. Fook ACBM, Azevedo WPF, Barbosa TB, Fidélis MVL. Materiais odontológicos: Cimentos de ionômero de vidro. Rev Eletr Mater Processos [Internet]. 2008 [cited 25 Mar 2020];3(1):40-5. Available from: <https://docero.com.br/doc/8c801sv>

22. Araújo IDT, Cunha MMF, Vasconcelos MG, Vasconcelos RG. Selantes: uma técnica eficaz na prevenção da cárie. Comun Ciênc Saúde [Internet]. 2014 [cited 25 Mar 2020];24(3):259-66. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-36565>

23. Hesse D, Bonifácio CC, Raggio DP, Imparato JCP. Avaliação do selamento de lesões de cárie comparado à restauração com resina composta em dentes decíduos. Stomatol [Internet]. 2007 [cited 25 Mar 2020];13(25):75-85. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/850/85002502.pdf>

24. Guiotoku SK, Nascimento MI, Pardim DV. Tratamento restaurador atraumático (ART) como uma estratégia de promoção de saúde bucal na atenção básica. Rev APS [Internet]. 2013 [cited 25 Mar 2020];16(3):294-300. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707336>

25. Azevedo CT, Ferreira KHM de A, Mendonça CG. Mínima intervenção (MI) no tratamento da cárie profunda em Dentística. Rev Eletr Acervo Saúde [Internet]. 2021 [cited 28 Mar 2020];13(2):e5865. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5865>

26. Neuppmann Feres MF, Roscoe MG, Job SA, Mamani JB, Canto GDL, Flores-Mir C. Barriers involved in the application of evidence-based dentistry principles. J Am Dent Assoc [Internet]. 2020 [cited 25 Mar 2020];151(1):16-25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31902396/>

27. Massoni ACLT, Pessoa CP, Oliveira AFB. Tratamento restaurador atraumático e sua aplicação na saúde pública. Rev Odontol da UNESP [Internet]. 2006 [cited 23 Mar 2020];35(3):201-7. Available from: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/588017dd7f8c9d0a098b494d>

28. Silvestre JAC, Martins P, Silva JRV. O Tratamento restaurador atraumático da cárie dental como estratégia de prevenção e promoção de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Sanare [Internet]. 2010 [cited 25 Mar 2020];9(2):81-5. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/13>

29. Oliveira JJM, Soares KM, Andrade KS, Farias MF, Romão TCM, Pinheiro RCQ, et al. O impacto do coronavírus (covid-19) na prática odontológica: desafios e métodos de prevenção. Rev Eletr Acervo Saúde [Internet]. 2020 [cited 25 Mar 2020];(46):e3487. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3487>

30. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.



DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL: COMPARAÇÃO DE REGISTROS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

MENTAL HEALTH DEMANDS: COMPARISON OF RECORDS BEFORE AND DURING THE COVID-19 PANDEMIC
DEMANDAS EN SALUD MENTAL: COMPARACIÓN DE REGISTROS ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Isís Dennisy de Freitas Florêncio ¹

Maria Edileuza Soares Moura ²

Como Citar:

Florêncio IDF, Moura MES. Demandas em saúde mental: comparação de registros antes e durante a pandemia de COVID-19. *Sanare (Sobral, Online)*. 2022; 21(1):73-83.

Descritores:

Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Psicoterapia; pandemia; covid-19.

Descriptors:

Mental Health; Psychosocial Care; Psychotherapy; Pandemics; Covid-19.

Descriptores:

Salud Mental; Atención Psicosocial; Psicoterapia; pandemia; covid-19

Submetido:

02/05/2022

Aprovado:

09/05/2022

Autor(a) para Correspondência:

Isís Dennisy de Freitas Florêncio
Endereço: Rua Quininha Pires, nº 105, Centro, Caxias-Maranhão. Anexo Saúde CESC-UEMA.
E-mail: isisdennisy@gmail.com

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo comparar, por meio de séries temporais, os registros do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde acerca da demanda em saúde mental nas macrorregiões de saúde do estado do Maranhão, antes e durante a pandemia de covid-19. Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter quantitativo, que utilizou o número de atendimentos ambulatoriais, por local de atendimento nas macrorregiões de saúde do Maranhão, coletado em março de 2022, abrangendo o período de 2019 a 2021. Verificou-se que os atendimentos apresentaram redução em todo o estado no primeiro trimestre após a decretação da pandemia, sustentando-se por todo o ano em 2020. Também se observou que a atenção psicossocial foi responsável pelo maior número de atendimentos em saúde mental no período investigado. Por fim, tal estudo evidencia a importância do registro correto nos sistemas de informação, a fim de fornecer os dados necessários para o aprimoramento de políticas públicas em saúde e consequente qualificação do cuidado.

1. Enfermeira, pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Especialista em Saúde da Família, pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA. E-mail: isisdennisy@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8628-6887>

2. Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Doutora em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás – UFG. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA. E-mail: mariamoura@professor.uema.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2550-8383>

ABSTRACT

The present study aimed to compare, through time series, the DATASUS (IT department of the Unified Health System in Brazil) records on mental health demand in the health macro-regions of the state of Maranhão, before and during the Covid-19 pandemic. This is a quantitative epidemiological study, that used the number of outpatient visits, per place of care, in the health macro-regions of Maranhão. The data were collected in March 2022, covering the period from 2019 to 2021. We found that the number of visits reduced throughout the state in the first quarter after the pandemic was declared, situation that was sustained throughout the year of 2020. We also observed that psychosocial care was responsible for the largest number of mental health visits during the period investigated. Finally, this study highlights the importance of correct registration in information systems, in order to provide the necessary data for the improvement of public health policies and consequent qualification of care.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo comparar, por medio de series temporales, los registros del Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde acerca de la demanda en salud mental en los macrorregiones de salud del estado de Maranhão, antes y durante la pandemia de covid-19. Se trata de un estudio epidemiológico de carácter cuantitativo, que utilizó el número de atendimientos ambulatorios, por local de atendimento en los macrorregiones de salud de Maranhão, recogido en marzo de 2022, ampliando para el período de 2019 a 2021. Se verificó que los atendimientos presentaron reducción en todo el estado en el primero trimestre pasado el decreto de la pandemia, sosteniéndose por todo el año de 2020. También se observó que la atención psicosocial fue responsable por el mayor número de atendimientos en salud mental en el periodo investigado. Por fin, tal estudio evidencia la importancia del registro correcto en los sistemas de información, para que ofrezcan datos necesarios para el mejoramiento de políticas públicas en salud y consecuente cualidad del cuidado.

INTRODUÇÃO

A saúde mental é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como estado de bem-estar do ser humano, fundamental para desenvolver as habilidades coletivas e individuais, de pensar, sentir e interagir, no qual ele se percebe como indivíduo capaz de lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade¹.

Como parte integrante da saúde geral do indivíduo, os agravos em saúde mental vêm se tornando crescentes na população mundial, independentemente de gênero, idade ou classe. Destaca-se que a pandemia de covid-19 foi um gerador de casos novos e acentuou casos já existentes². A covid-19 é uma síndrome respiratória aguda, potencialmente infecciosa e altamente transmissível, provocada por um vírus identificado no final de dezembro de 2019, na província de Wuhan, na China, denominado de novo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), que, após surtos em diversos países, foi declarado como pandemia pela OMS, em 11 de março do ano seguinte³.

Tal problema de saúde pública provocou aumento na ocorrência de ansiedade e depressão, devido ao

isolamento social⁴, o que, junto ao uso de álcool e outras drogas, configuram-se como os distúrbios em saúde mental de maior prevalência, responsáveis por quase 13% da carga global de doenças, representando os principais causadores de incapacidade no mundo⁵.

Sendo assim, torna-se imprescindível pensarmos na centralidade do cuidado para além da doença. Nesse sentido, desde a década de 1990, a atenção à saúde mental vem se direcionando para o território, aproximando-se da comunidade, considerando as singularidades sociais e familiares do indivíduo portador de transtorno mental. Essa reorganização alinha-se ao movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira a partir do reconhecimento da baixa resolutividade do modelo biomédico, centrado no hospital psiquiátrico⁶.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe um novo olhar sobre o atendimento prestado aos pacientes com agravos à saúde mental, tendo início na década de 1970, culminando com a aprovação da Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, visa à superação do modelo de institucionalização e prioriza a reinserção desses indivíduos na família e sociedade⁷.

A partir da estruturação dos serviços em Redes

de Atenção à Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde (MS), em 2011, houve o desenho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), expandindo o modelo de cuidado em saúde mental e abrangendo a participação de diferentes equipes para um trabalho articulado que envolve: Atenção Primária à Saúde (APS), atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial⁸.

Por ser ordenadora e porta de entrada do sistema de saúde, a APS deve acolher e referenciar, quando necessário, todas as demandas da comunidade, inclusive as dos portadores de transtornos mentais residentes no território. Essa demanda impõe a esse ponto de assistência melhor preparo e qualificação de seus profissionais para garantir atendimento adequado e oportuno a esse público⁹.

Contudo, é nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que acontece o maior número dos atendimentos em saúde mental, devido à equipe multidisciplinar especializada (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros). Esses pontos de atenção oferecem atendimento individual ou em grupo de forma intensiva (diária); semi-intensiva (semanal); e não intensiva, de acordo com o quadro clínico atual e projeto terapêutico construído para cada usuário¹⁰.

Ante o exposto, esta pesquisa pretende trazer à sociedade uma reflexão sobre o impacto da pandemia de covid-19 no atendimento em saúde mental, podendo servir como base para discussões que sirvam para direcionar campanhas e formular políticas públicas adequadas ao contexto maranhense. Assim, o objetivo do presente estudo foi comparar, por meio de séries temporais, os registros do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) da demanda de atendimentos ambulatoriais em saúde mental nas macrorregiões de saúde do estado do Maranhão, antes e durante a pandemia de covid-19.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter quantitativo¹¹ utilizando dados do DATASUS coletados em março de 2022, selecionando a Produção Ambulatorial (SIA/SUS) em saúde mental por local de atendimento, nas macrorregiões de saúde do Maranhão, entre janeiro de 2019 a dezembro de 2021. Tal período foi definido para comparar o número de registros ambulatoriais referentes à saúde mental,

antes e durante a pandemia de covid-19. Uma vez que a coleta de dados foi realizada em banco de dados público, a aprovação por comitê de ética não se faz obrigatória, de acordo com a Resolução n.º 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde¹².

As informações sobre assistência à saúde são registradas no TABNET, tabulador de dados de domínio público, desenvolvido pelo DATASUS, que inclui a produção ambulatorial e hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³.

Considerou-se, para este estudo, a divisão em macrorregiões de saúde do Maranhão, sendo elas: Norte, Sul e Leste, estas, por sua vez, formadas por 19 regiões de saúde. A Macrorregião Norte engloba os municípios da região de saúde São Luís, Rosário, Pinheiro, Viana, Santa Inês, Bacabal, Chapadinha, Itapecurú Mirim e Zé Doca; a Macrorregião Sul é composta pelas regiões de saúde Imperatriz, Balsas, Açailândia e Barra do Corda; por fim, a Macrorregião Leste, que conta com as regiões de saúde Caxias, Codó, Presidente Dutra, Pedreiras, Timon e São José dos Patos.

Os serviços da Rede de Atenção Psicossocial estão presentes em todas as regiões de saúde, sendo que a Macrorregião Norte conta com 161 pontos de atendimento; a Macrorregião Sul, 38; e a Macrorregião Leste, 66 serviços de atenção psicossocial¹⁴. Totalizando um quantitativo de 86 Centros de Atenção Psicossocial, 05 Serviços Residenciais Terapêuticos, 03 Unidades de Acolhimento Adulto, 01 Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil e Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais^{15,16}.

Para a coleta das informações, realizou-se uma pesquisa no TABNET utilizando os termos correlatos “saúde mental”, “atenção psicossocial” e “psicoterapia”, entre os anos de 2019 a 2021. Aos quais foram selecionados os itens descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Lista de códigos e procedimentos utilizados na busca de resultados no DATASUS.

DESCRIPTOR	CÓDIGO	PROCEDIMENTO
Saúde Mental	0301080046	Acompanhamento de paciente em saúde mental (residência terapêutica)
	0301080062	Acompanhamento intensivo em saúde mental
	0301080127	Acompanhamento semi-intensivo em saúde mental
	0301080100	Acompanhamento não intensivo de pacientes em saúde mental
	0301080143	Atendimento em oficina terapêutica I - saúde mental
	0301080151	Atendimento em oficina terapêutica II - saúde mental
Saúde Mental	0303170131	Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio
	0802010253	Diária em saúde mental com permanência de até 07 dias
	0802010261	Diária em saúde mental com permanência de 08 a 15 dias
	0802010270	Diária em saúde mental com permanência superior a 15 dias
Atenção Psicossocial	0301080020	Acolhimento noturno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
	0301080038	Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
	0301080194	Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
	0301080208	Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
	0301080216	Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
	0301080224	Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial
	0301080232	Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial
	0301080240	Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares
Psicoterapia	0301080160	Atendimento em psicoterapia de grupo
	0301080178	Atendimento individual em psicoterapia

Fonte: DATASUS (2022).

Os resultados foram organizados utilizando-se o programa Excel 2021 e consolidados, com base na estatística descritiva³⁷, em tabelas e gráficos, a partir de variáveis quantitativas (número de atendimentos) e qualitativas (local de atendimento por região e macrorregião de saúde), a fim de analisar as séries temporais relacionadas aos atendimentos em saúde mental durante os dois primeiros anos da pandemia de covid-19, em comparação ao ano anterior, no estado do Maranhão.

As tabelas foram construídas somando-se a quantidade de registros dos municípios correspondentes a cada região e/ou macrorregião de saúde fornecida pelo DATASUS e, posteriormente, avaliou-se se houve acréscimo ou decréscimo no número de atendimentos. Na construção do gráfico, somaram-se os valores equivalentes a três meses, resultando em valores trimestrais para cada ano avaliado, por macrorregião de saúde.

RESULTADOS

Foram avaliados os registros do DATASUS referentes aos atendimentos anuais em saúde mental e atenção psicossocial entre os anos de 2019 a 2021, nas macrorregiões de saúde do Maranhão. A partir dos dados, verificou-se a diminuição no número de atendimentos ambulatoriais em todas as macrorregiões de saúde no ano de 2020, primeiro ano de pandemia. Em 2021, seguiu-se um aumento no quantitativo de procedimentos nas macrorregiões de saúde Sul e Leste, alcançando valores próximos aos do período de pré-pandemia, exceto na macrorregião Norte, que manteve tendência de queda (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de atendimentos ambulatoriais em saúde mental, no período de 2019 a 2021, nas Macrorregiões de Saúde do Maranhão.

MACRORREGIÃO	2019	2020	2021
	Pré-pandemia	Pandemia	
Norte	201.432	194.932	187.286
Sul	114.564	96.827	102.856
Leste	308.549	234.110	324.475

Fonte: DATASUS (2022).

De maneira geral, a distribuição de registros ambulatoriais em saúde mental demonstrou que a região de saúde Caxias, pertencente à macrorregião Leste, foi a que mais contribuiu com o número de atendimentos em saúde mental nos anos analisados, seguida pela região de saúde São Luís, componente da macrorregião Norte. Referente à macrorregião Norte, destacamos também o aumento no número de registros em algumas regionais (Rosário, Viana, Bacabal e Chapadinha), contrariando a tendência de queda apresentada por essa macrorregião no ano de 2021, segundo ano de pandemia. Açailândia (pertencente à macrorregião Sul), Caxias, Codó e São José dos Patos (pertencentes à macrorregião Leste) foram regiões de saúde que também aumentaram seus atendimentos em 2021 em relação aos apresentados no período de pré-pandemia (Tabela 2).

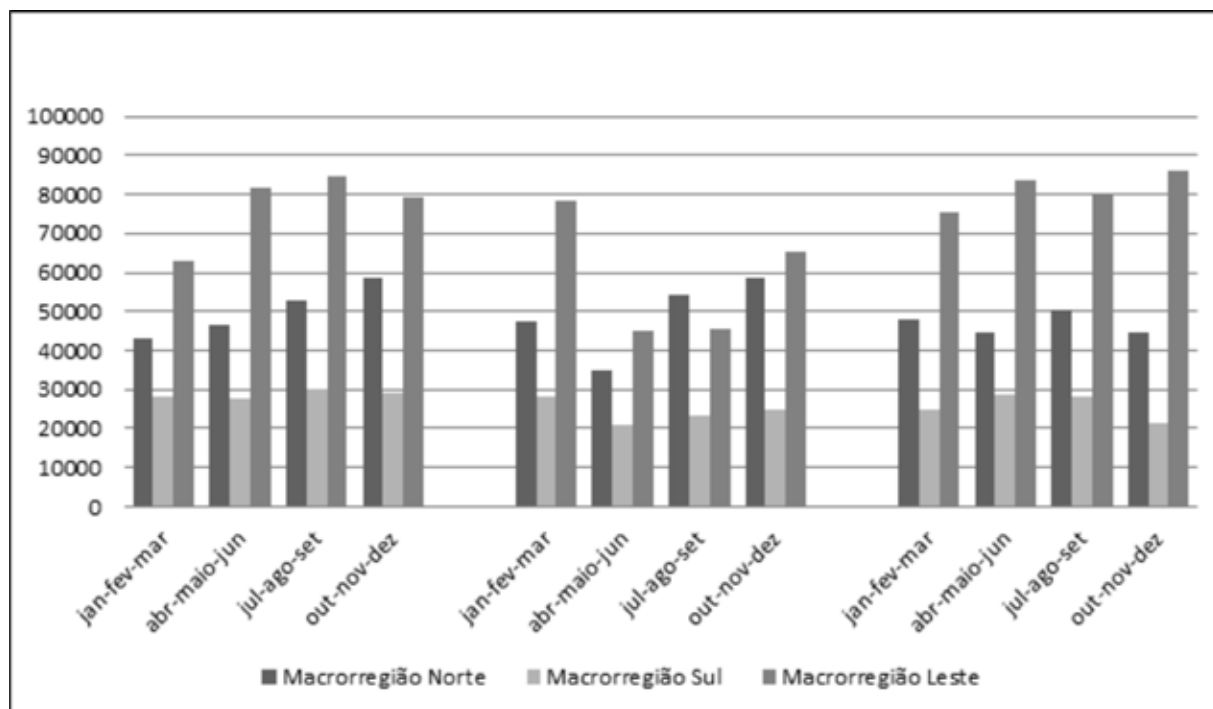
Tabela 2 – Distribuição de atendimentos ambulatoriais em saúde mental por região de saúde no período de 2019 a 2021.

	REGIÃO DE SAÚDE	2019	2020	2021
N O R T E	São Luís	87.790	95.988	77.474
	Rosário	5.175	4.539	8.488
	Pinheiro	6.842	4.041	6.033
	Viana	6.590	4.824	7.481
	Santa Inês	20.612	18.847	16.767
	Bacabal	6.644	6.796	7.608
	Chapadinha	27.451	25.359	28.433
	Itapecurú Mirim	20.472	18.540	17.938
	Zé Doca	19.856	15.998	17.064
S U L	Imperatriz	44.280	29.476	37.149
	Balsas	60.121	58.627	57.862
	Açailândia	3.906	3.490	4.058
	Barra do Corda	6.257	5.234	3.787
L E S T E	Caxias	223.134	180.588	246.225
	Codó	23.421	19.328	23.958
	Presidente Dutra	18.261	4.855	16.848
	Pedreiras	16.742	9.441	15.311
	Timon	19.480	12.113	12.096
	São José dos Patos	7.511	7.785	10.037

Fonte: DATASUS (2022).

Quanto ao número de registros em saúde mental e atenção psicossocial distribuídos em trimestres, por ano, foi possível observar redução em todo o estado no número de atendimentos no trimestre seguinte à decretação de pandemia, sustentando essa redução ao longo do ano de 2020. A macrorregião Leste (Caxias, Codó, Presidente Dutra, Pedreiras, Timon e São José dos Patos) destacou-se pelo grande fluxo de produção ambulatorial em saúde mental e atenção psicossocial, superando a macrorregião Norte (São Luís, Rosário, Pinheiro, Viana, Santa Inês, Bacabal, Chapadinha, Itapecuru Mirim e Zé Doca), na qual se localiza a capital do estado (Figura 1).

Figura 1 – Registros de atendimentos por ano/trimestre e Macrorregião de Saúde, no período de 2019 a 2021.



Fonte: DATASUS (2022).

De acordo com os descritores utilizados na pesquisa do DATASUS, a atenção psicossocial, que consolida a produção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reuniu os procedimentos que mais impactaram na assistência em saúde mental, contribuindo com o maior número de registros, principalmente na macrorregião Leste. Um dado intrigante foi identificado com o descritor “psicoterapia”, uma vez que, na macrorregião Norte, seus registros foram crescentes ao longo do período em análise; na macrorregião Sul, decrescentes; e, na macrorregião Leste, o número desses registros foi pouco expressivo (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de registros nas Macrorregiões de Saúde, por descritores, durante o período de 2019 a 2021.

DESCRITORES		2019	2020	2021
N O R T E	Saúde Mental	12.802	19.019	5.106
	Atenção psicossocial	114.137	94.132	99.824
	Psicoterapia	74.493	81.781	82.356
S U L	Saúde Mental	9.793	5.637	10.872
	Atenção psicossocial	56.972	48.404	49.887
	Psicoterapia	47.799	42.786	42.097
L E S T E	Saúde Mental	5.090	895	9.204
	Atenção psicossocial	284.576	221.899	301.500
	Psicoterapia	18.883	11.316	13.771

Fonte: DATASUS (2022).

DISCUSSÃO

O novo coronavírus chegou ao Brasil através de um homem residente em São Paulo-SP que havia retornado de uma viagem à Itália. O primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020. Rapidamente a doença se propagou e levou à transmissão comunitária em algumas cidades. O primeiro óbito pelo vírus foi divulgado em 17 de março e, três dias depois, o Ministério da Saúde reconheceu a transmissão comunitária em todo o território nacional¹⁸. Com isso, observou-se uma tendência crescente do número de infectados e a consequente maior utilização dos serviços de saúde, forçando a destinação de recursos humanos e materiais ao atendimento de síndromes gripais¹⁹.

Na busca pelo melhor manejo dos casos de covid-19, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde adotaram estratégias direcionadas à capacitação de profissionais e ampliação da cobertura do Sistema Único de Saúde, pautadas nas ações e protocolos clínicos do MS²⁰.

Para atender às necessidades geradas pela situação pandêmica, a Secretaria de Saúde do Maranhão adotou Protocolo de Isolamento Domiciliar aos casos de síndromes gripais; suspendeu cirurgias eletivas e atendimentos presenciais ao público, salvo os casos graves e urgentes; estabeleceu procedimentos virtuais que envolvem teleatendimento e vídeoconsultas²¹⁻²³, adequando sua estrutura de saúde às demandas da população, no enfrentamento do novo coronavírus.

Ao mesmo tempo, as pessoas foram encorajadas a respeitar medidas restritivas como a quarentena e o isolamento social. No entanto, essa mudança abrupta na rotina desencadeou um grande desafio para o bem-estar dos cidadãos, gerando na sociedade a sensação de descontrole e impotência diante da situação: passar a maior parte do tempo buscando e recebendo notícias sobre o número de casos, de hospitalizações e de óbitos, a preocupação com a falta de suprimentos, bem como as *Fake News* espalhadas nas redes sociais foram e são fatores relevantes para o desenvolvimento de distúrbios emocionais, depressão, estresse, humor depressivo, irritabilidade, insônia e sintomas de estresse pós-traumático durante a pandemia de covid-19²⁴.

O estudo de Ornell e colaboradores²⁵, que avaliou a repercussão da pandemia de covid-19 no total de consultas em saúde mental no Brasil, demonstrou um declínio no número de registros em saúde mental, de modo semelhante ao que foi descrito nas macrorregiões de saúde maranhenses no ano de 2020 (Tabela 1). A implementação do isolamento social, em uma perspectiva de retardar a propagação do vírus, desencadeou inúmeras consequências econômicas e sociais, além da criação de barreiras para o acesso aos cuidados de saúde mental, levando a uma diminuição na procura por assistência, muitas vezes necessária²⁶. Admite-se a possibilidade de uma diminuição nos atendimentos em saúde mental e atenção psicossocial no primeiro ano de pandemia também relacionar-se às restrições no acesso a atendimentos presenciais nos serviços de saúde

mental, bem como a um temor da população de expor-se ao novo coronavírus nos ambientes dos serviços de saúde, situação que consumiu algum tempo até que as equipes desses serviços estabelecessem uma rotina de atendimento seguro.

A região de saúde Caxias, que compõe a macrorregião Leste, concentrou a maior predominância de registros em saúde mental durante todo o período analisado. Destaca-se que, em 2021, o valor encontrado foi o triplo do registrado pela segunda colocada – a região de saúde São Luís, na qual se encontra a capital do estado (Tabela 2 e Figura 1). Tal dado demonstra que a macrorregião Leste, com 66 pontos de atenção em saúde mental, conseguiu se sobressair no atendimento a esse público, diante da macrorregião Norte, que possui 161 pontos, e apresenta maior disponibilidade de recursos humanos, materiais e tecnológicos proporcionados pela capital¹⁴.

Tal fato ressalta a importância de os municípios alimentarem os sistemas de informações da saúde de modo regular, correto e pertinente a todas as áreas, inclusive a da saúde mental, visto que os registros configuram um meio de demonstrar a eficiência do cuidado, assim como a conformidade do trabalho executado, constituindo um importante veículo de comunicação e que ajuda na tomada de decisão, além de propiciar melhor coordenação e continuidade das ações em saúde²⁷.

Avaliando os primeiros meses de pandemia, observou-se uma queda nos registros dos atendimentos em saúde mental, sustentando essa redução ao longo do ano de 2020 (Figura 1). Santos Júnior e colaboradores² encontraram resultados semelhantes ao investigar as internações por saúde mental no período inicial da pandemia no estado de Sergipe. Contudo, a adequação dos serviços, com novas formas de cuidado, ampliação de testagens para identificar infectados e vacinação da população adulta (iniciada em janeiro de 2021), propiciou a retomada dos atendimentos em 2021, encaminhando-se a números semelhantes ao período de pré-pandemia.

Ao categorizar os dados da pesquisa por descritores, observou-se que a atenção psicossocial que consolida a produção dos CAPS foi a que reuniu os procedimentos que mais impactaram na assistência em saúde mental, contribuindo com o maior número de registros (Tabela 3). Quando se relacionam os atendimentos da atenção psicossocial e as consultas de psicoterapia, percebe-se boa correlação entre

o número de registros nas macrorregiões Norte e Sul, apontando para a possibilidade de a atenção especializada oferecida pelo CAPS ser responsável pela maior parte das consultas de psicoterapia.

Ainda sobre os dados da Tabela 3, embora as consultas de psicoterapia tenham sofrido redução nas macrorregiões Sul e Leste, a macrorregião Norte apresentou aumento. Nesse sentido, é relevante mencionar o potencial da teleconsulta e teleatendimento em mitigar os obstáculos impostos pela pandemia, favorecendo o cuidado contínuo aos usuários, mesmo a distância, tanto pela APS quanto pelo serviço especializado²⁸. No entanto, a aceitação e o baixo acesso aos meios tecnológicos para esse tipo de atendimento em municípios de menor porte que a capital, com escassez de recursos financeiros e problemas de conexão da internet, pode ser apresentado como um desafio para esse tipo de conduta nos municípios do interior do estado.

A reorganização referente ao manejo em saúde mental apontada no estudo de Fingel e colaboradores²⁹, realizado no Paraná, mostrou as alterações ocorridas dentro da RAPS, que permitiram acesso dos usuários aos serviços de saúde mental mesmo com a suspensão das atividades em grupo, através de ações terapêuticas realizadas por meios virtuais, no início da pandemia de covid-19. Ao mesmo tempo, um estudo desenvolvido nos Estados Unidos, nos primeiros meses de pandemia, coordenado por Sorkin e colaboradores³⁰, revelou o aumento do uso de ferramentas digitais em saúde mental, levando a refletir sobre o impacto positivo da teleconsulta e do teleatendimento no acompanhamento dos usuários em crise ou estresse agudo.

CONCLUSÃO

Por intermédio da comparação de séries temporais de registros do DATASUS acerca de atendimentos em saúde mental das macrorregiões de saúde do estado do Maranhão, foi possível observar queda nos atendimentos ambulatoriais no primeiro trimestre, após decretação da pandemia de covid-19, estendendo-se por todo o ano de 2020, devido à suspensão de atendimentos presenciais e incentivo ao isolamento social.

A partir da reorganização dos serviços de saúde houve a retomada do crescimento do número de atendimentos, aproximando-se dos valores de pré-pandemia, mostrando a capacidade de organização do Sistema Único de Saúde brasileiro. Destaca-se

o serviço de atenção psicossocial prestado pelos CAPS, o qual contribui de forma significativa com os atendimentos em saúde mental, devido à equipe multiprofissional especializada e estrutura física adequada para o atendimento em saúde mental. Além disso, ressalta-se a importância do registro correto nos sistemas de informação a fim de fornecer os dados necessários para o aprimoramento de políticas públicas em saúde e consequente qualificação do cuidado, tornando a prática assistencial mais dinâmica e precisa.

Os resultados apontam para o planejamento de ações em saúde e realização de novas estratégias de acompanhamento dos usuários visando ao alcance da integralidade do cuidado. Como limitações do estudo, destaca-se o ineditismo da situação pandêmica nessas proporções, na rede de saúde pública maranhense; além disso, citam-se os dados coletados no DATASUS, que, apesar de ser considerado um sistema satisfatório sobre a situação de saúde brasileira, não é isento de inconsistências (equivocos no registro e incorporação de informações, bem como atrasos ou subnotificações).

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Isis Dennisy de Freitas Florêncio contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Maria Edileuza Soares Moura** contribuiu com o delineamento da pesquisa e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. World Health Organization [Internet]; 2018 [cited 2022 Mar 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Santos LC Júnior, Guajac C, Andrade RAR, Amaral RC. Morbidade por Problemas Mentais – análise de séries temporais no período anterior e durante a pandemia do COVID-19. Res, Soc Dev [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 25];10(2):e32910212602. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12602>
3. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Res [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 25];288:112954. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>

4. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 22];17(5):1729. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
5. Sousa AC, Amarante PD, Abrahão AL. Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde: estratégia de cuidado no território. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 21];72(6):1757-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>
6. Schutel TAA, Rodrigues J, Peres GMA. Concepção da Demanda em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde [Internet]. 2015 [cited 2022 Mar 21];8(2):85-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2015.2.20167>
7. Cordeiro GFT, Ferreira RGS, Almeida AJ Filho, Santos TCF, Figueiredo MAG, Peres MAA. Atendimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde no Período Pré-Reforma Psiquiátrica. Rev Min Enf [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 21];23:e-1228. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190076>
8. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial pela Perspectiva dos Usuários. Saúde Soc [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 21]; 26(2):462-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154>
9. Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Saúde Mental na Atenção Básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. Rev Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 11];52(17):1-12. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000051>
10. Brasil. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece sobre modalidade as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) [Document on the Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [cited 2022 Mar 11]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
11. Pereira AS, Shitsuka DM, Parreira FJ, Shitsuka R. Metodologia da pesquisa científica [E-book on the Internet]. Santa Maria: UFSM; 2018 [cited 2022 Mar 11]. Available from: https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Methodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Document on the Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2022 Mar 11]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

13. Brasil. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. DATASUS Trajetória 1991-2002 [Document on the Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [cited 2022 Mar 11]. Available from: <https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trajetoria/datasus.pdf>
14. Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde. Macrorregião de Saúde. São Luís, Secretaria de Estado da Saúde [Document on the Internet]. Diário Oficial da União. Ano CXII, n.º 120. p. 2-22; 2018 [cited 2022 Mar 12]. Available from: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPSAUDE/AnexoResolu%C3%A7%C3%A3oCIBMA_n%C2%BA_64-2018.pdf
15. Brasil. Portaria n.º 3718, de 22 de novembro de 2018 [Document on the Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2022 Mar 11]. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51521189/do1-2018-11-23-portaria-n-3-718-de-22-de-novembro-de-2018-51521040
16. Brasil. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Document on the Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [cited 2022 Mar 23]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-eprogramas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_asps_julho_2021.pdf
17. Vieira S. Introdução à Bioestatística. 5. ed. São Paulo: Elsevier; 2015.
18. Brasil. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional [Document on the Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2022 Mar 12]. Available from: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declaratransmissao-comunitaria-nacional>
19. Rache B, Rocha R, Nunes L, Spinola P, Malik AM, Massuda A. Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à COVID-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar [Document on the Internet]. Nota Técnica n. 3. IEPS, p. 1-5; 2020 [cited 2022 Mar 11]. Available from: <https://ieps.org.br/pesquisas/necessidades-de-infraestrutura-do-sus-em-preparao-covid-19-leitos-de-uti-respiradores-e-ocupacao-hospitalar/>
20. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil Pode Deter a COVID-10. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 11];29(2):e2020044. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-4974202000200023>
21. Maranhão. Portaria/SES/MA n.º 126, de 16 de março de 2020. Estabelece medidas preventivas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde - SES/MA em razão da progressão do quadro pandêmico de Coronavírus (SARS-COV-2/COVID-19) [Document on the Internet]. São Luís, Secretaria de Estado da Saúde; 2020 [cited 2022 Mar 18]. Available from: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/PORTARIAS-SESMA.pdf>
22. Maranhão. Portaria/SES/MA n.º 150 de 23 de março de 2020. Suspende provisoriamente cirurgias eletivas nas unidades de saúde do Estado do Maranhão em razão da progressão do quadro pandêmico de Coronavírus (COVID-19), e dá outras providências [Document on the Internet]. São Luís, Secretaria de Estado da Saúde; 2020 [cited 2022 Mar 11]. Available from: https://www.saude.ma.gov.br/wpcontent/uploads/2020/04/PORTARIA_150_23032020_CIRURGIAS-ELETIVAS.pdf
23. Maranhão. Lei n.º 11.293, de 13 de julho de 2020. Estabelece procedimento virtual de informações e acolhimento dos familiares de pessoas internadas com doenças infectocontagiosas, durante endemias, epidemias ou pandemias, em hospitais públicos, privados ou de campanha sediados no Estado do Maranhão [Document on the Internet]. São Luís, Secretaria de Estado Da Saúde; 2020 [cited 2022 Mar 11]. Available from: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/LEI-N%c2%ba-11.293-DE-13-DE-JULHO-DE-2020.pdf>
24. Santos KOB, Fernandes RCP, Almeida MMC, Miranda SS, Mise YF, Lima MAG. Trabalho, Saúde e Vulnerabilidade na Pandemia de COVID-19. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 14];36(12):e00178320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>
25. Ornell F, Borelli WV, Benzano D, Schuch JB, Moura HF, Sordi AO. The Next Pandemic: Impact of COVID-19 in Mental Healthcare Assistance in a Nationwide Epidemiological Study. Lancet [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 11];4(100061). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100061>
26. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide mortality and coronavirus disease 2019 – A perfect storm? JAMA Psychiatry [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 11];77(11):1093-94. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>
27. Maia DA, Valente GSC. A Gestão da Informação em Atenção Básica de Saúde e a Qualidade dos Registros de Enfermagem. Investig Enferm Imagen Desarr [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 11];20(2). Available: <https://www.redalyc.org/journal/1452/145256681004/html/>
28. Monaghesh E, Hajizadeh A. The Role of Telehealth During COVID-19 Outbreak: a systematic review based on current evidence. BMC Public Health [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 11];20(1193). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09301-4>

29. Figel FC, Sousa MC, Yamaguchi LS, Gonçalo SL, Murta JE, Alves AC. Reorganização da atenção à saúde mental na pandemia de Covid-19. Rev Saúde Pública do Paraná [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 11];03(Suppl 1):118-28. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3sup1p118>



30. Sorokin DH, Janio EA, Eikey EV, Schneider M, Davis K, Schueller AM, et al. Rise in Use of Digital Mental Health Tools and Technologies in the United States During the Covid-19 Pandemic: Survey Study. J Med Internet Res [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 11];23(4):e26994. DOI: <https://dx.doi.org/10.2196%2F26994>



PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: ANÁLISES SOB A NECROPOLÍTICA E RACISMO ESTRUTURAL

COVID-19 PANDEMIC IN BRAZIL: ANALYSIS UNDER NECROPOLITICS AND STRUCTURAL RACISM
PANDEMIA DE COVID-19 EN BRASIL: ANÁLISIS BAJO LA NECROPOLÍTICA Y RACISMO ESTRUCTURAL

Josiane Moreira Germano ¹

Tatiana Almeida Couto ²

Como Citar:

Germano JM, Couto TA. *Pandemia de covid-19 no brasil: análises sob a necropolítica e racismo estrutural*. *Sanare*. 2022;21(1):84-93.

Descritores:

Coronavírus; Racismo; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Povos indígenas; Iniquidade social.

Descriptors:

Coronavirus; Racism; Group with Ancestors from the African Continent; Indigenous people; Social inequity.

Descriptores:

Coronavirus; Racismo; Grupo con Ancestrales del Continente Africano; Pueblos indígenas; Iniquidad social.

Submetido:

18/02/2021

Aprovado:

06/06/2022

Autor(a) para Correspondência:

Josiane Moreira Germano
Faculdade de Saúde Pública/USP
Rua Custódio Tavares da Silva, n.º 265
Londrina/Paraná
CEP: 86037-230
E-mail: j_mg87@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivou-se analisar os impactos da pandemia de covid-19 a partir da necropolítica e racismo estrutural. Trata-se de uma reflexão teórica que propõe discutir a imbricação entre a covid-19 com os conceitos de Necropolítica, Racismo Estrutural e Monstro do Genocídio do Povo Negro, mediante leituras críticas de materiais disponibilizados em meios digitais, a exemplo de debates relacionados à saúde coletiva brasileira pela Rede Unida, à Associação Brasileira de Saúde Coletiva e ao Centro de Estudos Brasileiros de Saúde. Desse modo, partimos da seguinte reflexão: O que as mais de 667 mil mortes causadas pela covid-19 dizem sobre as vidas perdidas? Apesar da covid-19 não fazer distinção de corpos, são aqueles, factualmente, deixados à margem da sociedade, a exemplo dos corpos pretos, pobres, indígenas e quilombolas, que a covid-19 mais acometeu, uma vez que as medidas adotadas pelo Estado não garantiram condições materiais para o enfrentamento da pandemia e tudo o que ela acarretou. Assim, operando como um dispositivo, a covid-19 evidencia o quanto o racismo estrutural retroalimenta-se historicamente do projeto genocida do Estado, programando quem deve viver-morrer e escancarando dois “vírus” sistêmicos e persistentes no país há pelo menos 520 anos: racismo e desigualdade social.

1. Fisioterapeuta. Discente do Doutorado em Saúde Pública - Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP). Mestra em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia - Centro Universitário Filadélfia (UniFil) e da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina - Paraná, Brasil. [ORCID: 0000-0002-7012-0687](https://orcid.org/0000-0002-7012-0687).

2. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem - Centro Universitário de Ciências e Empreendedorismo (UNIFACEMP). Santo Antônio de Jesus - Bahia, Brasil. [ORCID: 0000-0002-4843-1569](https://orcid.org/0000-0002-4843-1569).

ABSTRACT

The objective was to analyze the impacts of the covid-19 pandemic from the point of view of necropolitics and structural racism. This is a theoretical reflection that proposes to discuss the overlap between covid-19 with the concepts of Necropolitics, Structural Racism, and the Monster of the Genocide of the Black People, through critical readings of material available in digital media, such as debates related to Saúde Coletiva Brasileira Rede Unida, the Associação Brasileira de Saúde Coletiva, and the Centro de Estudos Brasileiros de Saúde. Therefore, we start from the following reflection: What do the more than 667 thousand deaths caused by covid-19 say about the lives lost? Although covid-19 does not distinguish between bodies, it is those, factually, left on the margins of society, such as black, poor, indigenous, and quilombola bodies, that were most affected by covid-19, since the measures adopted by the State did not guarantee material conditions to face the pandemic and all that it entailed. Thus, operating as a device, covid-19 shows how much structural racism feeds back historically from the State's genocidal project, programming who should live and die and bringing into evidence two systemic and persistent "viruses" in the country for at least 520 years: racism and social inequality.

RESUMEN

Se objetivó analizar los impactos de la pandemia de covid-19 a partir de la necropolítica y racismo estructural. Se trata de una reflexión teórica que propone discutir la imbricación entre la covid-19 con los conceptos de Necropolítica, Racismo Estructural y Monstruo del Genocidio del Pueblo Negro, mediante lecturas críticas de materiales disponibles en medios digitales, como ejemplo de debates relacionados a la Salud Colectiva brasileña Red Unida, a la Asociación Brasileña de Salud Colectiva y al Centro de Estudios Brasileños de Salud. De ese modo, partimos de la siguiente reflexión: ¿Lo que las más de 667 mil muertes causadas por la covid-19 dicen sobre las vidas perdidas? Mismo que la covid-19 no haga distinción de cuerpos, son aquellos, factualmente, dejados al margen de la sociedad, a ejemplo de los cuerpos negros, pobres, indígenas y quilombolas, que la covid-19 más acometió, una vez que las medidas adoptadas por el Estado no garantizaron condiciones materiales para el enfrentamiento de la pandemia y todo lo que ella ha generado. Así, operando como un dispositivo, la covid-19 evidencia lo cuanto el racismo estructural se retroalimenta históricamente del proyecto genocida del Estado, programando quiénes deben vivir-morir y abriendo las puertas a dos "virus" sistémicos y persistentes en el país desde hace 520 años por lo menos: racismo y desigualdad social.

.....

INTRODUÇÃO

Descortinando as mazelas do Brasil, evidencia-se que a pandemia de covid-19 mostra como os corpos são afetados de modos bastante distintos aos seus efeitos, especialmente em um país continental e absolutamente desigual (com todas as suas diferenças regionais e estruturais), que, além da pandemia, desvela as crises política, econômica e civilizatória. Explicitando as desigualdades, observa-se que a pandemia assola ainda mais os sujeitos que se encontram em situações de vulnerabilidade. É mister dizer que a pandemia quando adentrou nas comunidades e nas periferias dos grandes centros urbanos, alastrando-se para os interiores, aumentou drasticamente o número de infectados e também o próprio perfil de mortalidade (primeiramente, idosos; agora, a população como um todo)¹. Esse dado é importante, uma vez que essas populações ditas como as mais vulneráveis são aquelas mais

expostas às aglomerações, a exemplo das populações que vivem nas comunidades e nos bairros periféricos.

Mediante o histórico escravocrata e colonialista, o racismo é estrutural e estruturante, sedimenta as nossas relações em sociedade. Em particular, no Brasil, o racismo se fortalece no negacionismo e também pela falsa simetria racial (mito da democracia racial) que se desvela em descaso e violência de Estado, sobretudo quando as pesquisas que analisam a situação das pessoas negras no Brasil evidenciam que as ocupações dessa população estão em todos os espaços de subalternidade. O que não é diferente em relação às moradias nas quais a presença da população negra faz-se maioria absoluta: nas favelas, nos cortiços, nas palafitas, na rua, nas cadeias, e nos empregos precários^{2,3}.

Como consequência das implicações da desigualdade, nota-se que as populações mais vulneráveis também são impedidas de cumprir as medidas de proteção como o distanciamento e

isolamento social, uma vez que, pela necessidade material de suas existências, essas mesmas pessoas superlotam os transportes públicos, filas de banco para o recebimento do auxílio emergencial, aglomeram-se em portas de escolas ou centros comunitários para recebimento da alimentação diária (quentinhas) e cestas básicas, e também transitam por muitos espaços para acessarem seus empregos⁴. Evidenciam-se aqui também as trabalhadoras domésticas, zeladores(as), babás, trabalhadores(as): de aplicativos, informais e autônomos; trabalhadores(as) dos serviços denominados essenciais (supermercados e farmácias) e profissionais de saúde. Enfim, que enfrentam espaços de “risco” diariamente, assim como pessoas que vivem nas ruas e fazem dela o seu espaço-casa-trabalho⁵.

Dessa maneira, não seria diferente o impacto desigual da covid-19 entre as classes sociais. O racismo pavimentou a construção da sociedade brasileira e, portanto, mesmo um vírus que assolaria a todos sem distinção, pela questão da desigualdade, do racismo e da necropolítica, aumenta a exposição das pessoas pretas aos seus efeitos, incluindo os mais severos (reitera-se que os problemas de desigualdade e do racismo não se iniciaram com o advento da pandemia). Nessa direção, para o meio de transmissão, como é a da covid-19, assistimos e ainda assistiremos a mortes em grandes proporções, especialmente dessas populações vulnerabilizadas.

Nesse cenário, a pandemia explicita as facetas da desigualdade que refletem na saúde. Por isso, as respostas aos impactos passam pela promoção de direitos, garantindo renda, proteção aos direitos sociais e o compromisso com um Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal e de qualidade. Este trabalho torna-se importante uma vez que busca explicitar o impacto do racismo estrutural e da necropolítica nas populações em condição de vulnerabilidade, especificamente no que tange ao cuidado, ao acesso à saúde e, sobretudo, como essas impactam nos desfechos relacionados à covid-19. Portanto, esses debates auxiliam em ampliar a visibilidade para a produção de políticas públicas de saúde, o compartilhamento de diálogos, saberes populares e científicos sobre a temática e as relações com a Saúde Coletiva, e na construção de relações mais sensíveis, neste caso, voltadas para a população negra.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)^{6,7}, “as desigualdades quanto à saúde e à assistência

sanitária dos grupos étnicos e raciais são óbvias e que, das explicações de tais desigualdades, o racismo é a mais preocupante”. Nessa linha, compreende-se que o SUS, para uma sociedade mais equânime, é uma das bandeiras a serem levantadas nas lutas antirracistas⁷. Assim, reitera-se que a participação social na defesa e no resgate dos princípios do SUS é de extrema importância para reafirmar a saúde como um direito fundamental na contracorrente do projeto genocida, xenofóbico e colonialista. Portanto, este estudo pretende analisar os impactos da pandemia de covid-19 no Brasil, sob a lente da necropolítica e racismo estrutural.

METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão teórica que se propõe a analisar os efeitos da pandemia de covid-19 no Brasil. O texto traz alguns dados oriundos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Boletins Epidemiológicos lançados pelo Ministério da Saúde e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A partir de dados como raça/cor, o intuito é produzir reflexões sobre os impactos do racismo estrutural e da necropolítica em populações vulnerabilizadas, no contexto da covid-19; bem como a realização de leituras críticas de materiais disponibilizados em meios digitais, a exemplo de debates relacionados à Saúde Coletiva brasileira pela Rede Unida, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES).

Nossas análises não buscam enunciar a totalidade, mas sim reconhecer esses elementos como dispositivos de continuidade da precarização da vida e, sobretudo, os valores dados aos corpos historicamente negligenciados pelo Estado brasileiro desde a sua constituição. Para tanto, trabalhou-se com a perspectiva do racismo enquanto um “vírus sistêmico e persistente”, assim como a desigualdade social nesse lugar de “vírus”, constituindo-se como um conjunto de dispositivos que há pelo menos 520 anos endereçam a um lugar de marginalidade vidas negras, pobres, indígenas e quilombolas, ou seja, vidas que não obedecem ao padrão hegemônico, normativo e patriarcal.

Para essa perspectiva, a análise foi ancorada nos conceitos de Necropolítica do sociólogo camaronês Achille Mbembe; Racismo Estrutural, de Silvio de Almeida; e o Monstro do Genocídio, teorizado pela

pós-doutora em filosofia africana, Aza Njeri.

A necropolítica, para Mbembe⁸, atua como dispositivo teórico para a compreensão da ação política nos países ditos periféricos. Dessa maneira, o racismo constituiu-se como um elemento de controle, como uma tecnologia de poder e dominação sobre os corpos. Mediante isso, elencam-se os efeitos do colonialismo e do sistema escravocrata para a emergência das desigualdades e das violências da população negra (sem distinção de gênero, mas o racismo opera de modos diversos em homens e mulheres).

Ainda que o racismo faça parte da história moderna, salvaguardando a relação com a formação do Estado, por muito tempo ficou adstrito apenas às esferas individual e comportamental. Para Silvio de Almeida, o conceito de raça foi desenvolvido pelo modelo de Estado burguês para organizar as relações políticas, sociais, econômicas, educacionais e também jurídicas, a fim de “categorizar” e manter um status hegemônico. Nesse contexto, o Estado, responsável por formar uma unidade, o nacionalismo, tende a hierarquizar as multiplicidades cultural, étnica, religiosa e sexual, criminalizando, domesticando ou estigmatizando aquele que não interessa à identidade nacional.

Muito além dos fatores comportamentais e individuais, o racismo ganhou, ao longo do tempo, diversas expressões (seja pelos aspectos biológico, científico ou sociocultural), o que caracteriza o racismo como um fenômeno complexo, ao qual denominamos como um “vírus sistêmico e persistente”. No Brasil, por exemplo, país que contém a maior população negra fora do continente africano, o negro sempre esteve refém desse fenômeno, sendo considerado inferior à capacidade de consumo, intelectual e cognitiva⁹.

Acerca do Monstro do Genocídio do Povo Negro¹⁰, a autora evidencia a figura arquetípica executora da máquina genocida ocidental, isto é, seria um monstro que mira no Povo Negro e em toda a diversidade que a alteridade ao Ocidente pode conter. Compreendendo, portanto, a heterogeneidade desse povo, o Monstro desenvolve tentáculos específicos para cada particularidade presente nessa diversidade negra, criando braços genocidas que miram em crianças, adultos e idosos, mulheres e homens, pessoas LGBTQIA+, moradores de ruas e de favelas, pobres e miseráveis, acadêmicos, praticantes de espiritualidades de matriz africana, traficantes e policiais etc. Significa afirmar que há tentáculos

para todos os negros sob a égide do Ocidente. Há negros com mais de um tentáculo sobre seus corpos, e, principalmente, esse ataque genocida não é apenas físico, mas também psicológico, espiritual, ontológico, semiótico, nutricida e epistemicida.

Dessa maneira, mediante os arranjos, esses três conceitos retroalimentam-se e, ajustados à covid-19, são capazes de produzir corpos ainda mais invisibilizados, não passíveis de cuidado, de luto, de viver em plenitude, os quais serão evidenciados neste trabalho, a partir das seguintes categorias analíticas: “Necropolítica: quem vive, quem morre e a produção de corpos infames”; “Pensando nos efeitos da desigualdade que se expressam em números: iniquidades sociais e de saúde”; e, por fim, “Racismo, covid-19 e a cegueira da cor: a invisibilidade dos dados relacionados à raça”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Necropolítica: quem vive, quem morre e a produção de corpos infames

Na marca ultrapassada de 667 mil vidas perdidas, de quais vidas falamos quando nos direcionamos às mortes causadas pelo novo coronavírus no Brasil? Apresenta-se esse paradoxo para pensar a aposta necropolítica do Estado, que abarca em si o negacionismo, racismo estrutural e políticas de austeridade, endereçando a esses corpos um único fim: apenas a estatística. Assim, observa-se que as mortes por covid-19, expressadas em dados numéricos (enunciados nos boletins epidemiológicos), encontram nos corpos pretos, pobres, indígenas e quilombolas um lugar de produção de “corpos infames” – termo cunhado pelo filósofo Michel Foucault para designar corpos que carregam em si a invisibilidade histórica¹¹. A esses corpos, pelo viés escravagista-colonialista, é dubitável o grau de humanidade conferido a eles e, por consequência, a passibilidade de luto. Ainda, pela infâmia, o genocídio indígena e os ataques aos seus territórios (assim como os quilombolas) escancaram que corpos não hegemônicos entram numa classificação de infâmia diante da lente racista e xenofóbica do cenário posto no Brasil desde a sua gênese.

Com a criação da ideia de raça, denota-se que isso legitimou diversos adventos bastante violentos na humanidade, como o sequestro de milhares de africanos retirados de seu continente, deslocando

milhares de povos de seu eixo civilizatório, de sua cultura, religião, costumes e tradições, reverberando nos efeitos psíquicos de todos os seus descendentes, nas mais distintas diásporas negras no mundo, os quais ainda sofrem na atualidade. Reitera-se que, por meio de um cunho filosófico, o racismo colaborou para a manutenção de uma ontologia e epistemologia dominantes.

Ao analisar essas questões raciais, de cunho ontológico e epistemológico, ao longo da história, é possível compreender que, em muitos momentos, os conceitos e os fatos implicam em uma relação de poder; assim, o sujeito que detém o poder político e econômico passa a determinar a epistemologia vigente, ou hegemônica¹². Com o epistemicídio negro e a manutenção da ontologia hegemônica, tudo advindo de África ou que faça menção a ela ganhou, no mundo, um lugar de “subutilidade”, “subalternidade”, o lugar da infâmia. Assim, isso tornou-se justificativa para a escravização dos “povos sem alma”, como dizia Voltaire, no século XIV, dentre outros filósofos alemães do século XX.

Com o passar dos séculos, para a manutenção da máquina ocidental, legitima-se o poder de morte do outro, a começar pela denominação, determinando hierarquias entre as raças (tidas como ruins e inferiores, dados os povos do continente africano), o que se torna um dispositivo para a produção dessa infâmia. Mbembe, ao tecer análises sobre as tecnologias de poder contemporâneas, destaca as “formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de ‘mortos-vivos’”^{8:18}, uma necropolítica, poder que mata, que subjuga a vida ao poder da morte¹³.

Com isso, observa-se que os processos de desumanização e objetificação dos corpos negros se atualizam por meio de necropolítica nos dias atuais. A pandemia de covid-19 é dispositivo que deu e ainda dá visibilidade à cronificação da atuação necropolítica do Estado, produzindo mortes, sobretudo desses corpos infames, pobres e pretos, que se confirmam, numa série de estudos, como as grandes vítimas da covid-19¹⁴. Diante disso, indagamos: Como essas vidas não são passíveis de luto, assistiremos ao seu desaparecimento sem rastros, sem registros, a não ser como dados numéricos de vítimas de covid-19 em boletins epidemiológicos? Pode o Estado fazer corpos negros, pobres, indígenas, periféricos e quilombolas viverem? Ou são corpos que o Estado deixa à própria sorte? Conforme visto nos pedidos

de despejo de quilombolas e invasão das terras indígenas, por exemplo.

Assim, a concepção de necropolítica ajuda no entendimento das diferenças existentes nas ações do Estado em relação a determinados grupos e à distribuição diferencial de direito à vida¹³⁻¹⁵. Nesse sentido, a relativização sobre a gravidade da epidemia pela liderança nacional, ainda que ganhe um efeito desprezioso, desvela a aposta no necrobiopoder que vem sendo executada pelo Estado. Numa sociedade que pavimentou o racismo para a construção dos seus sistemas políticos como o Brasil, segundo Foucault^{16:146}, “formas contemporâneas que subjagam a vida ao poder da morte”, imbricam-se duas ideias que se retroalimentam: a primeira, que existem diferentes raças humanas; e a segunda, que existem raças humanas que são inferiores às outras.

Diante disso, Bento^{17:4} evidencia que o Brasil mantém um vírus constante e persistente que sedimenta as políticas de fazer morrer, com técnicas planejadas e sistemáticas através de atos contínuos do Estado contra populações que serão dizimadas. Assim, a pandemia evidencia as faces do racismo estrutural que tangencia todas as nossas relações, permeadas pelas desigualdades de acesso a serviços de saúde, educação, moradia segura e condições básicas materiais de existência (como saneamento básico, alimentação e emprego, por exemplo). Então, a desigualdade social pavimentada pelo racismo faz da covid-19 dispositivo potente e latente no extermínio desses corpos.

Pensando nos efeitos da desigualdade que se expressam em números: iniquidades sociais e de saúde

A disparidade entre as classes e raças no Brasil sempre existiu e, ao mesmo tempo, sempre esteve cortinada pelo mito da democracia racial. O silêncio e o não dito sobre o racismo brasileiro marcam o preconceito da formação da cidadania em todas as direções³. Quando os debates são racializados, percebe-se que em todas as ocupações as pessoas pretas são atingidas drasticamente, como dito anteriormente. De acordo com o IBGE, a maior parte da população brasileira é composta por pessoas que se autodeclararam pretas ou pardas. Em 2016, mais de 112 milhões de brasileiros, 54,9% da população, declararam-se pretos; quando são considerados apenas os 10% mais pobres, a proporção é ainda maior: 75%. Ocupando os piores índices, quase 80%

das pessoas pretas no Brasil não têm acesso a planos de saúde, sendo que essa parcela representa 67% dos cuidados do SUS¹⁸.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios¹⁸ apontam que o IDH experimentado por brancos é 14% maior que o de pessoas pretas (o IDH de negros atualmente é o equivalente ao que as pessoas brancas tinham em 2000). A pesquisa também aponta que a experiência de uma pele não branca torna-se mais difícil no âmbito educacional e estrutural, em termos de moradia, acesso à saúde e lazer. O abismo entre pessoas brancas e pretas também pode ser explicitado em diversos sentidos, como: esperança ao nascer, expectativa de estudos aos 18 anos (a taxa de analfabetismo de pretos e pardos com 18 anos ou mais supera 14%, enquanto brancos possuem pouco mais de 6%), a proporção de extremamente pobres (9,4% negros e 3,3% brancos) e condições de saneamento básico. Observa-se também que são os brancos que apresentam o maior rendimento médio domiciliar *per capita*, ganhando quase o dobro da população negra: R\$ 1.846 contra R\$ 934¹⁹.

Além disso, os negros estão mais inseridos em grupos de risco, uma vez que há maior prevalência de comorbidades como hipertensão (44,2%) e diabetes (12,7%), quando comparados aos brancos (22,1% e 6,2%, respectivamente). Também são notadas doenças como anemia falciforme e outras enfermidades, como depressão e tabagismo. Negras(os) relatam piores índices de autoavaliação de saúde. O mesmo acontece em relação à doença cardíaca (7%), à asma (8%) e às doenças negligenciadas, a exemplo da tuberculose²⁰.

Sobre as ocupações territoriais na cidade, no que se refere à distribuição no espaço geográfico, as pessoas pretas residem em lugares segregados e essa segregação residencial é racial e tem impacto direto nas condições adversas à saúde, tendo em vista a pouca presença de equipamentos de saúde, a exemplo de unidades básicas de saúde, farmácias e espaços de lazer, convivendo cotidianamente com elevados índices de violência, resultando no acúmulo de agravos à saúde física e mental^{18,19}. Destaca-se a questão de territórios ocupados por pessoas pretas, que são altamente povoados, como as comunidades e as favelas dos grandes centros urbanos, onde aproximadamente 13,6 milhões de brasileiros vivem em favelas no país^{20,21}. No Brasil, em relação às questões sanitárias, aproximadamente 50% da população não tem esgoto coletado e 35 milhões de pessoas não têm acesso à água tratada, o que leva a

mais de 300 mil internações por ano^{18,21}.

Esse conjunto de fatores implica em reconhecer o racismo muito bem sedimentado no Brasil, que, para Almeida⁹, pode ser designado em três classificações: individual, institucional e estrutural, que compõem as experiências dos corpos racializados na sociedade. Ressalta também que não existe racismo que não seja estrutural, uma vez que essa estruturação se dá pela formalização de um conjunto de práticas institucionais, históricas, culturais e interpessoais dentro de uma sociedade que ocupa um lugar de subalternidade. A Organização Mundial da Saúde concebe o racismo como um dos determinantes sociais do processo de adoecimento e morte.

Atrelado a isso, esses “corpos infames”, ao enfrentar esse conjunto de indicadores negativos e os efeitos produzidos em seus corpos, despertam para a necessidade de se dar visibilidade ao debate do racismo ambiental, que diz respeito à discriminação racial no direcionamento deliberado de comunidades étnicas e minoritárias para a exposição a locais e instalações de resíduos tóxicos e perigosos, com a exclusão sistemática desses sujeitos na formulação, aplicação e remediação de políticas ambientais²². É uma questão que traz para a cena a expropriação de territórios. Quando acontece no campo, muda totalmente o modo de produção de vida desses povos (leia-se indígenas e quilombolas) dentro de seus próprios espaços, impondo o *modus operandi* branco. E, quando acontece no meio urbano, percebe-se a produção de práticas ofensivas ao meio ambiente, ou a discriminação de grupos sociais geograficamente localizados, e podem ser motivadas por raça, cor ou classe social²³.

Sobre a questão racial e ambiental, notamos que as mortes podem ocorrer por toxoplasmose em áreas insalubres, contaminadas, como em áreas que são lixões industriais, com possibilidades de morrerem ainda mais nas secas, fome e processos de imigração. Por isso, o binômio meio ambiente e território sempre será uma pauta racial²⁴. “Longe de ser um problema individual, é uma realidade oculta, é uma realidade social evidente e facilmente verificável quando se anda em periferias, favelas, subúrbios e quebradas”^{22:4}.

Racismo, covid-19 e a cegueira da cor: a invisibilidade dos dados relacionados à raça

A covid-19 tem interrogado o modo no qual a nossa sociedade está estruturada. A doença, que

inicialmente afligiu principalmente pessoas de classe média alta, já anunciava o seu potencial de dizimação de corpos, especialmente os quais chamamos de “infames”, principalmente pelo encontro com as vulnerabilidades e desigualdades estruturais do país. A começar pelo primeiro caso diagnosticado de novo coronavírus no Brasil e a primeira morte pela doença, no dia 17 de março de 2020, no Rio de Janeiro. Esse fato, a morte de uma empregada doméstica, mulher preta e idosa, que adquiriu o vírus de seus patrões, recém-chegados da Europa, pôs rapidamente em cena a confirmação futura dos dados que caracterizariam quem predominantemente morreria pela covid-19 no Brasil, país em que a figura da empregada doméstica é considerada um emblema da suposta superioridade das classes abastadas.

Assim, como indica a hierarquização do trabalho pelo critério de superioridade racial, relegou-se aos negros e indígenas a escravidão e a servidão, respectivamente, e ainda na atualidade os alijam dos cargos de melhor remuneração e prestígio social. Assim, a tentativa de cravar o trabalho doméstico como serviço essencial reforça a herança escravocrata no Brasil e a exploração de gênero e raça, uma vez que mulheres pretas massivamente ocupam essa função²⁵.

Outro exemplo foi o caso de Sara Côrtes, patroa de Mirtes Souza, que foi diagnosticada com a doença, mas não foi afastada do trabalho. Enquanto a empregada doméstica passeava com os cachorros da patroa na rua, seu filho, Miguel, perdeu a vida ao cair do elevador à procura da mãe. Esse é um reflexo da dificuldade de famílias negras de manterem suas finanças, gerando dependência de seus patrões que, muitas vezes, com posturas segregacionistas, reforçam o papel de poder sobre as empregadas. Qual era o grau de humanidade dado a Miguel por Sara? Seria Miguel um corpo infame? Quais são os estigmas que corpos de crianças negras/jovens negros carregam ao longo da história?

As mesmas análises também podem ser ampliadas para homens, nas mais diversas circunstâncias de trabalhos insalubres e o grande potencial de transmissão da covid-19, seja na ocupação de seguranças de estabelecimentos, motoristas de ônibus ou aqueles que ocupam lugares aglomerados como os ambulantes. Para Navarro et al.¹³, a disseminação para territórios nos quais os modos de vidas são majoritariamente aglomerados, como é o caso das periferias, evidenciaria a “periferização” da covid-19, das mortes, revelando todas as

vulnerabilidades e iniquidades às quais as populações mais pobres sofrem, como o acesso ao SUS, em que cerca de 70% dos brasileiros são dependentes, o que é quase o quantitativo de pessoas negras que morreram nessa pandemia.

A taxa de letalidade pelo novo coronavírus entre negros é maior que entre brancos. Segundo o Ministério da Saúde, enquanto o número de internações de pessoas brancas caiu (de 74% para 60%), houve aumento de hospitalizações de pessoas pretas (de 23% para 37%). O número de mortes também sofreu redução para brancos (64,5% para 53%), enquanto o oposto aconteceu com pessoas pretas, que passaram de 33% para 42%²⁵. A preexistência de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença/anemia falciforme também implicaram em variáveis importantes, como fator de risco para o óbito por covid-19²⁶.

O racismo, no tocante à saúde, pode se manifestar de diversas formas, materializado no racismo institucional, que, na maioria das vezes, ocorre de forma implícita na manutenção e reprodução de um conjunto de estereótipos negativos que perduram no imaginário social do brasileiro sobre pessoas pretas. A atenção e o cuidado dos trabalhadores, dado o seu pertencimento racial, pode criar barreiras de acesso e hierarquias no atendimento, ou seja, quem faz viver e quem deixa morrer (lógica do biopoder, por Michel Foucault). Assim, pessoas pretas apresentam maior risco de disparidades no acesso aos serviços, sobretudo diante da pandemia de covid-19, tanto na qualidade dos cuidados recebidos como nos resultados de saúde. De acordo com o Sistema Sivep-Gripe, do OpenDataSUS²⁷, a vítima-padrão da covid-19 é homem, preto e pobre.

Quanto à covid-19, na maioria dos Estados brasileiros, a exemplo do estado de São Paulo, epicentro da doença, negros têm um risco 62% maior de morrer por essa patologia, de acordo com a prefeitura da capital e o Observatório covid-19. Pardos enfrentam possibilidade 23% maior²⁸. Outros indicadores também se encontram maiores, quando se fala em letalidade entre pretos e brancos, assim como o grau de escolaridade (80% entre pretos, enquanto a taxa entre brancos com nível superior é de menos de 20%).

Portanto, sem registros, “obscuras como milhões de outras que desapareceram e desaparecerão no tempo sem deixar rastro – nenhuma nota de fama, nenhum feito de glória, nenhuma marca de nascimento, apenas o infortúnio de vidas

cinzentas para a história”¹². Assim, evidenciamos que a desigualdade pavimentada pelo racismo faz da covid-19 dispositivo potente para o genocídio desses corpos.

CONCLUSÃO

Este trabalho buscou dar visibilidade às desigualdades sociais, evidenciando como um dos fatores bastante importantes para o enfrentamento da covid-19. Observa-se que, mediante essa desigualdade, a população negra é projetada para enfrentar as piores condições de moradia, emprego, renda, acesso à saúde e educação, sob a lente da covid-19. Para tanto, é necessário fortalecer o debate acerca das desigualdades sociais no país, e buscar recursos para seu enfrentamento, mediante políticas públicas, mobilizações populares e articulações intersetoriais para a organização nas diversas áreas que imbricam na produção dessas desigualdades no acesso em saúde, educação, na geração de renda, em moradia, por exemplo.

Reitera-se que a pandemia evidencia o quanto o racismo se manifesta como um dispositivo altamente tecnológico que é retroalimentado pela necropolítica e o projeto genocida do Estado, inclusive no desmonte de políticas públicas, nos âmbitos sociais, na área da saúde (na qual observa-se a mercantilização da mesma). Dessa maneira, denota-se que defender o SUS e suas políticas que endereçam o seu cuidado para as populações é lutar por um projeto político em defesa das vidas, todas elas, uma vez que as interfaces do sistema, e do Estado, muitas vezes, estão capilarizadas e materializadas pelo SUS, via Estratégia Saúde da Família, presente nesses territórios.

Sobre a articulação do racismo, necropolítica e, ainda, o Monstro do Genocídio do Povo Negro, esse conjunto de estratégias endereça aos corpos, marginalizados e invisibilizados historicamente, o lugar da estatística, perpetuando o apagamento das histórias e produzindo “corpos infames”. Outro aspecto importante é a não inclusão (ou a dificuldade de registros) do quesito raça-cor nos boletins, anunciando mais uma vertente expressa do racismo durante a pandemia.

Entre as limitações do estudo, apontamos a redação a partir de percepções de demais autores, nem sempre sendo possível o acesso a materiais produzidos por autores das respectivas populações ressaltadas, e, assim, como possíveis desdobramentos

futuros, pensa-se em aproximações e produções de narrativas com tais sujeitos, como em estudos de campo e por meio da cartografia de territórios e pessoas.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Josiane Moreira Germano e Tatiana Almeida Couto contribuíram igualmente com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

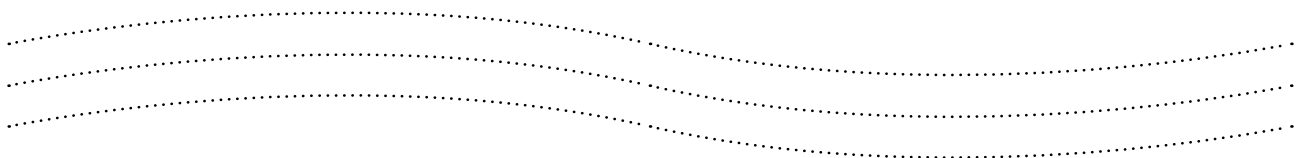
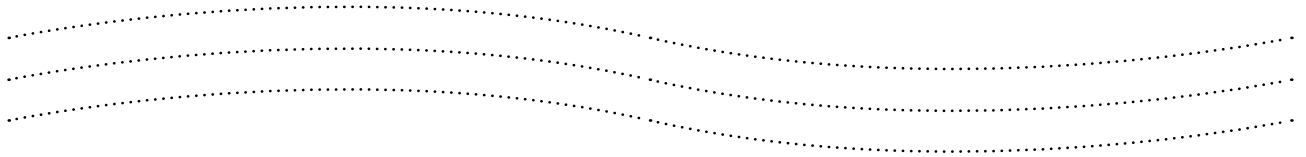
1. Fundação Oswaldo Cruz. Vulnerabilidades que se aproximam. Rev Radis [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 01];212. Available from: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis212_web.pdf
2. Geledés. População negra e Covid-19: desigualdades sociais e raciais ainda mais expostas. Geledés [Document on the internet]. 2020 [cited 2020 Dec 01]. Available from: <https://www.geledes.org.br/populacao-negra-e-covid-19-desigualdades-sociais-e-raciais-ainda-mais-expostas/>
3. Munanga K. Kabengele Munanga, o antropólogo que desmistificou a democracia racial no Brasil [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 01]. Available from: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Kabengele-Munanga-o-antropologo-que-desmistificou-a-democracia-racial-no-Brasil/5/44091>
4. Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. Trab Educ Saúde [Internet] 2020 [cited 2020 Dec 01];18(3):e00278110. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462020000300301&lng=en&nrm=iso
5. Borges SAC. As ruas e a Covid-19: novas e velhas expressões das desigualdades sociorraciais durante a pandemia [Document on the internet]. 2020 [cited 2020 Dec 01]. Available from: <https://www.geledes.org.br/as-ruas-e-a-covid-19-novas-e-velhas-expressoes-das-desigualdades-sociorraciais-durante-a-pandemia/>
6. Organização Mundial de Saúde. Salud y ausencia de discriminación. Documento de la OMS para la Conferencia Mundial Contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.

7. Almeida S. Roda Viva [Video on the internet] 2020 [cited 2020 Dec 01]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=L15AkiNm0Iw>
8. Mbembe A. Necropolítica. 3. ed. São Paulo: n-1 edições; 2018.
9. Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Editora Pólen Livros; 2019.
10. Njeri A. Reflexões artístico-filosóficas sobre a humanidade negra. Ítaca [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 22];36:164-226. Available from: <https://revistas.ufrj.br/index.php/Itaca/article/view/31895>
11. Silva RP. Uma genealogia de infames. Rev latinoam psicopatol fundam [Internet]. 2011 [cited 2020 Dec 01];14(1):193-195. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000100014>
12. Pessanha EAM. Do epistemicídio: as estratégias de matar o conhecimento negro africano e afrodiáspórico. Problemática: R Intern fil [Internet] 2019 [cited 2020 Dec 09];10(2):167-194. Available from: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/problematata/article/view/49136>
13. Navarro JHN, Silva MC, Siqueira LAR, Andrade MAC. Necropolítica da pandemia pela covid-19 no brasil: quem pode morrer? quem está morrendo? quem já nasceu para ser deixado morrer? Preprints Scielo [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 16]. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/901>
14. Avilez L. Movimento negro exige medidas do governo e pede lockdown no ES - 2020. A Gazeta [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 01]. Available from: https://www.agazeta.com.br/es/cotidiano/movimento-negro-exige-medidas-do-governo-epedem-lockdown-no-es-0620?utm_medium=share-site&utm_source=whatsapp
15. Aun H. "Não é um número": projeto homenageia vítimas da Covid-19 no Brasil [Home-page on the internet]. 2020 [cited 2020 Dec 23]. Available from: <https://catracalivre.com.br/cidadania/nao-e-um-numero-projeto-homenageia-vitimas-da-covid-19-no-brasil/>
16. Foucault M. Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
17. Bento B. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação? Cad Pagu [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 11];53(e185305). Available from: <https://catracalivre.com.br/cidadania/nao-e-um-numero-projeto-homenageia-vitimas-dacovid-19-no-brasil/>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Document on the internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [cited 2020 Dec 11]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101678>
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil [Document on the internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [cited 2020 Dec 11]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2101681>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de vigilância em saúde descritos segundo a variável raça/cor, Brasil. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
21. Agência Brasil. Moradores de favelas movimentam R\$ 119, 8 bilhões por ano [Home-page on the internet]. 2020 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-01/moradores-de-favelas-movimentam-r-1198-bilhoes-por-ano>
22. Jesus V. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo. Saúde Soc [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 01];29(2):e180519. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180519>
23. Pacheco T. Inequality, Environmental Injustice, and Racism in Brazil: Beyond the Question of Colour. Dev Pract [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 12];18(6). Available from: <http://www.justicaambiental.org.br/justicaambiental/pagina.php?id=1869>
24. Geledés. O que é racismo ambiental [Home-page on the internet]. 2020 [cited 2020 Dec 01]. Available from: <https://www.geledes.org.br/o-que-e-racismo-ambiental/>
25. Gonzaga PRB, Cunha VM. Uma Pandemia Viral em Contexto de Racismo Estrutural: Desvelando a Generificação do Genocídio Negro. Psicol cienc prof [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 01];40:e242819. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003242819>
26. Baruty A. A pandemia da Covid-19 e a população negra [Home-page on the internet]. 2020 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://www.brasildefatopb.com.br/2020/07/21/artigo-a-pandemia-da-covid-19-e-a-populacao-negra>

27. Brasil. OpenDATASUS-2020 [Home-page on the Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 20]. Available from: <https://opendatasus.saude.gov.br/>



28. Notícia Preta. Negros têm 85% mais chance de morrer por Covid-19 em São Paulo do que brancos [Home-page on the internet]. 2020 [cited 2020 Dez 18]. Available from: <https://noticiapreta.com.br/negros-tem-85-mais-chance-de-morrer-por-covid-19-em-sao-paulo-do-que-brancos/>



USO DE TECNOLOGIAS LEVES NA PREVENÇÃO DA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

USE OF LIGHT TECHNOLOGIES IN THE PREVENTION OF COVID-19 IN PRIMARY HEALTH CARE
USO DE TECNOLOGÍAS LEVES EN LA PREVENCIÓN DE LA COVID-19 EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Thaís Fernanda Ribeiro de Moura ¹

Francisca Maria Leite Silva ²

Maria do Livramento Pereira dos Santos ³

Natasha Teixeira Medeiros ⁴

Como Citar:

Moura TFR, Silva FML, Santos MLP, Medeiros NT. *Uso de tecnologias leves na prevenção da covid-19 na Atenção Primária à Saúde. Sanare. 2022;00(00):94-104.*

Descritores:

Atenção Primária à Saúde; Infecções por coronavírus; Educação em Saúde.

Descriptor:

Atención Primaria a la Salud; Infecciones por coronavirus; Educación en Salud.

Descriptor:

Primary Health Care; Coronavirus Infections; Health Education.

Submetido:

22/03/2021

Aprovado:

25/05/2022

Autor(a) para Correspondência:

Thaís Fernanda Ribeiro de Moura
Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Rua Landri Sales, 465, Bairro Bomba
CEP: 64601-328
E-mail: enfthaymoura@gmail.com

RESUMO

Este estudo teve por objetivo investigar e reconhecer as evidências científicas disponíveis na literatura relacionadas ao uso das tecnologias leves na prevenção da pandemia de covid-19 pela Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo de revisão integrativa com coletas de dados realizadas durante os meses de agosto a novembro de 2020, utilizando-se de seis etapas para a sua construção: elaboração da pergunta norteadora, busca de amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação do estudo bibliográfico. Dos 15 artigos selecionados, relata-se que, em meio à pandemia, as tecnologias leves contribuíram na produção do cuidado, devendo constituir-se como uma ferramenta estratégica a ser priorizada na APS, pois ela é produzida na prática viva em ato, condensando em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando acolhimento, efetivação da Educação em Saúde, vínculo, responsabilização e autonomização da sua comunidade, potencializando as intervenções que, porventura, forem adotadas pela equipe de saúde. Por fim, os achados bibliográficos em questão suprimiram as finalidades do levantamento de reflexões e propostas para o enfrentamento da pandemia no contexto de prevenção e promoção da saúde.

1. Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) e especialista em caráter de residência multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família pela UFPI. E-mail: enfthaymoura@gmail.com. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1053-2110>

2. Fisioterapeuta pela UFPI e especialista em caráter de residência multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família pela UFPI. E-mail: fran_mary2010@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7235-2051>

3. Psicóloga pela UFPI e especialista em caráter de residência multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família pela UFPI. E-mail: m.livramento@hotmail.com. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0678-461>

4. Mestrado em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e coordenadora do programa de residência multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da UFPI. E-mail: natashatmediros@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4592-4365>

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo investigar y reconocer las evidencias científicas disponibles en la literatura relacionadas al uso de las tecnologías leves en la prevención de la pandemia de covid-19 por la Atención Primaria a la Salud (APS). Se trata de un estudio de revisión integrativa con recogidas de datos realizadas durante los meses de agosto a noviembre de 2020, utilizándose de seis etapas para su construcción: elaboración de la pregunta orientadora, búsqueda de muestreo en la literatura, recogida de datos, análisis crítico de los estudios incluidos, discusión de los resultados y presentación del estudio bibliográfico. De los 15 artículos elegidos, se relata que, en medio a la pandemia, las tecnologías leves contribuyeron en la producción del cuidado, debiendo constituirse como una herramienta estratégica a ser priorizada en la APS, pues ella es producida en la práctica viva en acto, condensando en si las relaciones de interacción y subjetividad, posibilitando acogida, efectuação de la educación en salud, vinculo, responsabilización y autonomización de su comunidad, potencializando las intervenciones que, quizá, hubieran sido adoptadas por el equipo de salud. Por fin, los hallazgos bibliográficos en cuestión suplieron las finalidades del levantamiento de reflexiones y propuestas para en enfrentamiento de la pandemia en un contexto de prevención y promoción de la salud.

ABSTRACT

This study aimed to investigate and recognize scientific evidence available in the literature related to the use of light technologies in the prevention of the covid-19 pandemic by the Primary Health Care (PHC). This is an integrative review study with data collection carried out from August to November 2020, with a six-stage construction: elaboration of guiding question, sample search in literature, data collection, critical analysis of the studies included, discussion of results, and presentation of the bibliographic study. Among the 15 articles selected, it is reported that, in the midst of the pandemic, light technologies contributed to the production of care, and should constitute a strategic tool to be prioritized in PHC, as it is produced in live practice in action, condensing in itself the relations of interaction and subjectivity, enabling welcoming, health education effectiveness, bonding, accountability and empowerment of their community, enhancing interventions that may be adopted by the health team. Finally, the bibliographic findings in question met the purposes of gathering reflections and proposals for dealing with the pandemic in a context of prevention and health promotion.

.....

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 foi marcado pela primeira pandemia do novo século XXI, ocasionada por um micro-organismo em forma de coroa, pertencente à família de coronavírus (SARS-CoV), conhecido por provocar distúrbios respiratórios e, em alguns casos, distúrbios gastrointestinais. Especificamente, passou a ser denominado covid-19 (“covid” significa *Corona Virus Disease*) e o número “19” se refere ao ano de 2019, quando os primeiros casos foram divulgados publicamente pelo governo chinês¹.

A disseminação intercontinental da doença desencadeou o surgimento de desafios para a ciência e para a sociedade, exigindo respostas rápidas e diversificadas dos sistemas de saúde, que precisaram ser reorganizados para o seu enfrentamento, em todas as suas áreas, em virtude da sua complexidade e gravidade. Nos mais diversos países do mundo, assim como no Brasil, destacaram-se as medidas macropolíticas intersetoriais implementadas, centradas na construção de hospitais de campanha

para a ampliação do número de leitos e aquisição de respiradores pulmonares em unidades de tratamento intensivo, para manejo dos casos graves².

Simultaneamente, na ausência de imunobiológicos e de medicações específicas para tratamento e em virtude da alta transmissibilidade do agente etiológico, outras medidas eficazes que visaram reduzir o contágio viral e frear a velocidade de disseminação da pandemia foram as ações implementadas através do uso das tecnologias leves em saúde, como, por exemplo, o uso da Educação em Saúde, com orientações acerca da lavagem das mãos com sabão e/ou preparação alcoólica a 70%, o uso contínuo de máscaras faciais como barreira física na prevenção da disseminação de gotículas, o isolamento/distanciamento social e a vigilância dos casos³.

Convém destacar que na concretização dos processos de trabalho em saúde são utilizadas diferentes tecnologias que podem ser classificadas em: “Leve”, quando ocorre a produção do trabalho vivo em ato, condensando em si as relações de interação

e subjetividade, possibilitando o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a autonomização e a Educação em Saúde; “Leve-dura”, quando os saberes são aplicados ao cuidado, como a clínica médica e a epidemiologia; e “Dura”, quando refere-se ao maquinário e às estruturas organizacionais⁴.

Nesse sentido, o uso de tecnologias leves é majoritário e irrenunciável na Atenção Primária à Saúde (APS), tendo em vista a sua centralidade e ordenação do cuidado, garantindo a saúde da população adscrita. Se, por um lado, a APS tem capacidade encurtada para atuar sobre a letalidade dos casos graves, uma APS forte, organizada, com profissionais qualificados e em número adequado, contribui efetivamente para atenuar a incidência da infecção, com impacto direto na redução da morbimortalidade na população da sua área de cobertura de cuidados⁵.

A ação pactuada e resolutiva entre profissionais das equipes básicas de saúde e os sujeitos da própria coletividade vem subsidiando a redução da disseminação da infecção, pois, juntos, conseguem acompanhar os casos leves de covid-19 em isolamento domiciliar, apoiar as comunidades durante o distanciamento social, identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantir o acesso aos cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da pandemia⁶.

Dessa forma, a APS tem a função central na mitigação dos efeitos da pandemia, respeitando um dos seus princípios fundamentais, que é a orientação e incentivo à prevenção de doenças e agravos da comunidade, além da manutenção e aprofundamento de todos os seus atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado e, em especial, a competência cultural e o vínculo familiar e comunitário⁷.

Com base na premissa de que a APS desempenha um importante papel na saúde da comunidade, questiona-se: “O uso de tecnologias leves é considerado fator importante na prevenção da covid-19?”, “Tal perspectiva se coloca como ferramenta essencial do processo de trabalho da APS no enfrentamento da pandemia?”. As inquietações deste estudo foram refletidas dentro do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, na área da enfermagem, em uma Unidade Básica de Saúde localizada em um município da Planície Litorânea do estado do Piauí.

Tendo em vista o exposto, a realização deste estudo justifica-se por apresentar dados da literatura a respeito do conhecimento e relevância do uso das tecnologias leves na contribuição da prevenção da covid-19 e, conseqüentemente, no aumento da produção do cuidado em saúde. O objetivo deste estudo é investigar e reconhecer, por intermédio dos estudos publicados em periódicos científicos atuais, a importância do uso das tecnologias leves na prevenção da pandemia de covid-19 pela APS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, durante os meses de agosto a novembro de 2020. O estudo consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos, sendo percorridas seis etapas distintas, dentre elas: elaboração da pergunta norteadora, busca de amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação do estudo bibliográfico⁸.

Para o levantamento dos artigos na literatura, bem como a sua seleção, realizou-se a busca a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), acessando as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Web of Science e National Library of Medicine (PubMed/Medline). Desse modo, formulou-se a seguinte questão para guiar a revisão: “O uso de tecnologias leves na APS é considerado fator importante na prevenção da covid-19?”.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos disponíveis na íntegra, datados entre os anos de 2019 a 2020; em idioma português, inglês ou espanhol; que se apresentassem completos e que abordassem os descritores no idioma português: “atenção primária à saúde”, “infecções por coronavírus” e “educação em saúde”, sendo esses selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram excluídos os artigos que não se adequassem à macrotemática do estudo, após a leitura minuciosa do periódico. Assim, foram obtidas publicações em periódicos nacionais e internacionais com experiências de vivências brasileiras sobre a temática, perfazendo um total de 15 artigos.

Os textos foram lidos na íntegra e examinados por meio da leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, tendo como premissas o tema explorado na revisão. Os dados encontrados foram dispostos em um quadro, compostos das seguintes variáveis: título; autores; estado; periódico; descritores; tipo de estudo; e tipos de tecnologias leves utilizadas.

RESULTADOS

Desde o aparecimento da covid-19, sobretudo após a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificar o surto da doença na categoria de uma pandemia, observou-se um grande número de estudos sobre a temática, afinal, entende-se que o assunto aflora de forma desafiadora e necessita da contribuição mútua das diversas áreas do conhecimento científico. Portanto, na expectativa de suprir a demanda de estratégia de enfrentamento da doença, os profissionais de saúde de todos os níveis de atenção buscam, de maneira rápida e efetiva, elaborar materiais técnico-científicos, além de compilarem experiências exitosas para divulgação ampla.

Acerca da APS no enfrentamento da pandemia e em busca de promover respostas à pergunta norteadora da pesquisa, uma caracterização geral dos estudos é apresentada no Quadro 1. Das pesquisas publicadas, 13 estudos (80%) estão em revistas científicas nacionais e dois estudos (20%) estão em revistas internacionais, ressaltando que ambos relatam apenas experiências de APS brasileira. Quanto às regiões do Brasil em que os estudos ocorreram, destacam-se: Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraíba, Brasília, Santa Catarina, Ceará, Bahia e Piauí.

Esses achados demonstram que os profissionais da saúde, em especial os que compõem a APS de quase todas as regiões brasileiras, estão envolvidos no enfrentamento da pandemia, baseados na produção e aprimoramento do cuidado em saúde, pois é de fundamental importância o exercício de práticas humanizadas em tempos de crise social e sanitária.

Quanto aos tipos metodológicos de estudo, destacam-se as pesquisas descritivas e de relatos de experiências.

Quadro 1 – Apresentação das publicações brasileiras acerca do uso de tecnologias leves na prevenção da covid-19 pela APS. Piauí, 2020.

TÍTULO	AUTORES	ESTADO	PERIÓDICO	DESCRITORES	TIPO DE ESTUDO	TIPO DE TECNOLÓGIA LEVE
Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à covid-19: análise dos planos estaduais de contingência do nordeste	Machado et al.	RN	Health and Society Port J	Atenção Primária à Saúde; Infecções por Coronavírus; Pandemias	Estudo documental	Educação em Saúde
Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de covid-19	Alves	MG	Rev Bras Med Fam Comunidade	Pandemia de covid-19; Atributos da Atenção Primária à Saúde	Relato de experiência	Educação em Saúde, acolhimento, vínculo com a comunidade
O papel da Atenção Primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19	Daumas et al.	RJ	Cad. saúde pública	Pandemia de covid-19; Atenção Primária à Saúde	Relato de experiência	Educação em Saúde
Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de covid-19	Cabral et al.	RN	InterAm J Med Health	Atenção Primária; Atenção Básica- SUS; covid-19; Sistema de Saúde	Relato de experiência	Educação em Saúde
A prática da Atenção Primária à Saúde no combate da covid-19	Barbosa; Fernandes; Silva	MG	APS em Revista	Covid-19; Pandemia; Atenção Primária à Saúde	Relato de experiência	Educação em Saúde, acolhimento, vínculo com a comunidade
Precisamos vencer o covid-19: refletindo o papel da Atenção Básica e Agentes Comunitários de Saúde	Cabral et al.	PB	Id on Line Rev Mult Psic	Agentes Comunitários de Saúde; Infecções por Coronavírus; Atenção Primária à Saúde; Pandemias	Relato de experiência	Educação em Saúde, acolhimento, vínculo com a comunidade

Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da covid-19	Fernandez; Fernandes; Alves	DF	APS em Revista	Atenção Primária; Atenção Básica- SUS; Covid-19; Sistema de Saúde; Cuidado Integral	Relato de experiência	Educação em Saúde
Enfrentando a covid-19: APS forte agora mais que nunca!	Nedel	SC	APS em Revista	Pandemia; Covid-19; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde Comunitária; Sistemas de Saúde	Relato de experiência	Educação em Saúde, acolhimento, vínculo com a comunidade
(RE) Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da covid-19: experiência de Sobral-CE	Ribeiro et al.	CE	APS em Revista	Covid-19; Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde	Relato de experiência	Educação em Saúde
Light technologies in the pandemic times: Health education as a device to fight the Coronavirus	Ceccon; Schneider	SC	Health Sci J	Coronavírus; Infections; Health Education; Biomedical Technology, Health Consortia	Estudo descritivo	Educação em Saúde, acolhimento, vínculo com a comunidade
Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de covid-19	Maciel et al.	BA	Ciênc Saúde Colet	Infecções por Coronavírus; Pandemia; Agentecomunitário de saúde; Atenção Primária à Saúde	Revisão bibliográfica	Educação em Saúde e vínculo
Manejo do cuidado e a educação em saúde na atenção básica na pandemia do Coronavírus	Dias; Ribeiro	MG	J NursHealth	Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Infecções por coronavírus; Vírusda SARS	Relato de experiência descritivo	Educação em Saúde e vínculo

Em tempos de pandemia pela covid-19: o desafio para a educação em saúde	Palácio; Takenami	BA	Visa em Debate	Covid-19; Pandemia; Educação em Saúde	Relato de experiência	Educação em Saúde
A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19	Giovanella et al.	RJ	Health Sci J	Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde; Continuidade; Ação comunitária	Artigo de opinião	Educação em Saúde, acolhimento, vínculo com comunidade
Atenção Primária à Saúde e covid-19: uma revisão integrativa	Sousa et al.	PI	Cadernos ESP Ceará	Pandemia; covid-19; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família	Revisão integrativa da literatura	Educação em Saúde

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa identificou que foram muitos os estudos científicos brasileiros que investigaram e reconheceram o uso das tecnologias leves na prevenção da covid-19 na APS. Nesse sentido, de acordo com um estudioso da área⁹, o aprimoramento da APS, neste momento de pandemia, coloca-se como uma alternativa bastante eficaz, em que uma atenção primária forte pode reduzir o número de internações desnecessárias, fazendo a detecção precoce dos casos, diminuindo o contágio com estratégias de Educação em Saúde, aliviando o sistema hospitalar e fomentando a disponibilidade de leitos para pacientes com covid-19.

Um outro pesquisador¹⁰ relata que esse reconhecimento da importância da APS nesse enfrentamento da pandemia se dá em virtude de suas especificidades, como o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento dos casos suspeitos e leves, estratégias fundamentais tanto para a contenção da pandemia quanto para o não agravamento das pessoas com covid-19, além de contribuir na construção de um cuidado humanizado.

Enfatiza-se que o cuidado em saúde em si ultrapassa a cartela de ofertas de ações e serviços de saúde, na perspectiva de que nos espaços assistenciais se lida com sujeitos, com suas vidas e suas perspectivas de cuidado produzidas singularmente e não se resumindo aos procedimentos, às rotinas e protocolos assistenciais. Nesse caso, o cuidado em saúde é indissociável à noção de integralidade, pois, associado ao acolhimento e ao vínculo, funciona como um dispositivo na construção das relações das práticas de saúde, na busca pela produção de uma intervenção resolutiva, com o uso das tecnologias leves em saúde pactuadas com a necessidade de cada usuário⁶.

Um dos autores que compõe os achados da pesquisa³ não restringe o significado de tecnologia ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas o amplia na perspectiva de saberes e desdobramentos materiais e não materiais na produção dos serviços de saúde. Afirma, ainda, que as tecnologias carregam a expressão das relações entre os homens e entre os objetos sob os quais trabalham, definindo assim o uso de tecnologia leve na produção do cuidado, pois ela é produzida na prática viva em ato, condensando em si as relações de interação e subjetividade,

possibilitando acolhimento, efetivação da Educação em Saúde, vínculo, responsabilização e autonomização.

Corroborando os autores aqui citados¹¹, relata-se que, em meio à pandemia, as tecnologias leves contribuíram na produção do cuidado a partir da compreensão do usuário quanto à sua singularidade; no estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; no mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuário, trabalhadores e gestores; no fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; e no aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde.

O uso das tecnologias leves deve constituir uma importante estratégia a ser priorizada na APS, principalmente neste cenário atual, pois esse nível de atenção dissemina as informações precisas sobre a covid-19, reforçando a importância do isolamento social e das medidas sanitárias de higienização, potencializando, assim, as intervenções que, porventura, forem adotadas pela equipe de saúde. Além do que, segundo o autor em questão¹², essa ferramenta de trabalho oportuniza ao usuário sanar suas dúvidas, em um contexto de excesso de informações, muitas vezes desconhecidas^{7,12}.

Em contrapartida, um dos autores⁵ descreve que é necessário utilizar o processo pedagógico do uso de tecnologias leves, na busca de encontrar respostas, através da singularidade de cada sujeito, elencando os caminhos para superar as dificuldades oriundas do confinamento. O fato de não seguir as orientações ofertadas pelas equipes de saúde pode estar relacionado à crise econômica para alguns; enquanto para outros, está relacionado ao tédio e à falta de liberdade, por exemplo. Ambos necessitam de práticas educacionais distintas e individualizadas, encontrando as linhas de fuga específicas para superar essas barreiras.

Um pesquisador¹³, em seu estudo, narra que outra possível justificativa para a dificuldade de implementação das orientações ofertadas à população seja a não aceitação dessa ruptura do tecido social e a imposição de uma nova forma de viver em sociedade, ainda que temporária, da qual não estávamos preparados. Um outro estudioso da temática¹⁴ reforça a importância de os gestores ofertarem capacitação para as equipes que compõem o nível primário de saúde, pois, dessa maneira, ocorre

o fortalecimento da APS e, por consequência, torna as equipes aptas a identificarem nos seus territórios de atuação as principais barreiras da comunidade para seguir as recomendações ofertadas, bem como mobilizar a rede de apoio necessário para superá-las.

Para que haja uma quebra nessas barreiras e que o uso das tecnologias leves funcione de forma efetiva e, conseqüentemente, ocorra a promoção e prevenção da saúde, pesquisadores¹⁵⁻¹⁶ relatam que é necessário fortalecer ainda mais o vínculo com as pessoas e entender sua situação inserida em um “território vivo”, através de sua configuração familiar e na comunidade em que vivem. Nesse sentido, educar requer o entendimento de que os indivíduos não são apenas objetos da história, mas sujeitos dela, e que devem desenvolver um pensar crítico e reflexivo. É fato que não se pode eliminar totalmente a gravidade da pandemia, mas, certamente, pode-se diminuir uma parcela significativa dos seus danos por meio da Educação em Saúde. Além disso, recomenda-se a busca pela educação plena do público em geral sobre a seriedade da covid-19 e do seu papel na prevenção da propagação da doença¹.

De acordo com o exposto até o momento, observa-se, por meio dos achados bibliográficos, que os autores mostram a necessidade, mais do que nunca, de apostar nas práticas pedagógicas e nas tecnologias leves como produtoras de sentidos e saúde, principalmente no contexto de pandemia. Alguns autores² relatam que essas práticas só são efetivas quando existem profissionais de saúde comprometidos com o SUS, com a defesa da vida e que valorizem ações de prevenção da doença, promoção de saúde e práticas de cuidado; gestores que apoiem e implementem políticas de Educação em Saúde; e população, na busca de autonomia nos cuidados individuais e coletivos.

Por fim, o presente estudo defende que o uso das tecnologias leves como processos de trabalho da APS não se trata apenas de atos de transmissão de conhecimento sobre a covid-19, mas de um processo ético, estético, político e pedagógico que requer o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e implementar ações inovadoras, como é o caso do isolamento social.

Estudos semelhantes¹⁷⁻¹⁸ descrevem que essa oferta de orientação busca emancipar o indivíduo como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si e da coletividade. Além disso, essas práticas se constituem como dispositivos para minimizar os

efeitos psicológicos e sociais que a crise humanitária tem imposto à população.

CONCLUSÃO

Inferese a importância indispensável do uso de tecnologias leves pelos profissionais da APS no enfrentamento da pandemia, ratificada por publicações que compactuam diversos pontos de reflexões sobre essa perspectiva. Os autores reconhecem a APS como o nível basilar dos sistemas de saúde, e esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto nas condições de saúde da população, com melhorias nos indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema e nos processos de cuidado, maior utilização de práticas preventivas e de Educação em Saúde, contribuindo para a redução das iniquidades sobre o acesso aos serviços.

Em contrapartida, é preciso, de forma rápida e lúcida, debruçar-se sobre os desafios postos à APS no que tange às demandas da covid-19. Para que essas práticas sejam efetivas, é necessária a garantia de investimentos e capacitação, reconhecendo a singularidade do trabalho executado por essas equipes, o tipo de densidade tecnológica que elas operam e quais recursos têm sido garantidos a esses serviços e profissionais para que atuem de forma técnica, científica, digna e humanitária.

É importante destacar que as limitações deste trabalho estão relacionadas à insuficiência de publicações sobre a temática proposta, em virtude de a pandemia ainda estar em curso e esses estudos ainda não terem sido divulgados. Contudo, compreende-se a singularidade deste cenário de crise sanitária e as dificuldades existentes para pesquisas mais robustas. Os achados bibliográficos em questão supriram as finalidades do levantamento de reflexões e propostas para o enfrentamento da pandemia num contexto de prevenção e promoção da saúde.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

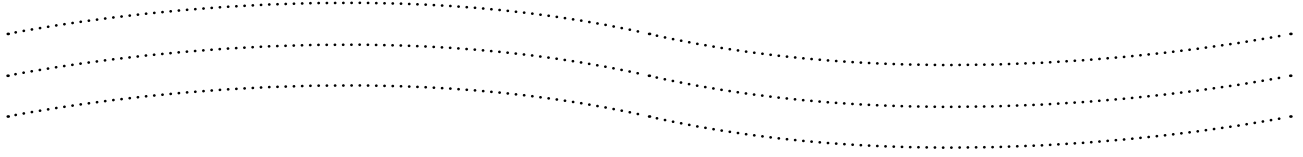
Thaís Fernanda Ribeiro de Moura contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e redação do manuscrito. **Francisca Maria Leite Silva** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Maria do Livramento Pereira dos Santos** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Natasha**

Teixeira Medeiros contribuiu com o delineamento da pesquisa, a revisão e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Infection Prevention and Control during Health Care When Novel Coronavirus (NCOV) Infection Is Suspected [Internet]. OMS; 2020 [cited 2020 Nov 04]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected20200125)
2. Ribeiro MA, Araújo Júnior DG, Cavalcante ASP, Martins AF, Sousa LA, Carvalho RC, et al. Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. APS em Revista [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 04];2(2):177-88. Available from: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125>
3. Ceccon RF, Schneider IJC. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia COVID-19. SciELO Public Health; 2020.
4. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Silva DE, Slomp Júnior H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.
5. Daumas RP, Azevedo e Silva G, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da Atenção Primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 04];36(6):e00104120. Available from: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-06-e00104120.pdf>
6. Cabral ERM, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, Machado LO, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. InterAm J Med Health 2020;3:e202003012.
7. Cabral SAA, Nascimento M, Fonseca F, Amaral M. Precisamos vencer o covid-19: refletindo o papel da atenção básica e agentes comunitários de saúde. Id on Line Rev MultPsic [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 01];14(51):40-50. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2551>
8. Vosgerau DSR, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. Rev Diálogo Educ [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 01];14(41):165-89. Available from: <https://periodicos.pucpr.br/dialogoeducacional/article/view/2317>
9. Sousa AJM, Torres AA, Araújo MM, Dias FIC, Montelo ES, Nogueira FJ. Atenção Primária à Saúde e COVID-19: uma revisão integrativa. Cadernos ESP Ceará [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 01];14(1):45-52. Available from: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/313>
10. Maciel FBM, Santos HLP, Carneiro RAS, Souza EA, Prado NMB, Teixeira CFS. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 05];25:4185-95. Available from: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/agente-comunitario-de-saude-reflexoes-sobre-o-processo-de-trabalho-em-saude-em-tempos-de-pandemia-de-covid19/17715?id=17715>
11. Dias EG, Ribeiro DRSV. Manejo do cuidado e a educação em saúde na atenção básica na pandemia do Coronavírus. J Nurs Health [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 01];10(n.esp.):e20104020. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19092/11689>
12. Machado MF, Quirino TRL, Taveira MGM, Souza CDF, Lima JR. Atenção Primária à saúde no enfrentamento à covid-19: análise dos planos estaduais de contingência do nordeste. Saúde Soc [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 01];5(1):1286-98. Available from: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/10405>
13. Nedel FB. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! APS em Revista [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 01];2(1):11-6. Available from: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/68>
14. Fernandez MV, Castro DM, Fernandes LMM, Alves IC. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. APS em Revista [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 01];2(2):114-21. Available from: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/84>
15. Palácio MAV, Takenami I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. Visa em Debate [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 01];8(2):10-15. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/5705/570567430003/html/>
16. Giovanella L, Martufi V, Mendoza CRD, Mendonça HM, Bousquat EMA, Pereira AGR, et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. SciELO Preprints [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 27]. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1286>
17. Alves MAG. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 27];5(42):2496-96. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2496](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2496)

18. Barbosa OS, Silva AVFG. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da COVID-19. APS em Revista [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 01];2(1):17-9. Available from: <https://apsemrevista.org/aps/article/vew/62>



AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DIETÉTICA DOS PACIENTES DE UM CENTRO DE TESTE E ACONSELHAMENTO SOROLÓGICO

ANTHROPOMETRIC AND DIETARY EVALUATION OF PATIENTS AT A SEROLOGICAL TEST AND COUNSELING CENTER
EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y DIETÉTICA DE LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE TESTE Y ASESORAMIENTO SEROLÓGICO

Antônio Carlos Ferreira Alves ¹

Jorge Luís Pereira Cavalcante ²

Como Citar:

Alves ACF, Cavalcante JLP. Avaliação antropométrica e dietética dos pacientes de um centro de teste e aconselhamento sorológico. *Sanare*. 2022;21(1):105-112.

Descritores:

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Dieta; Avaliação nutricional; Educação alimentar e nutricional.

Descriptors:

Acquired immunodeficiency syndrome; Diet; Nutritional assessment; Food and nutrition education.

Descriptores:

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Dieta; Evaluación nutricional; Educación alimentaria y nutricional.

Submetido:

26/05/2022

Aprovado:

27/05/2022

Autor(a) para Correspondência:

Antônio Carlos Ferreira Alves
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Maria Antusa Soares, S/N, Centro,
Pires Ferreira, Ceará, Brasil.
CEP: 62255-000
E-mail: ant.carlos2012@live.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar o perfil alimentar e nutricional dos pacientes soropositivos atendidos pelo Centro de Teste e Aconselhamento Sorológico de Sobral-CE. Tratou-se de uma pesquisa de campo, transversal e com abordagem quantitativa, em uma amostra de cem pacientes (n=100). Para coletar os dados dos participantes, utilizou-se um formulário de avaliação nutricional contendo informações socioeconômicas (sexo, idade, escolaridade e renda), antropometria nutricional (peso, altura, dobras cutâneas, circunferências e índice de massa corporal) e um recordatório alimentar de 24 horas. Os resultados foram expostos em tabelas e gráficos. Observou-se que os participantes estavam em uma faixa etária entre 31 e 40 anos, sendo a maioria do sexo masculino. O estado nutricional prevalente tendeu à obesidade, porém as circunferências mostraram eutrofia, mantendo-se reserva muscular sem alteração tecidual; foram observadas inadequações alimentares por meio de dieta hipocalórica, hiperproteica, hipolipídica e normoglicídica. Concluiu-se que intervenções como educação alimentar e nutricional devem ser parte integrante da política de atenção à saúde, sendo ideal iniciar as ações assim que o paciente for diagnosticado.

1. Nutricionista. Especialista em Nutrição Clínica e Esportiva com Ênfase em Fitoterápicos. E-mail: ant.carlos2012@live.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0164-8565>

2. Nutricionista. Especialista em Dietoterapia (UNIFOR). Especialista em Gerontologia (UNIARA). Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos (UFC). Doutorando em Nutrição (UNINI México). Docente do Curso de Bacharelado em Nutrição do Centro Universitário UNINTA, Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: jorgeluispcavalcante@uninta.edu.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9168-9517>

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the dietary and nutritional profile of seropositive patients treated at the testing and serological counseling center in Sobral/CE. It was a cross-sectional field research with a quantitative approach, in a sample of one hundred patients (n=100). To collect data from the participants, a nutritional assessment form was used, containing socioeconomic information (gender, age, education, and income), nutritional anthropometry (weight, height, skinfolds, circumferences, and body mass index) and a 24-hour food diary. Tables and graphs were used to display the results. We observed that the participants were in an age group between 31 and 40 years, being the majority male. The prevailing nutritional status tended towards obesity, but the circumferences showed eutrophy, with the muscle reserve maintained with no tissue alteration. However, dietary inadequacies were observed through a low-calorie, high-protein, low-fat and normoglycemic diet. We concluded that an intervention such as food and nutrition education should be an integral part of the health care policy, and it is ideal to initiate the actions as soon as the patient is diagnosed.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar el perfil alimentario y nutricional de los pacientes soro-positivos atendidos por el centro de teste y asesoramiento serológico de Sobral/CE. Se trató de una investigación de campo, transversal con enfoque cuantitativo, en una muestra de cien pacientes (n=100). Para recoger los datos de los participantes fue utilizado un formulario de evaluación nutricional compuesto por informaciones socioeconómicas (sexo, edad, escolaridad e ingreso), antropometría nutricional (peso, altura, pliegues cutáneos, circunferencias e índices de masa corporal) en un recordatorio alimentario de 24 horas. Los resultados fueron expuestos en tablas y gráficos. Se observó que los participantes estaban en un grupo de edad entre 31 y 40 años, siendo la mayoría del sexo masculino. El estado nutricional que prevalece tendió a la obesidad, sin embargo, las circunferencias presentaron eutrofia, manteniéndose reserva muscular sin alteración tisular. Todavía, fueron observadas inadecuaciones alimentarias por medio de dieta hipocalórica, hiperproteica, hipo lipídica y normoglicídica. Se concluye que intervención como educación alimentaria y nutricional debe ser parte integrante de la política de atención a la salud, siendo ideal que empiecen las acciones en el momento que el paciente es diagnosticado.

.....

INTRODUÇÃO

O surgimento, há mais de três décadas, do Vírus da Imunodeficiência Humana ou HIV (sigla originada do inglês: *Human Immunodeficiency Vírus*), atingindo todas as regiões do planeta Terra, teve os primeiros casos referidos em homossexuais masculinos, nos Estados Unidos. Já no Brasil, o primeiro caso foi identificado na cidade de São Paulo, no ano de 1980^{1,2}.

O HIV é um retrovírus que gera disfunção crônica e progressiva no organismo, devido às baixas dos níveis de linfócitos CD4. A infecção pelo HIV destrói progressivamente os linfócitos TCD4 e conduz à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou AIDS (do inglês: *Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Para que ocorra a multiplicação no organismo humano, o HIV utiliza especialmente esses linfócitos TCD4, os quais são responsáveis pelo comando da resposta específica ao antígeno-anticorpo^{3,4}.

A SIDA pode ser classificada em três estágios: infecção aguda (0 a 12 semanas); fase latente

ou assintomática (1 a 15 anos); e o estágio mais avançado. A AIDS é uma enfermidade caracterizada por agredir diretamente o sistema imunológico. O período entre a contaminação por HIV e o desenvolvimento da própria doença poderá levar anos e o indivíduo portador do vírus pode permanecer muitas vezes assintomático^{4,5}.

O HIV pode originar um progressivo aparecimento de desnutrição devido a uma ingestão alimentar diminuída, ao aumento das necessidades energéticas, à alteração da absorção e do metabolismo dos nutrientes e à interação da terapia com os nutrientes. A patologia leva ao enfraquecimento do sistema imunitário, aumentando o risco de aparecimento de infecções oportunistas e mortalidade naqueles afetados pela enfermidade em seu segundo ou terceiro estágio. Porém, atualmente, têm sido verificadas altas taxas de prevalência de excesso de peso e obesidade central entre os pacientes com HIV/AIDS. Assim, os estudos sobre o consumo alimentar de indivíduos com essa síndrome têm evidenciado modificações na finalidade do uso da nutrição, antigamente centrada na recuperação do baixo peso

e caquexia dos enfermos após uso de medicação, mas hoje também direcionada àqueles com sobrepeso e obesidade⁶.

A Terapia Antirretroviral de Alta Potência (do inglês: *Highly Active Antiretroviral Therapy* – HAART) é uma combinação de fármacos capazes de inibir etapas da replicação viral, possibilitando ao paciente com HIV um aumento na sobrevivência. No entanto, alguns efeitos colaterais como náuseas e redução do apetite ocorrem principalmente no início do tratamento, mas, em geral, são temporários e tendem a desaparecer em dias ou semanas. Logo, esses sintomas tenderiam a ter baixo consumo de energia e macronutrientes, influenciando o estado nutricional, como a redução do peso, em especial, da massa gordurosa, afetando as reservas lipídicas do organismo³.

Dentro desse contexto, surgiu a seguinte questão norteadora: Mudanças alimentares e nutricionais, presentes em pacientes com SIDA atendidos em ambulatórios e em centros de atendimento específicos para esses pacientes, pertencentes à Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), conduzem-lhes à desnutrição ou ao excesso de peso, como sobrepeso e obesidade? Portanto, no intuito de verificar o estado nutricional dos pacientes soropositivos atendidos pelo Centro de Teste e Aconselhamento Sorológico (CTA/COAS) do município de Sobral, Ceará, o objetivo deste estudo foi definir o perfil alimentar e nutricional centrado nos aspectos socioeconômicos, antropométricos e dietéticos dos pacientes soropositivos atendidos por esse Centro.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa tratou-se de um estudo de campo, quantitativo, descritivo e transversal realizado em pacientes soropositivos para HIV/AIDS, acompanhados durante o ano de 2017, em um Centro de Orientação e Apoio Sorológico de referência do município de Sobral, Ceará.

Os critérios de inclusão adotados foram: pacientes com idades entre 18 a 59 anos; confirmados com sorologia positiva para o HIV (assintomáticos ou não); que comparecessem periodicamente às consultas mensais; e fizessem uso de retrovirais há um ano, no mínimo. Os critérios de exclusão foram: pacientes gestantes; internados; falecidos; e sem condições físicas, cognitivas ou sem interesse em participar da pesquisa. O CTA/COAS tem cadastrados 1735 pacientes, sendo que 1541 estão ativos em uso

de medicação retroviral. Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão, 134 estavam aptos a participar do estudo. Considerando-se um erro amostral de 5%, a amostra participante deste estudo foi de 100 indivíduos.

A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2017, após explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a caracterização socioeconômica dos pacientes, as informações reunidas foram sexo, idade, escolaridade e renda. Os valores da antropometria nutricional aferidos foram peso, altura, dobra cutânea tricipital (DCT), dobra cutânea bicipital (DCB), dobra cutânea suprailíaca (DCSI), dobra cutânea subescapular (DCSE), e as circunferências do braço (CB), cintura (CC) e quadril (CQ). Os dados do peso e altura foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quételet.

Os resultados da CB e DCT serviram para avaliar a reserva do tecido muscular braquial através de adequação da circunferência do braço, circunferência muscular do braço (CMB) e área muscular do braço corrigida (AMBc), obtidas por meio de fórmulas específicas, e foram classificados conforme os critérios de Blackburn e Thornton⁷: CB (obesidade: >120%; sobrepeso: 120 a 110%; eutrofia: 110 a 90%; depleção discreta: 90 a 80%; depleção moderada: 80 a 60%; e depleção grave: <60%); CMB (depleção grave: <70%; depleção moderada: 70 a 80%; depleção leve: 80 a 90%; e eutrofia: >90%); e AMBc (eutrofia: >percentil 15; depleção leve/moderada: percentis 5 a 15; e depleção grave: <percentil 5).

O critério de classificação do IMC foi feito conforme denomina a Organização Mundial da Saúde⁸. Logo, o Índice de Quételet de cada paciente foi interpretado da seguinte forma: magreza grau III (IMC <16 kg/m²); magreza grau II (IMC entre 16 a 16,9 kg/m²); magreza grau I (IMC entre 17 a 18,4 kg/m²); eutrofia (IMC entre 18,5 a 24,9 kg/m²); sobrepeso (IMC entre 25 a 29,9 kg/m²); obesidade grau I (IMC entre 30 a 34,9 kg/m²); obesidade grau II (IMC entre 35 a 40 kg/m²); e obesidade grau III (IMC >40 kg/m²)⁸.

Os dados dietéticos foram obtidos por recordatório alimentar 24 horas (R24h), constando de uma entrevista do consumo alimentar do dia anterior, quantificando todos os alimentos e bebidas ingeridos, inclusive o preparo e medidas caseiras. Vale frisar que a escolha por esse instrumento foi devido ser de fácil aplicação, necessitando menor

habilidade de memorização do participante, pois este relata somente os alimentos consumidos do dia anterior para o atual; e por ser aplicado a indivíduos analfabetos⁹.

Os dados do R24h foram organizados em planilha eletrônica Microsoft Excel 2016, descritos por meio de estatística descritiva básica (média, mediana e porcentagem) e analisados conforme os valores contidos nas tabelas de composição de alimentos¹⁰⁻¹². Observou-se o consumo médio de energia e macronutrientes dos pacientes em uso de TARV de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral¹³: carboidratos (50 a 60% do Valor Energético Total – VET); proteínas (15 a 20% do VET); lipídeos (30 a 35% do VET); e energia (30 a 35 kcal).

A pesquisa somente foi executada após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINTA, através do CAAE n.º 74754717.9.0000.8133 e Parecer n.º 2.339.077/2017.

RESULTADOS

O perfil dos participantes do estudo (n=100) foi majoritariamente composto por indivíduos jovens, do sexo masculino e alfabetizados, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica dos pacientes (n=100) atendidos no Centro de Orientação e Apoio Sorológico de referência. Sobral, Ceará, 2017.

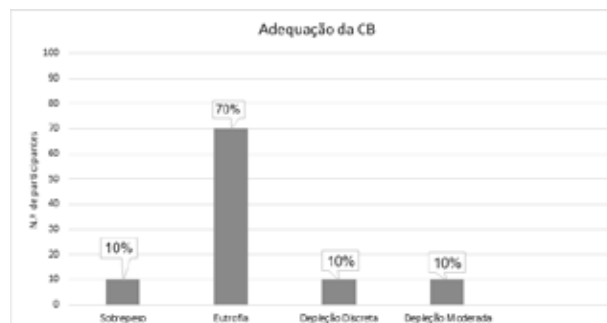
Características	N	%
Sexo		
Masculino	63	63
Feminino	37	37
Faixa etária (em anos)		
18 – 29	20	20
30 – 39	40	40
40 – 49	30	30
50 – 59	10	10
Escolaridade		
Analfabeto	20	20
Ensino fundamental, médio ou superior	80	80

Fonte: Elaboração própria.

A composição corporal de maior prevalência avaliada pelo IMC foi de sobrepeso (50%), seguida de eutrofia (40%) e obesidade grau I (10%). Não

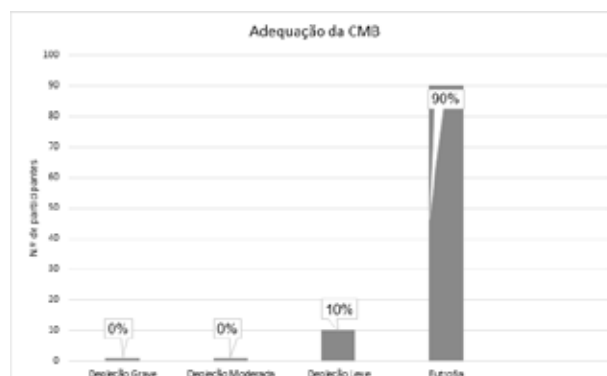
houve registro de obesidade graus II e III. Já os resultados das medidas da CB, da CMB e da AMB estão indicados nos Gráficos 1, 2 e 3.

Gráfico 1 – Caracterização da adequação da circunferência do braço (CB) dos pacientes (n=100) atendidos no Centro de Orientação e Apoio Sorológico de referência. Sobral, Ceará, 2017.



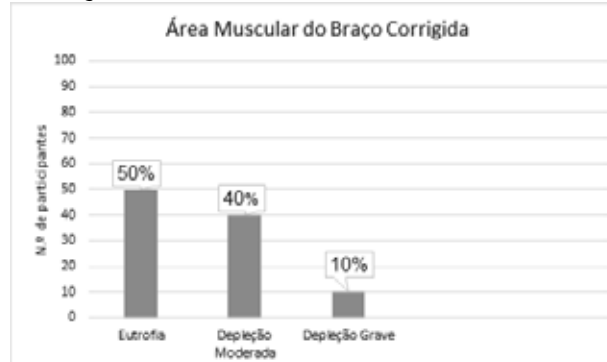
Fonte: Autoria própria.

Gráfico 2 – Caracterização da adequação da circunferência muscular do braço (CMB) dos pacientes (n=100) atendidos no Centro de Orientação e Apoio Sorológico de referência. Sobral, Ceará, 2017.



Fonte: Autoria própria.

Gráfico 3 – Caracterização da adequação da área muscular do braço corrigida (AMBc) dos pacientes (n=100) atendidos no Centro de Orientação e Apoio Sorológico de referência. Sobral, Ceará, 2017.



Fonte: Autoria própria.

A análise dos recordatórios 24 horas das amostras vislumbrou irregularidade na distribuição de macronutrientes, pois, percentualmente, encontram-se inadequados, em média, entre o consumido e o recomendando para os pacientes deste estudo (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise da composição média e mediana dos componentes majoritários da dieta dos pacientes (n=100) atendidos no Centro de Orientação e Apoio Sorológico de referência. Sobral, Ceará, 2017.

Componentes majoritários	Média (%)	Mediana (%)
Carboidrato	56,10	57,22
Proteína	21,14	22,69
Lípido	21,62	22,00
Energia	22,73	22,11

Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

A estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2017, mostra que a população cearense (cerca de 9 milhões de pessoas) é composta por 16.790 pacientes com AIDS^{15,16}. Um estudo realizado entre 2010 e 2012, na cidade de Belém-PA, mostrou que a média de idade dos pacientes soropositivos estaria na população dos 39 anos¹⁷. Outra investigação, executada em 2014, na cidade de Santa Maria-RS, apresentou diminuição proporcional dos casos entre adultos com menos de 29 anos de idade, contradizendo os dados encontrados¹⁸. Em outra pesquisa aplicada também em Belém-PA, houve maior incidência de pacientes com a doença na faixa etária de 20 a 40 anos, que pode ser justificada por compreender um período de maior atividade sexual associado a um maior descuido no modo de prevenção, como o uso de preservativos, levando a uma maior propagação da doença⁶.

O nível de escolaridade da população com HIV estudada por Kauffmann et al.⁶ mostrou-se baixo, o que se torna relevante, pois a compreensão sobre a enfermidade requer um nível satisfatório de escolaridade. Uma possível explicação é que populações com mais anos de estudo têm maior acesso à informação, métodos de prevenção e compreensão do impacto positivo do tratamento na evolução clínica da doença. Neste trabalho, a maioria dos participantes apresentou ensino fundamental, médio

e superior completos, ou seja, um maior número de pessoas com graus de escolaridades, possibilitando que as pessoas tenham mais acesso ao conhecimento do que de fato é o HIV e suas consequências. No entanto, o número de indivíduos infectados continuou a se fazer presente.

Quanto à composição corporal, a maior prevalência pelo IMC foi de sobrepeso. Silva² salienta que o sobrepeso e obesidade são os principais problemas de saúde nos indivíduos com HIV, revelando que a obesidade se tornou mais comum do que a desnutrição nesses pacientes devido a fatores como mudanças no padrão do estilo de vida, tabagismo e sedentarismo, que estão associados às doenças cardiovasculares e ao acúmulo de tecido adiposo na região abdominal, além da ausência da prática de atividade física, conectada também a esses fatores.

Lopes et al.¹⁹ demonstraram que o paradigma sobre o estado nutricional de sujeitos com HIV/AIDS difere daquele apresentado no início do contágio da doença. Segundo esses autores, no Brasil, em que são observadas baixas prevalências de desnutrição, há, em contrapartida, aumento na ordem de excesso de peso em grande parte da população. No entanto, Silva² comenta que o método IMC pode ser falho para identificar perda celular severa, devido ao aumento da água corporal, principalmente quando direcionado às mulheres, pois esse sobrepeso pode estar relacionado ao aparecimento de lipohipertrofia, quando há aparecimento de gordura nas regiões abdominal, mamas e dorso-cervical.

As medidas de adequação da CB, CMB e AMbc, nesta pesquisa, demonstram um resultado positivo, visto que a grande maioria está em estado de eutrofia. Essas circunferências corporais avaliam a reserva de tecido muscular dos indivíduos, as quais estão mais relacionadas às mudanças de tecido muscular, posteriormente seguidas de depleção da área muscular, que podem ter o aparecimento originado de uma possível presença de lipodistrofia²⁰. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada em Apucarana-PR, onde se avaliou o estado nutricional de soropositivos através da CB e suas adequações, classificando a maior parte dos indivíduos como eutróficos, havendo poucos casos de desnutrição ou deficiência de massa magra²¹. Resultado contrário foi encontrado por Simonelli e Silva²² que, ao analisar a adequação da circunferência do braço, o estado de magreza e depleção do tecido muscular de grau moderado, observaram predominância nos pacientes com HIV/AIDS.

As circunferências, quando realizadas isoladamente ou sendo aferidas em conjunto com outra medida antropométrica, são utilizadas para verificação e estabelecimento de padrão muscular, visto que verificam a distribuição da gordura corporal, constituindo um importante instrumento de diagnóstico do estado nutricional²⁰. A medida da circunferência do braço estima a reserva muscular e é um ótimo indicador de desnutrição; além disso, está correlacionada à reserva muscular total, apresentando alta especificidade, em que as chances de diagnóstico falso-positivo são pequenas^{23,24}.

A nutrição tem alcançado o reconhecimento mundial, pois enfatiza importâncias de uma alimentação saudável na promoção e recuperação da saúde, reduzindo, ao mesmo tempo, o risco de agravos e buscando a melhora no estado nutricional. É importante evidenciar que há ligações fundamentais entre a melhora nos resultados no combate ao HIV/AIDS quando se tem o estado nutricional e uma alimentação saudável adequada. Assim, o consumo balanceado de nutrientes mantém e potencializa o sistema imunológico, contribuindo para uma funcionalidade mais ativa dos níveis de TCD4 e da absorção intestinal, amenizando intercorrências e otimizando a resposta ao tratamento clínico¹⁹.

A relação entre o consumo, a partir dos dados constantes no recordatório de 24 horas aplicado, e as necessidades energéticas recomendadas para pacientes em uso de HAART e sintomático citadas, demonstrou que os pacientes estão se alimentando com calorias em quantidades inferiores (média 22,73 kcal/kg) ao que recomenda a literatura, justificando que muitos não sentem fome ou saem para o trabalho e não fazem mais que três refeições ou não possuem alimentação para seu consumo^{13,14}. Característica semelhante foi encontrada por Gomes e Lourival²¹, em que a alteração de apetite foi relatada por quase metade dos participantes. Isso pode ocorrer devido à própria infecção pelo HIV, assim como pelo uso de medicamentos antirretrovirais, pois a redução de apetite acaba sendo um sintoma mais frequente, salientando-se, portanto, a necessidade de cautela ao se diagnosticar o consumo alimentar baseado em informações prestadas pelo paciente. Apesar de não existir um método considerado “padrão-ouro” para quantificar o consumo alimentar com grande precisão, reconhece-se que o recordatório de 24 horas apresenta como limitação a falta de representação quanto à ingestão habitual, além de depender da memória do entrevistado²⁵.

O consumo de proteínas pelos indivíduos estudados encontra-se acima da recomendação^{13,14}. Esses dados estão presentes também em um estudo realizado por Dutra et al.²⁶, que demonstraram inadequação percentual do consumo desses macronutrientes, pois 100% dos homens e 87% das mulheres investigados apresentaram consumo excessivo de proteínas. Kauffmann et al.⁶ relatam que o consumo de proteínas pelos indivíduos estudados se encontrava acima do recomendado, principalmente para pacientes assintomáticos, fazendo-se necessário ter controle adequado em relação ao consumo excessivo de proteínas principalmente no caso de pacientes que já sofrem ou sofreram injúria renal e hepática.

As informações sobre os carboidratos mostraram, neste estudo, que os pacientes estão em consumo adequado, comparado ao recomendado (56,10% do VET^{13,14}), estando contrário ao estudo realizado por Simonelli e Silva²², em que o consumo médio de carboidratos estava abaixo da recomendação proposta. Por outro lado, o consumo para lipídeos encontra-se semelhante ao do trabalho anterior, pois, assim como neste estudo, a ingesta foi de 21% do VET nas amostras, estando abaixo da recomendação citada^{13,14}.

As quantidades semelhantes de macronutrientes encontradas na pesquisa realizada por Dutra et al.²⁶ revelaram que a adequação de carboidratos e lipídeos está inferior à média preconizada para pacientes soropositivos em uso de HAART. As consequências atribuídas a esse baixo consumo incluem fadiga, cansaço e tonturas, as quais podem ser mais pertinentes quando há uso de retrovirais, além de que a baixa ingesta lipídica é prejudicial ao organismo, pois esses nutrientes são fontes de energia e agregam vitaminas lipossolúveis que são essenciais ao sistema celular e imunológico^{24,25}.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa mostraram estado de eutrofia no perfil nutricional dos pacientes com HIV/AIDS acompanhados no CTA/COAS do município de Sobral, Ceará, em 2017. A antropometria expôs tecido muscular sem alteração nesses pacientes, evidenciado quando aplicadas técnicas não invasivas, o que estabeleceu um padrão no diagnóstico nutricional.

A avaliação dietética demonstrou inadequação na ingestão alimentar energética e lipídica, ambas se encontrando abaixo do preconizado, diferentemente

da proteica e glicídica, que estava dentro da recomendação, mesmo com alguns participantes relatando não fazer todas as refeições. Assim, pensa-se que essas informações poderão auxiliar as políticas públicas municipais de educação em saúde, terapêuticas e as específicas para aqueles com HIV/AIDS, associadas a outras informações, como os aspectos físicos, bioquímicos, ambientais, culturais e transcendentais desses sujeitos, além de normalizar e reforçar mais estudos antropométricos, dietéticos e socioeconômicos dentro dessa temática.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Antônio Carlos Ferreira Alves colaborou na execução da pesquisa e na elaboração, correção e finalização do manuscrito. **Jorge Luís Pereira Cavalcante** colaborou na orientação da execução da pesquisa e na elaboração, correção, finalização e postagem do manuscrito na plataforma da revista.

REFERÊNCIAS

1. Sousa AM, Lyra A, Araújo CCF, Pontes JL, Freire RC, Pontes TL. A política de Aids no Brasil: uma revisão de literatura. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 16];3(1):62-6. Available from: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/download/119/120>
2. Silva AMTM. VIH e nutrição: o combate à doença através da intervenção nutricional [monografia]. Porto (PT): Universidade Fernando Pessoa; 2013.
3. Maria RGM. Alterações lipídicas em pacientes HIV/AIDS em uso de terapia antirretroviral [monografia]. Canoas (RS): Centro Universitário La Salle; 2013.
4. Simão WS. Prevalência do HIV em Homens e Mulheres Diagnosticados em um laboratório de análises clínicas no período de 2010 a 2014 na cidade de Tubarão, SC [monografia]. Criciúma (SC): Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2015.
5. Savi LGGFS. Importância da intervenção nutricional em pacientes com síndrome consumptiva proveniente da síndrome da imunodeficiência adquirida [monografia]. Brasília (DF): Centro Universitário de Brasília; 2013.
6. Kauffmann LKO, Miranda RNA, Guterres AS, Pinto AF. Perfil nutricional e alimentar de portador de HIV-1/AIDS internados em um hospital universitário. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 28];10(2):82-8. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/24036/15596>
7. Blackburn GL, Thornton PA. Nutritional assessment of the hospitalized patient. *Med Clin North Am* [Internet]. 1979 [cited 2017 Dec 28];63(5):1103-15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/116095/>
8. World Health Organization. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Geneva: OMS; 1995.
9. Pierri, LA, Zago JN, Mendes RCD. Eficácia dos Inquéritos Alimentares na Avaliação do Consumo Alimentar. R Bras Ci Saúde [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 23];19(2):91-100. Available from: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/19679/15056>
10. Philippi ST. Tabela de composição de alimentos - suporte para decisão nutricional. São Paulo: Manole; 2016.
11. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação. Tabela brasileira de composição de alimentos. Campinas: NEPA- UNICAMP; 2011.
12. Pinheiro ABV. Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. São Paulo: Atheneu; 2004.
13. Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral. Terapia Nutricional na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Projeto Diretrizes [Internet]. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2011 [cited 2017 Dec 18]. Available from: <https://pt.scribd.com/document/134444624/Terapia-Nutricional-Na-Sindrome-Da-Imunodeficiencia-Adquirida-Hiv-Aids>
14. Paula EP, Neres S, Santini E, Reis Filho AD. Considerações nutricionais para adultos com HIV/AIDS. Rev Matogrossense Enferm [Internet]. 2010 [cited 2017 Dec 18];1(2):148-65. Available from: http://www.nutricaoemfoco.com.br/NetManager/documentos/consideracoes_nutricionais.pdf
15. Sena JM. Ceará atinge marca de nove milhões de habitantes em 2017 [Internet]. Jornal O Povo Online; 2017 [cited 2017 Dec 20]. Available from: <https://www.opovo.com.br/jornal/cotidiano/2017/08/ceara-atinge-marca-de-nove-milhoes-de-habitantes-em-2017-diz-ibge.html>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV/AIDS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Aug 9]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>
17. Silva IRP, Dias RM, Dutra CDT, Mendes ANL,

Libonati RMF. Dislipidemia e estado nutricional em pacientes HIV positivo com Síndrome Lipodistrófica. Rev Epidemiol Control Infect [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 3];4(3):200-7. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4878/3905>

18. Kuinchtner GC. Acolhimento multiprofissional e qualidade de vida em sujeitos HIV/AIDS em tratamento antirretroviral [monografia]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2015.

19. Lopes GA, Zardini SAG, Moraes CMIVA, Francisca FS. Estado Nutricional e Desfechos Clínicos em Pacientes Hiv/Aids Internados em Hospital de Doenças Infectocontagiosas. Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago-RESAP [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 8]; 4(1):36-45. Available from: http://www.resap.net.br/attachments/article/59/005_resap_v4_n1_2018.pdf

20. Mussoi TD. Avaliação Nutricional na prática clínica: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

21. Gomes TB, Lourival NB. Perfil nutricional de pacientes HIV positivo do município de Apucarana. Saúde e Pesq [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 27];9(1):83-92. Available from: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/4614/2752>

22. Simonelli GC, Silva CR. Avaliação Nutricional de pacientes vivendo com HIV/AIDS. Rev Bras Nutr Clin [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 20];29(2):159-65. Available from: <http://www.braspen.com.br/wp-content/uploads/2016/12/12-Avaliacao-nutricional-de-pacientes-vivendo.pdf>

23. Barbosa RMR, Fornés NS. Avaliação nutricional em pacientes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida. Rev Nutr [Internet]. 2003 [cited 2019 Apr 4];16(4):461-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n4/a09v16n4.pdf>

24. Lima RP, Miranda RNA, Guterrez AS. Impacto do estado nutricional na adesão à dietoterapia em pessoas com HIV. Rev Paraense Med [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 3]; 29(3):37-44. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2015/v29n3/a5561.pdf>

25. Silva EFR, Lewi DS, Vedovato GM, Garcia VRS, Tenore SB, Bassichetto KC. Estado nutricional, clínico e padrão alimentar de pessoas vivendo com HIV/Aids em assistência ambulatorial no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2010 [cited 2019 Apr 5];13(4):677-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/12.pdf>

26. Dutra CDT, Salla LCN, Marquês MCM, Libonati RMF. Avaliação do consumo alimentar em pacientes HIV positivos com lipodistrofia. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 27];4(2):59-65. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/9483/7261>



SAÚDE DO TRABALHADOR: EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE PRIMEIROS SOCORROS COM PROFISSIONAIS DA LIMPEZA PÚBLICA

WORKER'S HEALTH: HEALTH EDUCATION ON FIRST AID WITH PUBLIC CLEANING PROFESSIONALS
SALUD DEL TRABAJADOR: EDUCACIÓN EN SALUD ACERCA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS CON PROFESIONALES DE LA LIMPIEZA PÚBLICA

Andreliny Bezerra Silva ¹

Giliarde Andrade Silva ²

Karina Ellen Alves de Albuquerque ³

Kelly Suianne de Oliveira Lima ⁴

Marina da Silva dos Santos ⁵

Samyra Paula Lustoza Xavier ⁶

Como Citar:

Silva AB, Silva GA, Albuquerque KEA, Lima KSO, Santos MS, Xavier SPL. Saúde do trabalhador: educação em saúde sobre primeiros socorros com profissionais da limpeza pública. *Sanare (Sobral, Online)*. 2022; 21(1): 113-118.

Descritores:

Primeiros Socorros; Saúde do Trabalhador; Saúde Pública; Catadores.

Descriptors:

First Aid; Worker's health; Public health; Collectors.

Descriptores:

Primeros auxilios; Salud del Trabajador; Salud Pública; Recolectores.

Submetido:

05/05/2020

Aprovado:

03/05/2022

Autor(a) para Correspondência:

Andreliny Bezerra Silva
Avenida Lima Diniz, nº16, bairro Nova Acopiara, Acopiara-Ceará.
E-mail: andrelynysilva@hotmail.com

RESUMO

Objetivou-se relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de Enfermagem em uma ação de educação em saúde sobre primeiros socorros para profissionais de limpeza pública. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em uma cidade do centro-sul cearense, com 40 profissionais de limpeza pública urbana. A ação se deu em duas partes: inicialmente, houve a apresentação dos riscos ocupacionais, apontando-se os perigos e as condutas necessárias em caso de acidentes; em seguida, houve uma discussão acerca de experiências prévias do público diante dessas situações. Os participantes relataram que utilizam os equipamentos de proteção individual e estão frequentemente expostos à intoxicação por gases e alimentos estragados. Na perspectiva discente, a ação foi proveitosa na medida em que possibilitou a compreensão acerca das diversas perspectivas de intervenções em Enfermagem, no âmbito da saúde do trabalhador. Por fim, foi possível promover a integração entre participantes e facilitadores, esclarecendo as dúvidas apresentadas, colaborando para a redução de acidentes e risco de dano/morte, por meio do compartilhamento de informações.

1. Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri. Pós Graduada em Saúde Pública pela Faculdade Dom Alberto. E-mail: andrelynysilva@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8463-7786>

2. Enfermeiro pela Universidade Regional do Cariri. Pós-graduando em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental pela Faculdade Dom Alberto. E-mail: giliarde07@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9217-9682>

3. Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri. Pós Graduada em Saúde Pública pela Faculdade Dom Alberto. E-mail: karinaellen2@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5317-5600>

4. Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri. Pós Graduada em Saúde Pública pela Faculdade Dom Alberto. Atua na Atenção Primária à Saúde no município de Acopiara-CE. E-mail: kellysuianne1@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4624-1566>

5. Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri. Pós Graduada em Saúde Pública pela Faculdade Dom Alberto. E-mail: marina20162017@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7234-8933>

6. Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínico em Enfermagem e Saúde. Mestre em Enfermagem. Especialista em Emergência e Cuidado Intensivos. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA. E-mail: samyralustoza@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5295-7627>

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 report the experience of nursing students in a health education action on first aid for public cleaning professionals. This is a descriptive study, of the experience report type, carried out in a city in the south center of Ceará, with 40 urban public cleaning professionals. The action was carried out in two steps: initially, there was a presentation of the occupational risks, pointing out the dangers and the necessary conducts in case of accidents; then, there was a discussion about the public's previous experiences with these situations. The participants reported they use personal protective equipment and are often exposed to gas poisoning and spoiled food. From the student's perspective, the action was fruitful insofar as it enabled the understanding of different perspectives of interventions in Nursing, within the workers' health scope. Finally, it was possible to promote integration between participants and facilitators, clarifying the doubts presented, contributing to reduce accidents and the risk of damage/death, by sharing information.

RESUMEN

Se objetivó relatar la experiencia vivida por académicos de Enfermería en una acción de educación en salud sobre primeros auxilios para profesionales de limpieza pública. Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, realizado en una ciudad del centro sur cearense, con 40 profesionales de limpieza pública urbana. La acción se dio en dos partes: inicialmente, hubo la presentación de los riesgos ocupacionales, apuntándose los peligros y las conductas necesarias en caso de accidentes; enseguida, hubo una discusión acerca de experiencias previas del público frente a esas situaciones. Los participantes relataron que utilizan los equipamientos de protección individual y están frecuentemente expuestos a la intoxicación por gases y alimentos dañados. En la perspectiva discente, la acción fue provechosa en la medida la cual posibilitó la comprensión acerca de las diversas perspectivas de intervenciones en Enfermería, en el ámbito de la salud del trabajador. Por fin, fue posible promover la integración entre participantes y facilitadores aclarando las dudas presentadas, colaborando para la reducción de accidentes y riesgos de daño/muerte, a través del intercambio de informaciones.

INTRODUÇÃO

Os profissionais da limpeza pública responsáveis pela coleta de lixo estão expostos a inúmeros riscos ocupacionais. O exercício laboral deles enquadra-se como atividade insalubre em grau máximo, devido ao contato direto com agentes biológicos presentes nos lixos recolhidos, conforme consta na Norma Regulamentadora n.º 15, anexo 14¹.

Devido à realização de seu trabalho, os coletores de lixo estão expostos a vários riscos ocupacionais, dentre eles, à constante radiação solar, que, ao ocasionar o aumento da temperatura corporal, pode agravar ou causar o aparecimento de doenças renais, cardíacas e respiratórias; o constante contato com a umidade ou clima seco, trânsito existente no horário de trabalho, mordedura de animais soltos nas ruas, variações de temperatura, entre outros tipos de agentes agressores, que podem interferir na saúde e bem-estar do trabalhador².

Durante a execução da limpeza das ruas, os profissionais são expostos também ao ruído provocado pelo barulho dos carros, à falta ou baixa segurança decorrente da não utilização dos equipamentos de proteção individual (EPIs), já que frequentemente

não são usados ou são usados de forma incorreta, ampliando a exposição aos riscos ocupacionais, classificados como físicos, ergonômicos, químicos, sociais e biológicos².

Mediante os riscos aos quais os profissionais da limpeza pública estão expostos, e cientes de que a falta de conhecimento da população em geral, em situações emergenciais, pode ocasionar inúmeros problemas de saúde³, a educação em saúde tem significado relevante para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar as suas vidas⁴.

Tendo em vista a vulnerabilidade desse público, tornou-se pertinente trabalhar a temática, a fim de promover maior segurança e respaldo acerca de medidas preventivas, bem como autonomia para prestar os primeiros cuidados em caso de acidentes. Dessa maneira, tal atividade atua como ferramenta relevante no que diz respeito à minimização e controle de agravos à saúde do trabalhador.

Assim, o objetivo do estudo foi relatar a experiência de uma ação de educação em saúde sobre primeiros socorros, destinada aos profissionais de limpeza pública.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado com 40 profissionais de limpeza pública urbana atuantes em um município localizado na região centro-sul do estado do Ceará.

A ação foi desenvolvida por sete discentes que estão cursando o 8º semestre da graduação em Enfermagem, da Universidade Regional do Cariri, *campus* Avançado do Iguatu, também localizada na região centro-sul do estado do Ceará. A atividade educativa estava prevista na ementa da disciplina “Enfermagem no Processo de Cuidar na Saúde do Trabalhador” e é uma estratégia para integrar teoria e prática, com base em intervenção comunitária, conforme propostas elencadas no processo de curricularização da extensão.

Inicialmente, solicitou-se que a equipe identificasse uma atividade laboral que oferecesse risco ao trabalhador e, a partir daí, planejasse uma ação educativa, baseada em um tema de proposta interventiva previamente determinado – neste caso, primeiros socorros. Assim, a equipe decidiu destinar a ação a uma classe comumente desassistida pela sociedade, os trabalhadores da limpeza urbana, ou garis.

Durante a fase de planejamento, o grupo realizou três reuniões para a divisão dos trabalhos, definição dos papéis e elaboração do material. A primeira ocorreu no dia 31 de outubro de 2019 e teve como objetivo definir o público-alvo e quais estratégias seriam utilizadas para o desenvolvimento do trabalho. Nesse mesmo dia, realizou-se contato com o coordenador do setor, definindo a data e horário para a visita, o que foi posteriormente respaldado via ofício.

A segunda reunião ocorreu no dia 07 de novembro de 2019, nesta, foram definidos os temas a serem abordados com os trabalhadores, dentre os quais alguns foram sugeridos pelo coordenador do serviço de limpeza pública. No dia 08 de novembro de 2019, foi realizada a última reunião, na qual se construiu o banner a ser apresentado, o qual foi pensado de modo que pudesse ser alocado na sede da empresa, onde os trabalhadores poderiam consultá-lo sempre que tivessem dúvidas.

Para a construção do banner, utilizou-se um computador portátil e o programa *Microsoft Power Point for Windows*, versão 2016. O material criado explanou os conteúdos: Sangramentos (nasais, cortes simples e hemorrágicos), Intoxicação (oral e

tópica), Insolação, Exaustão e Câibras provocadas pelo calor. Estes foram selecionados por meio de pesquisas virtuais sobre o tema, analisando-se artigos e protocolos que já trabalharam previamente o assunto.

Tendo em vista o delineamento deste artigo, que se refere a um relato de experiência, o presente estudo não carece de aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, no entanto, foram garantidos todos os princípios éticos e legais das pesquisas em saúde, conforme expresso na Resolução n.º 466/12⁵ do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A ação aconteceu na sede da empresa que é gestora das atividades relacionadas à limpeza pública municipal, em 12 de novembro de 2019, e contou com a presença de aproximadamente 40 trabalhadores, dentre eles, o coordenador do serviço. A atividade teve duração de 30 minutos, conforme solicitado pelo coordenador da equipe de limpeza pública, ocorrendo logo cedo, pela manhã, antes de os funcionários entrarem no serviço.

A escolha dos profissionais da limpeza urbana, ou garis, como são popularmente conhecidos, deu-se em função do reconhecimento dos diversos riscos que enfrentam ao longo do expediente: podem ser atropelados por outros veículos nas ruas, feridos por plástico, metal ou vidro e/ou qualquer material perfurocortante, além da possibilidade de contaminação com substâncias orgânicas e/ou material biológico. É sabido ainda que a exposição frequente a altas temperaturas e mudanças climáticas repentinas podem ocasionar situações emergenciais⁶.

Destaca-se ainda que esses trabalhadores são tratados pela sociedade como inferiores, indignos e “contaminados”, contribuindo para a baixa autoestima pessoal e profissional. Além de lidar com esse estigma social, essa classe trabalhista, apesar dos incontáveis riscos aos quais está exposta diariamente e da própria insalubridade do trabalho, não recebe salários dignos ou sequer equivalentes a outros trabalhadores do setor terciário⁷.

Quanto à realização da ação, ela se deu em dois momentos: inicialmente, foram apresentados os riscos ocupacionais aos quais os profissionais estão expostos, discutindo-se, ao longo da explanação, a importância do uso dos EPIs como principal meio de prevenção contra acidentes, e relacionando-os aos socorros que devem ser prestados, numa situação em

que o ato, neste caso, o acidente, concretizou-se.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos participantes, todos eram do sexo masculino, com idades que variavam entre 20 e 50 anos; em sua maioria, negros; com baixo nível de escolaridade e/ou analfabetos. Com relação à renda mensal, 51,6% dos trabalhadores possui renda familiar mensal de um salário mínimo.

Esse perfil encontrado coaduna com outras realidades, visto que, conforme especificado em uma pesquisa, metade da população estudada tinha renda mensal familiar de 1 salário mínimo⁷. Em outro estudo⁸ realizado com esse mesmo público, a renda familiar da maioria dos entrevistados foi de até R\$ 1.200, sendo essa um pouco mais elevada do que a encontrada neste trabalho, todavia, 67,5% do público desse estudo recebem entre R\$ 560,00 e R\$ 900,00, menos de um salário mínimo. A partir disso, pode-se observar que não existem grandes variações salariais para esses profissionais, nem adicionais quanto à insalubridade da atividade.

É importante relatar que, mediante solicitação do coordenador, durante a ação foram destacados aspectos sobre intoxicação oral e tópica, com ênfase na importância de não comer alimentos com prazo de validade vencido, pois podem ser um foco de proliferação de bactérias, promovendo sérios danos à saúde, sendo sensibilizados acerca dos malefícios desse hábito, que variam desde infecções gastrointestinais até casos de botulismo e salmonela. Esse requisito, em especial, aconteceu por conta da recorrência de casos de intoxicação por parte de alguns dos trabalhadores, que acabam consumindo e levando para seus familiares alguns alimentos encontrados “em bom estado”, seja por necessidade ou por encarar como desperdício.

Durante a coleta de lixo, é comum acontecer acidente com perfurocortantes, expondo-os aos microrganismos contaminantes; dessa forma, é importante conscientizar os cidadãos para o descarte correto desses instrumentos (preferencialmente lacrados em uma caixa), para prevenir o transtorno físico e psicológico causado aos coletores de lixo, em decorrência desse tipo de acidente. Também são encontrados nos lixos carcaças de animais e outros tipos de materiais biológicos potencialmente perigosos, capazes de transpor as barreiras impostas pelos equipamentos de segurança individual, como os transmitidos por aerossóis⁶.

No decorrer da conversa, alguns relataram que colegas já haviam sofrido acidentes com agulhas e

fizeram uso do coquetel de profilaxia contra o vírus da imunodeficiência humana (VIH); afirmaram ainda que, apesar de necessário, o coquetel é bastante desagradável e tem alguns efeitos colaterais como dores estomacais.

É imprescindível que esses profissionais sejam capacitados tanto para a realização dos seus serviços quanto para a prevenção contra os riscos de acidentes aos quais estão expostos, requerendo informações sobre manejo de resíduos sólidos e sobre território a ser coberto.

Em relação ao uso de EPIs pelos trabalhadores, todos afirmaram utilizar os materiais básicos de proteção individual fornecidos pelo empregador, de acordo com o regimento da NR-6. Os funcionários são responsáveis pelo uso, guarda e conservação dos equipamentos de proteção, mas, para isso, faz-se necessário treinamento para que eles estejam aptos a realizar suas atividades com segurança e sejam capazes de manter o bom estado dos seus EPIs.

Um estudo⁹ com uma amostra de 385 pessoas leigas, com média de idade de 35,4 anos, apontou que 65,9% dos participantes nunca haviam realizado treinamento em primeiros socorros, contra 34%. Destes, apenas 13% se sentem preparados para prestar algum tipo de assistência. Um potencial reflexo da sociedade brasileira, em especial, no público ao qual a ação educativa se dirigiu, visto que estes também afirmaram que não tiveram nenhum tipo de preparo para primeiros socorros e o que sabiam foi aprendido na prática ou através de conhecimentos empíricos prévios.

É imprescindível, ao socorrer um indivíduo, que se mantenha a calma, agitação e gritos só tornam a situação mais estressante e problemática para o paciente e socorristas; antes de qualquer coisa, deve-se assegurar que o local é seguro, evitando assim maiores riscos. É essencial que se acione o serviço médico de emergência ou que se direcionem ao ambulatório mais próximo para descartar possíveis complicações. A omissão de socorro e a falta de atendimento de primeiros socorros eficiente são os principais motivos de mortes e danos irreversíveis^{10,11}.

No geral, a ação foi bastante positiva e com um público atencioso e receptivo para as informações ali explanadas. Foi possível para nós, como estudantes de enfermagem, irmos além da sala de aula e termos contato com a realidade à qual esses trabalhadores estão expostos diariamente, através de seus discursos. A ação contribuiu para

ampliar o conhecimento dos trabalhadores acerca das ações de primeiros socorros e, especialmente, da necessidade de um atendimento imediato, já que eles afirmaram que comumente espera-se até toda a rota ser concluída, antes de ser prestado algum tipo de auxílio, a não ser que o acidente ou mal-estar seja algo urgente, que ocasione incapacidade.

É essencial que esses servidores sejam continuamente assistidos pela assistência de saúde para a manutenção de um bom estado geral de saúde física e psicológica, já que eles são “linha de frente” para a preservação do saneamento básico na cidade (cuidando de espaços e ambiente públicos).

Ainda que, de modo geral, a ação tenha tido uma avaliação positiva pela interação e pelos aspectos abordados, ocorreram algumas limitações, como o curto intervalo de tempo disponibilizado, o que sinaliza a necessidade de que outras ações como essa aconteçam para fortalecer o conteúdo aprendido, bem como para capacitá-los sobre outros temas e aspectos que envolvem sua saúde.

CONCLUSÃO

Ação educativa proporcionou o compartilhamento de saberes sobre riscos ocupacionais e ações de primeiros socorros, o que, por sua vez, pode contribuir na prevenção de agravos em caso de ocorrência dessas adversidades.

Os trabalhadores, apesar de tímidos, demonstraram-se interessados em aprender sobre o tema proposto, buscando os acadêmicos para esclarecer suas dúvidas; assim, conforme percebido pelos discentes, são necessárias melhorias para que os garis desempenhem suas atividades de maneira segura, tanto no treinamento a respeito da conduta correta em casos de acidentes quanto no uso e conservação dos EPIs. A atividade educativa proporcionou as condições para a segurança desses profissionais, que estão minimamente respaldados e preparados para agir diante de condições adversas e acidentes de trabalho.

Na perspectiva discente, a ação foi proveitosa para os estudantes, posto que, a partir dela, possibilitou-se perceber as diversas nuances vivenciadas pelos trabalhadores. Além disso, apesar do parecer otimista diante das respostas geradas, a atividade também despertou a noção de que muito mais ainda precisa ser feito, seja pela empresa à qual estão empregados, seja pela comunidade ou o Município.

O presente estudo permitirá uma maior compreensão acerca das situações às quais esses trabalhadores estão sujeitos, contribuindo para a sensibilização de gestores e da população para uma busca por melhores condições de trabalho para os funcionários da limpeza urbana, auxiliando também na mudança da visão que se tem a respeito dessas pessoas e na aplicação de esforços para evitar situações de emergência ou para que eles próprios saibam como lidar com essas situações.

CONTRIBUIÇÕES

Andreliny Bezerra Silva contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e redação do manuscrito. **Giliarde Andrade Silva** contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e redação do manuscrito. **Karina Ellen Alves de Albuquerque** contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa, redação e revisão do manuscrito. **Kelly Suianne de Oliveira Lima** contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e redação do manuscrito. **Marina da Silva dos Santos** contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e redação do manuscrito. **Samyra Paula Lustoza Xavier** contribuiu com o delineamento, redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. N° 15 – Atividades e Operações Insalubres. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego [Internet]; 1978 [cited 2019 Nov 03]. Available from: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-15-nr-15>
2. Silveira EAAD, Robazzi MLCC, Luis MAV. Varredores de rua: acidentes de trabalho ocorridos na cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 1998 [cited 2019 Nov 02];6(1):71-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000100010&script=sci_abstract&tlng=pt
3. Nardino J, Badke MR, Bisogno SBC, Guth EJ. Atividades educativas em primeiros socorros. Rev Contexto & Saúde [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 02];12(23):88-92. Available from: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/949>
4. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na

atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface [Internet]. 2009 [cited Nov 03];13(30):121-34. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4VQ0trdJVX4Nxrht6TcSZzG/?lang=pt>

5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 30]. Available from: <https://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

6. Passos KFS, Santana VH, Santos EC, dos Santos FOR. Desafios para a saúde e segurança do trabalho dos garis: uma Discussão sobre o uso dos epi's pelos trabalhadores Responsáveis pela coleta dos resíduos sólidos urbanos In: 1º Congresso Sul-Americano de Resíduos Sólidos e Sustentabilidade. IBEAS - Instituto Brasileiro de Estudos Ambientais [Internet]; 2018 [cited 2022 Apr 25]. Available from: <http://www.ibeas.org.br/conresol/conresol2018/IV-053.pdf>

7. Foli MVP, Oliveira MO, Gottardo MP, Hanges VC. Perfil nutricional de garis do município de Cariacica, ES. Rev Carioca de Educação Física [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 25];10. Available from: <https://revistacarioca.com.br/revistacarioca/article/view/26>

8. Motta GMV, Oliveira Borges L. As condições de trabalho dos garis de varrição de ruas. Arq Bras Psicol [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 25];3(68):75-91. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229053337007.pdf>

9. Pergola AM, Araujo IEM. O leigo em situação de emergência. Rev esc enferm USP [Internet]. 2008 [cited 2019 Nov 02];42(4):769-76. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000400021&script=sci_abstract&tlng=pt

10. Lazzari MA, Reis CB. Os coletores de lixo urbano no município de Dourados (MS) e sua percepção sobre os riscos biológicos em seu processo de trabalho. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 04];16(8):3437-42. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000900011&script=sci_abstract&tlng=pt

11. Cardoso TAO. Manual de primeiros socorros. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz [Internet]; 2003 [cited 2019 Nov 04]. Available from: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirosocorros.pdf>



MULTIPROFISSIONALIDADE EM UMA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ALIADA À PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MULTIPROFESSIONALITY IN A VACCINATION CAMPAIGN, ALLIED TO THE PREVENTION OF ORAL CANCER: AN EXPERIENCE REPORT
MULTIPROFESIONALIDAD EN UNA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ALIADA A LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER BUCAL: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Luiz Augusto Souza Barbosa ¹

Francisca Juliana Rocha Torres ²

Alfredo Coelho Parente ³

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas ⁴

Ricardo Lima Santos ⁵

Maria Socorro Araújo Dias ⁶

Como Citar:

Barbosa LAS, Torres FJR, Parente AC, Freitas CASL, Santos RL, Dias MSA. Multiprofissionalidade em uma campanha de vacinação aliada à prevenção do câncer bucal: um relato de experiência. *Sanare*. 2022;00(00):119-125.

Descritores:

Relações Interprofissionais; Atenção Primária à Saúde; Programas de Imunização; Câncer Bucal; Educação em Saúde Bucal.

Descriptors:

Interprofessional Relations; Primary Health Care; Immunization Programs; Oral Cancer; Education in Oral Health.

Descriptores:

Relaciones Interprofesionales; Atención Primaria a la Salud; Programas.

Submetido:

27/06/2020

Aprovado:

23/05/2022

Autor(a) para Correspondência:

Luiz Augusto Souza Barbosa
Rua Major Pedro Sampaio – Rodolfo Teófilo, Sobral – CE
CEP:60430-185
E-mail: luiz.28.augusto@gmail.com

RESUMO

O estudo traz a discussão do trabalho interprofissional como potencializador de ações na prevenção de agravos e na promoção da saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, objetivando descrever a experiência de atuação multiprofissional em uma campanha de vacinação contra a gripe e, aliada a esta, a prevenção do câncer bucal. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, ocorrido em março de 2019, no Centro de Saúde da Família em um distrito de Sobral-CE. A sistematização da ação efetuou-se nos momentos de estudo e discussão do grupo PET-Saúde Interprofissionalidade, pela compreensão do potencial dela para o desenvolvimento da Prática Colaborativa. O total de pessoas imunizadas foi de 149, sendo composta por idosos a maior parte do público. Após a vacinação, realizou-se um momento com os profissionais da equipe de saúde bucal para discutir sobre a prevenção do câncer bucal com os idosos, com a finalidade de orientá-los sobre o autocuidado. Conclui-se que há necessidade de ações pautadas no trabalho interprofissional, visto que tais ações terão impacto na prestação dos serviços do Sistema Único de Saúde, direcionando um olhar mais integral e holístico ao sujeito.

1. Psicólogo graduado pela Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral. Residente Multiprofissional em Cancerologia no Instituto do Câncer do Ceará (ICC). e-mail: luiz.28.augusto@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3780-4160>

2. Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). e-mail: francisca.jrt@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9557-6157>

3. Cirurgião-dentista. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Ceará (2017). Atualmente Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário INTA (UNINTA). e-mail: alfredoparente@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9707-3454>

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

5. Graduação em Educação Física. Mestrado em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza. Universidade Estadual Vale do Acaraú. e-mail: richlima@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8481-1414>

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

ABSTRACT

The study brings the discussion of interprofessional work as a potentiator of actions in the prevention of diseases and health promotion, in the scope of Primary Health Care, which objective is to describe the experience of multiprofessional action in a vaccination campaign against influenza and, allied to this, the prevention of oral cancer. This is a descriptive, experience report type study, carried out in March 2019, at the Family Health Center in a district of Sobral-CE. The systematization of the action was carried out during moments of study and discussion of the PET-Saúde Interprofissionalidade group, due to understanding its potential for the development of a Collaborative Practice. The total number of immunized people was 149, with the majority of the public being elderly. After the vaccination, a gathering was held with professionals from the oral health team to discuss the prevention of oral cancer with the elderly, in order to guide them on self-care. We concluded that actions based on interprofessional work are needed, since such actions will impact the provision of services of the Unified Health System, directing a more integral and holistic look at the subject.

RESUMEN

El estudio trae la discusión del trabajo interprofesional como lo que potencializa acciones en la prevención de agravios y en la promoción de la salud, en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud, cuyo objetivo es describir la experiencia de actuación multiprofesional en una campaña de vacunación contra la gripe y, aliado a esta, la prevención del cáncer bucal. Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, ocurrido en marzo de 2019, en el Centro de Salud de la Familia en un distrito de Sobral-CE. La sistematización de la acción se ejecutó en los momentos de estudio y discusión del grupo PET-Salud Interprofesionalidad, por la comprensión de la fuerza de ella para el desarrollo de la Práctica Colaborativa. El total de personas inmunizadas fue de 149, siendo compuesta por ancianos gran parte del público. Pasada la vacunación, se realizó un momento con los profesionales del equipo de salud bucal para discutir sobre la prevención del cáncer bucal con los ancianos, con el fin de orientarlos sobre el autocuidado. Se concluye que hay necesidad de acciones pautadas en el trabajo interprofesional, visto que tales acciones tendrán impacto en los servicios prestados del Sistema Único de Salud, mirándole al sujeto de forma más integral y holística.

INTRODUÇÃO

A prática multiprofissional, em muitas discussões, é apresentada como sinônimo da prática interprofissional, todavia, essa primeira forma de atuação consiste na justaposição de diferentes disciplinas em prol de uma atuação eficiente para a população, e que conta com vários profissionais com epistemologias e práticas distintas; contudo, o processo terapêutico torna-se fragmentado. Assim, devido a essa fragmentação resultante do processo, as práticas em saúde possuem como uma possibilidade pertinente a atuação interprofissional¹⁻³.

Nota-se, hodiernamente, que aspectos relacionados à atuação interprofissional se apresentam como potencializadores na atuação em saúde; isso ocorre, principalmente, devido às características existentes no cenário brasileiro, que consiste de uma população multifacetada em aspectos sociais, econômicos e culturais. Dessa maneira, intervenções interprofissionais se colocam como possibilidades perante a diversidade da população. As perspectivas interdisciplinares e intersetoriais estão sendo estimuladas pelo Ministério da Educação

.....
e Ministério da Saúde devido às especificidades do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴⁻⁶.

Inicialmente, é necessário discutir sobre essa prática colaborativa entre os profissionais e compreender o conceito de interprofissionalidade, que é definido como: uma atuação contínua e dinâmica entre duas ou mais profissões/disciplinas, de formações distintas, que possuem como objetivo comum a compreensão de questões advindas de um sujeito, sendo essa a consequência de uma interação conjunta entre esses profissionais. Desse modo, a interprofissionalidade visa a um aspecto primordial para a atuação dos profissionais: o diálogo entre os saberes, que, durante muito tempo, mantinham-se fragmentados⁷⁻¹⁰.

Nessa perspectiva, a prática do profissional de Odontologia ainda está em processo de consolidação no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS); esse cenário ocorre, principalmente, pela recém-chegada dessa categoria à Estratégia Saúde da Família (ESF)¹¹. Assim, desafios ainda estão presentes em sua prática profissional, em que se torna necessária a construção de uma prática transversal e colaborativa com as outras profissões.

As campanhas de vacinação são eventos que geram mobilizações por parte do governo, profissionais da saúde e população, sendo responsáveis pela diminuição de doenças infecciosas, com o propósito de evitar novos eventos epidêmicos. A campanha da vacinação contra a gripe constitui-se como uma importante estratégia para advertir um surto dessa enfermidade, assim como complicações futuras; por isso, para ter uma maior adesão à campanha, faz-se necessário o uso de mídias para discutir acerca da relevância dessa estratégia, além da preparação dos profissionais em torno de atuar sobre a importância da imunização e da educação em saúde^{12,13}.

Nesse sentido, as campanhas de vacinação são importantes ações de educação em saúde para a população em geral, além disso, possibilitam uma atuação multiprofissional e, até mesmo, interprofissional. Como salientado anteriormente, mesmo que essas campanhas tenham como foco a imunização e prevenção de determinadas patologias, as possibilidades que podem surgir a partir desses momentos acarretam outros ganhos para a comunidade e pelos profissionais de saúde. Assim, este relato de experiência consiste em exemplificar alternativas que podem expandir os resultados positivos dessas campanhas de vacinação, conhecidas como “Dia D”.

Além da vacinação contra a gripe durante a campanha, pensou-se no desenvolvimento de uma ação para a prevenção do câncer bucal, pois a doença acomete, principalmente, pessoas acima de 40 anos, sendo a ocorrência maior no público masculino¹⁴. Sabe-se que maus hábitos, como o tabagismo e o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, são fatores de risco para o surgimento dessa enfermidade¹⁵. Caso a doença seja diagnosticada em estágio inicial, a pessoa possui 90% de chance de ser curada, mas, na maioria dos casos, nota-se uma descoberta tardia.

Dessa forma, devido a esses fatores e pela cultura da ausência de busca de consultas odontológicas, faz-se necessário aproveitar tais eventos, como a campanha de vacinação, a fim de identificar agravos, realizar a prevenção de patologias e repassar orientações e cuidados acerca da saúde bucal para a população¹⁶⁻²⁰.

A Saúde Coletiva surgiu a partir de mudanças e reflexões acerca do modelo biomédico, o que provocou transformações nas práticas de cuidado, com base nos debates sobre a interdisciplinaridade e a construção do SUS²¹. Nota-se a relevância de discutir e refletir acerca das estratégias que contribuam para a prevenção dessa enfermidade e

para a promoção da saúde bucal, em especial, na área da Saúde Coletiva e Saúde da Família. Assim, a experiência da prevenção de câncer bucal na campanha de vacinação trará contribuições para as práticas multiprofissionais na saúde, contribuindo para encorajar profissionais e estudantes dessa área para o desenvolvimento de ações para a promoção da saúde e bem-estar.

O presente estudo tem por objetivo descrever a experiência multiprofissional da campanha de vacinação contra a gripe e, aliada a esta, a prevenção do câncer bucal realizada em um Centro de Saúde da Família (CSF) do município de Sobral, Ceará.

METODOLOGIA

Este trabalho tem caráter descritivo-qualitativo, envolvendo um relato de experiência multiprofissional acerca da realização de uma campanha de vacinação contra a gripe e, atrelada a ela, a realização de atividades com os idosos, voltadas para a prevenção do câncer bucal.

A campanha de vacinação, mais precisamente, o “Dia D”, foi realizada no dia 4 de maio de 2019, no Centro de Saúde da Família Manuel Marinho de Andrade, inaugurado em junho de 2017 e localizado no distrito de Caioca, em Sobral-CE. Essa localidade está a aproximadamente 18 km do centro e compreende uma população com aproximadamente 1.200 habitantes, que se sustentam com atividades voltadas para a agricultura e pecuária; as residências ainda carecem de estruturas básicas, observando-se uma desigualdade socioeconômica na região²².

Para a realização do “Dia D”, estiveram presentes os seguintes profissionais: cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, enfermeira, técnica de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Nesse dia, a vacinação foi voltada para os grupos prioritários: gestantes, crianças menores de um ano até cinco anos, pessoas portadoras de doenças crônicas, idosos a partir dos 60 anos, entre outros.

A ação de educação em saúde ocorreu com a população idosa, assim, logo após a vacinação, o ACS, com a enfermeira, encaminhava o paciente para o consultório odontológico, onde a equipe de saúde bucal já aguardava pelos pacientes. Inicialmente, os profissionais de saúde bucal explicavam o motivo de terem levado o paciente ao consultório, explicando-se sobre a campanha, cujo propósito era fazer uma ação de educação em saúde para a prevenção e promoção de saúde bucal.

Assim, os profissionais de Odontologia explicavam o que era o câncer bucal e os seus fatores de risco, os sinais e sintomas, características da lesão e o tratamento. Após esse momento, o cirurgião-dentista fazia uma avaliação da cavidade bucal do paciente e, caso fosse encontrada alguma lesão suspeita, o profissional já marcava uma avaliação mais criteriosa e avisava ao ACS para lembrar ao paciente da consulta agendada na unidade.

A ação de prevenção do câncer bucal foi pensada para acontecer durante a campanha de vacinação devido à quantidade de pessoas que iriam para a vacinação, já que os ACSs haviam comunicado ao público-alvo acerca da campanha, assim como foi divulgado sobre a avaliação com a equipe de saúde. Além disso, a equipe de saúde e, mais precisamente, de saúde bucal, notou a relevância da realização da atividade de avaliação devido aos índices de incidência de câncer bucal estarem presentes na faixa etária que participaria no dia da vacinação, contribuindo para uma maior efetividade de alcance do público-alvo, possibilitando a detecção precoce.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É notório que, anualmente, são realizadas campanhas de vacinação de prevenção da gripe, focalizando-se nas camadas da população que são consideradas mais vulneráveis à doença, dentre elas: gestantes, idosos, crianças menores de um ano, profissionais da saúde e professores.

Nota-se como relevante a quantidade total de pessoas que participaram dessa cobertura vacinal, um total de 149 indivíduos, em que existiu uma maior participação dos idosos, correspondendo a 53,34%, seguidos do público infantil com idade maior ou igual a 6 meses de idade e menores que 5 anos, além das gestantes.

Após a vacinação, os idosos foram convidados a comparecerem à sala do cirurgião-dentista para serem avaliados, já que eles têm maiores riscos de desenvolver câncer bucal. Nesse momento, eram realizadas as atividades de instrução ao autocuidado e o exame clínico preventivo com o profissional, que, atuando de forma criativa com esses idosos, buscava repassar informações de maneira acessível a esse público¹⁸.

As campanhas municipais de vacinação são, em sua maioria, realizadas com o apoio do Governo Federal e Estadual, e ocorrem, prioritariamente, no mês de maio. Assim, dentre as funcionalidades

dessa campanha, elencam-se a discussão acerca das gravidades que podem ser consequências da patologia foco (Gripe Viral) e o incentivo para que a população busque as unidades de saúde para a vacinação.

Ademais, no decorrer da campanha, ocorreu um momento, nomeado por “Dia D”, que aconteceu no mês de maio, no qual intensificamos, orientamos e mobilizamos as pessoas para procurarem as unidades para a vacinação. Nesse momento, em paralelo, realizou-se a Campanha de Prevenção do Câncer Bucal, com o objetivo de realizar orientações e avaliações em pacientes idosos, visto que é nessa faixa etária que ocorre a prevalência de casos de câncer de boca. Buscou-se, por intermédio desse momento compartilhado, a autoavaliação, identificação de lesões potencialmente malignas e encaminhamento, se necessário, de casos suspeitos para um atendimento posterior.

Os idosos que possuíam características apropriadas para o trabalho multiprofissional em questão, focando na promoção da saúde bucal¹⁶, foram informados e direcionados ao atendimento proposto pela equipe-base do CSF (composta pelo profissional de Enfermagem, Odontologia, Técnicos em saúde bucal e de enfermagem e o ACS) no dia da campanha.

A sucessão das etapas existentes nessa experiência profissional se deu da seguinte forma: após o acolhimento pela técnica de enfermagem, houve a vacinação pela enfermeira; logo após esse procedimento, os pacientes idosos foram orientados acerca da realização da avaliação bucal a ser realizada pelo cirurgião-dentista e, assim, foram direcionados ao consultório. Logo após essa etapa, os pacientes foram acolhidos pela auxiliar de saúde bucal e, nesse momento, com o cirurgião-dentista, realizamos orientações sobre a relevância do tema saúde bucal, e, logo em seguida, a promoção em saúde através de informações acerca da prevenção do câncer de boca. Além disso, informou-se a esses pacientes que essa patologia ocorre com prevalência na faixa etária na qual estão incluídos (acima de 50 anos) e incidência maior em pacientes submetidos a fatores de risco, como a exposição solar elevada e tabagismo^{15,18,20}.

Após esse momento informativo inicial, foram instruídos sobre a autoavaliação das mucosas e dos tecidos moles, procedimento que pode ser realizado em suas residências e de forma rotineira. Informamos, também, que lesões persistentes há mais de 15 dias devem ser avaliadas e acompanhadas

por um profissional da saúde. Após essa etapa, foram convidados a realizar uma inspeção e avaliação, pelo cirurgião-dentista, na região de língua e mucosas, verificando, assim, possíveis alterações. O exame clínico foi simples, rápido e de fácil execução, sendo realizado de forma preventiva.

Além disso, a equipe de saúde bucal buscou a criação de relações interpessoais, diminuindo o abismo que, muitas vezes, existe entre a população e o profissional de Odontologia. Nessa experiência, além das trocas de saberes clínicos, procurou-se a criação de laços, pois é a partir disso que se pode fortalecer a participação comunitária no funcionamento da APS.

Durante o "Dia D", realizaram-se 11 avaliações em pacientes com mais de 60 anos, dos quais oito nunca tinham recebido orientações e tampouco realizado o exame preventivo, assim como não tinham vivências em consultórios odontológicos da unidade localizada em sua comunidade.

Dessa maneira, ao descrever a experiência, percebeu-se a importância desses momentos para além de uma perspectiva voltada para a patologia, pois essas situações também acarretam participação e experiências da população no seu próprio processo saúde-doença. Essa perspectiva corrobora uma das premissas do SUS, já que a ESF busca melhorar e ampliar as abordagens presentes no cuidado ao usuário²³; dessa forma, essa atuação influenciou até mesmo o contato desses usuários com o espaço do CSF.

Nota-se que, mesmo não havendo lesões em nenhum dos pacientes avaliados, essa atuação multiprofissional, interligando a campanha de vacinação com a prevenção do câncer bucal, demonstra a importância das interlocuções entre estratégias de atenção e cuidado à saúde. Ademais, o profissional de Odontologia deve estar atento aos mais diferentes modos de atuação, pois a saúde bucal não deve ser percebida como segregada de outras temáticas em saúde.

A experiência evidenciou a importância do trabalho de forma interprofissional, visto que para a realização da campanha houve uma organização e discussão dos profissionais (cirurgião-dentista, enfermeira, técnico de saúde bucal, técnico de enfermagem e ACS) para juntos atuarem na prevenção do câncer bucal. Notou-se, dessa maneira, o ganho que atividades rotineiras na Saúde Coletiva, como vacinação, podem potencializar através de planejamento e práticas multidisciplinares.

Dessa forma, observou-se a dimensão e o impacto da interprofissionalidade no SUS, visto que seu propósito é melhorar a qualidade da atenção, a colaboração dos profissionais e garantir o bem-estar dos usuários²⁴.

CONCLUSÃO

A partir das reflexões e experiências vivenciadas após a realização deste trabalho multiprofissional na Campanha de Vacinação, "Dia D", perceberam-se as potencialidades e possibilidades que um trabalho interprofissional pode acarretar. Observaram-se ganhos nessa atuação multiprofissional, em que estiveram presentes diversos profissionais do CSF: desde um diálogo mais eficiente entre a equipe de enfermagem, a equipe de saúde bucal e o ACS, como também um contato mais direto entre a população residente nesse distrito e a equipe do Centro de Saúde.

Além disso, o processo de promoção e prevenção estava presente, já que um dos objetivos era gerar informações acerca do câncer bucal, visto que o público que participou da ação, como o estudo evidenciou, sequer tinha passado por uma avaliação odontológica. Procurou-se intensificar, entre a equipe de saúde e os idosos, a geração de trocas sobre os profissionais e serviços disponibilizados na localidade da experiência.

É necessário destacar, no entanto, que se percebeu a necessidade e relevância de ações pautadas no conhecimento interprofissional, tendo em vista que intervenções pautadas nessa estratégia possibilitariam uma coconstrução entre as mais diferentes profissões e saberes. A partir disso, poderiam ser consolidadas as perspectivas integrativas e transversais presentes no SUS, atuando em parceria com sujeitos singulares e holísticos.

O estudo contribuiu para a reflexão acerca da importância do trabalho interprofissional na APS e a importância do diálogo e interação entre os profissionais que fazem parte do SUS, pois a ação de prevenção de câncer bucal só conseguiu ser realizada devido à participação dos profissionais do CSF e da atuação interprofissional. Apesar disso, o estudo apresentou um fator limitante: não foram avaliados muitos pacientes na ação, o que dificultou alcançar uma maior quantidade de público-alvo para a prevenção de câncer bucal; salienta-se, ainda, a importância de ampliar as ações para alcançar resultados ainda mais satisfatórios.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Luiz Augusto Souza Barbosa, Francisca Juliana Rocha Torres e Alfredo Coelho Parente contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas** contribuiu com sua revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. **Ricardo Lima dos Santos e Maria Socorro de Araújo Dias** contribuíram com a aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Alvarenga JPO, Meira AB, Fontes WD, Xavier MMFB, Trajano FMP, Neto GC, et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2013 [cited 2022 Jan 11];7(10):5944-51. Available from: <https://doi.org/10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201315>
2. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface (Botucatu) [Internet]. 2001 [cited 2022 Jan 11];5:150-3. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000200012>
3. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. Cad FNEPAS [Internet]. 2012 [cited 2020 Jan 11];2:25-8. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4298824/mod_resource/content/1/educacao_interprofissional.pdf
4. Araujo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. Interface (Botucatu) [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 11];21(62):601-13. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XNR9GMyVnXx6v85LVPk3kLy/abstract/?lang=pt>
5. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2013 [cited 2022 Jan 18];18(6):1613-24. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HNSRXR83T7VKTXFf4qwNxQp/abstract/?lang=pt>
6. Costa RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. Mental [Internet]. 2007 [cited 2022 Jan 11];5(8):107-24. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008
7. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 [cited 2022 Jan 11];20:905-96. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWksZGzrQqT4tDryCXC/?format=pdf&lang=pt>
8. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 17];22(2):1525-34. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?format=pdf&lang=pt>
9. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 12];20(8):2511-21. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JmKzRwJ4gpgxPP9YnMTQtS/abstract/?lang=pt>
10. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. Int J Nurs Stud [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 13];52(7):1217-30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25862411/>
11. Maciel JAC, Vasconcelos MIO, Castro-Silva II, Eloia SMC, Farias MR. Educação permanente em saúde para o cirurgião-dentista da estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. Rev APS [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 11];20(3):414-22. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15836>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança campanha nacional de vacinação contra a gripe [Internet]. Brasília (DF); 2019 [cited 2019 Jun 16]. Available from: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2019/04/ministerio-da-saude-lanca-campanha-nacional-de-vacinacao-contra-a-gripe>
13. Dip RN, Cabrera MAS. Vacinação contra a gripe como estratégia de promoção de saúde em idosos. SBGG [Internet]. 2008 [cited 2020 Jan 18];2(2):81-5. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v2n2a08.pdf>
14. Cassius C, Melo NS. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2020 Jan 10];28:30-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MFTncmxsg3WwWJqrfBgsm5d/?lang=pt>
15. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

16. Bezerra TA, Almeida AVS, Costa KNFM. Relato de experiência: estratégia de prevenção do câncer de boca no Município de Campina Grande, Paraíba. Rev APS [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 11];19(4):661-4. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15820>

17. Freitas RM, Rodrigues AM, Matos Júnior AF, Oliveira GA. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. RBAC [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 11];48(1):13-8. Available from: <http://www.rbac.org.br/artigos/fatores-de-risco-e-principais-alteracoes-citopatologicas-do-cancer-bucal-uma-revisao-de-literatura/>

18. Martins AMEBL, Barreto SM, Santos-Neto PE, Sá MAB, Souza JGS, Haikal DS'A, et al. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 11];20(7):2239-53. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fhx39tSdr3DqtYkCV73mFQP/?lang=pt>

19. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr. CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2019 Nov 20];28(Suppl):s30-s39. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MFTn cmxsg3WwWJqrfBgs5d/?format=pdf&lang=pt>

20. Murara J, Bisinelli JC, Orlandi D. Estudos das prevalências do câncer bucal (levantamento e comparação) no Hospital Erasto Gaertner (Curitiba, PR) nos anos de 1994-2004 e 2007. XVII Seminário de Iniciação Científica; 2009 out. 27-28; Curitiba. Curitiba: SEMIC; 2009.

21. Souza KMJD, Seixas CT, David HMSL, Costa AQD. Contribuições da saúde coletiva para o trabalho de enfermeiros. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 16];70:543-49. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/g84jNj5jyNHqP9swPhjqpBL/?format=pdf&lang=pt>

22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: primeiros resultados da amostra [Internet]. IBGE; 2011 [cited 2019 Jun 10]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>

23. Santos NA, Lima DR, Gontijo MKB, Martins MA, Leite GR, Silva LA, et al. Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. Rev APS [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 11];20(3):339-48. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15964>

24. Barbosa LAS, Torres FJR, Souza RN, Almeida GN, Coelho GG, Freitas CASL, et al. Interprofessional Collaboration Project in Pandemia: reflections by Brazil's National Health System (SUS) professionals about teamwork. Res, Soc Dev [Internet]. 2020 [cited 2019 Jun 11];9(10):e2739108476. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8476>



PRÁTICAS ESPORTIVAS COMO FERRAMENTA DE INTEGRAÇÃO ENTRE OS JOVENS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PRACTICING SPORTS AS A TOOL FOR INTEGRATION BETWEEN YOUTH AND THE FAMILY HEALTH STRATEGY

PRÁCTICAS DEPORTIVAS COMO HERRAMIENTA DE INTEGRACIÓN ENTRE LOS JÓVENES Y LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Francisca Elane dos Santos Araújo ¹

Gleice Kelly de Vasconcelos Aragão ²

Jorge Samuel de Sousa Teixeira ³

Luiz Victor Coelho Albuquerque ⁴

Taiza Pereira Aguiar ⁵

Paulo Henrique Dias Quinderé ⁶

Como Citar:

Araújo FES, Aragão GKV, Teixeira JSS, Albuquerque LVC, Aguiar TP, Quinderé PHD. Práticas esportivas como ferramenta de integração entre os jovens e a Estratégia Saúde da Família. *Sanare*. 2022;21(1):126-133.

Descritores:

Saúde Comunitária; Estratégia Saúde da Família; Jovens.

Descriptors:

Community Health; Family Health Strategy; Youth.

Descriptores:

Salud Comunitaria; Estrategia Salud de la Familia; Jóvenes.

Submetido:

08/01/2021

Aprovado:

31/05/2022

Autor(a) para Correspondência:

Jorge Samuel de Sousa Teixeira
Escola de Saúde Pública do Ceará
Avenida Deputado Raimundo Vieira
Filho, 376
CEP:62600-000
E-mail:jorgesamuel199@gmail.com

RESUMO

Este artigo trata-se de um relato de experiência que tem como objetivo produzir uma estratégia de articulação entre jovens e a Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir das vivências no território abrangido pelo Centro de Saúde da Família Francisco Moura Vieira (CSF CAIC), localizado no município de Sobral-CE. Para tanto, realizaram-se visitas para conhecer o território, acompanhadas de um agente comunitário de saúde, além da participação em atividades desenvolvidas pelo próprio CSF. A partir disso, pensou-se na elaboração de uma proposta de intervenção a partir das demandas trazidas pela comunidade e pelos trabalhadores do serviço. Percebeu-se que a integração dos jovens com a ESF ainda era algo bastante distante, visto que as atividades propostas pelo dispositivo não tinham muita adesão. Além disso, a experiência de estar em contato mais próximo com a realidade do território nos possibilitou, participantes da intervenção, um conhecimento teórico-prático acerca das habilidades pertinentes para a atuação em Saúde Comunitária. Concluiu-se que conhecer aquilo que é singular e subjetivo na história do próprio território se constitui enquanto fator primordial para que um trabalho voltado às demandas específicas de um local seja realizado.

1. Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará. Residente pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: elanesantosaraujo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8965-7954>

2. Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará. Pós-graduanda em Saúde Pública. E-mail: kellyvaragao@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4636-2712>

3. Psicólogo pela Universidade Federal do Ceará. Residente em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: jorgesamuel199@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4188-5303>

4. Psicólogo pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: luiz.victor.alb@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4593-7510>

5. Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: taizaguaiar100@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3157-5961>

6. Psicólogo pela Universidade Federal da Paraíba. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Professor do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará e do Programa de Pós-graduação em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará. E-mail: pauloquindere@sobral.ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8470-1909>

ABSTRACT

This article is an experience report that aims to produce an articulation strategy between young people and the Family Health Strategy (ESF), based on experiences in the territory covered by the Centro de Saúde da Família Francisco Moura Vieira (CSF CAIC), located in the municipality of Sobral-CE. To this end, visits were made to get to know the territory, accompanied by a community health agent, in addition to the participation in activities developed by the CSF itself. From this, we thought about the elaboration of an intervention proposal from the demands brought up by the community and the workers at the service. We noticed that the integration of young people with the CSF was still quite distant, since the activities proposed by the device did not have much adherence. In addition to that, the experience of being in closer contact with the reality of the territory enabled us, participants in the intervention, to gain theoretical and practical knowledge regarding the skills relevant to working with community health. We concluded that knowing what is singular and subjective in the history of the territory itself constitutes a primordial factor so that work aimed towards the specific demands of an area may be carried out.

RESUMEN

Este artículo se trata de un relato de experiencia que tiene como objetivo producir una estrategia de articulación entre jóvenes y la Estrategia Salud de la Familia (ESF), a partir de las vivencias en el territorio contemplado por el Centro de Salud de la Familia Francisco Moura Vieira (CSF CAIC), ubicado en el municipio de Sobral-CE. Para eso, se realizaron visitas para conocer el territorio, acompañadas de un agente comunitario de salud, además de la participación en actividades desarrolladas por el propio CSF. A partir de eso, se pensó en la elaboración de una propuesta de intervención a partir de las demandas traídas por la comunidad y por los trabajadores del servicio. Se percibió que la integración de los jóvenes con la ESF aún era algo bastante distante, visto que las actividades propuestas por el dispositivo no tenían mucha adhesión. Además de eso, la experiencia de estar en contacto más cerca con la realidad del territorio nos permitió, participantes de la intervención, un conocimiento teórico-práctico acerca de las habilidades pertinentes para la actuación en salud comunitaria. Se concluyó que conocer aquello que es singular y subjetivo en la historia del propio territorio se constituye en cuanto factor primordial para que un trabajo vuelto a las demandas específicas de un local sea realizado.

.....

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada a partir do Programa Saúde da Família, como forma de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, em que esta última é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde^{1,2}. Por meio dessa estratégia, as ações são realizadas por uma equipe mínima de profissionais da área da saúde, composta por enfermeiro(a), médico(a), odontólogo(a) e agente comunitário(a) de saúde. A equipe se responsabiliza pelas ações de saúde, tendo como foco enxergar cada pessoa como um todo, e isso inclui considerar a família, a comunidade e o contexto social e econômico.

Nessa perspectiva, para o planejamento e desenvolvimento das ações em atenção à saúde na Atenção Primária, na ESF, necessita-se primordialmente do conhecimento do território: a população, a dinâmica social e os sujeitos. Nesse

sentido, o território, para efeito do processo de produção de saúde da comunidade, deve ser considerado um espaço vivo capaz de produzir saúde, ou seja, um espaço que deve passar por uma identificação dos fatores e condições que influenciam no processo saúde e doença dos sujeitos³. Assim, a noção de território envolve também a dimensão do cotidiano vivido, em que existe uma população com problemas de saúde definidos, portadora de um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, o que o caracteriza como um território em permanente construção⁴.

Nesse aspecto, a partir da ida a campo e vivências no território abrangido pela Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Francisco Moura Vieira (CSF CAIC), situado no município de Sobral-CE, como parte das atividades práticas da disciplina de Saúde Comunitária do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará – *campus* Sobral, pôde-se conhecer a realidade do cotidiano vivido pela comunidade com as ações de promoção em saúde

desenvolvidas pela ESF. Nesse sentido, por meio de nossa experiência, a partir da observação em campo, das vivências e das conversas com os profissionais da saúde e com a comunidade, constatamos que um dos desafios e necessidades da ESF estava no que se refere a conseguir integrar os jovens às ações em saúde, visto que eles tinham pouca adesão a participarem do que era ofertado como práticas de cuidado em saúde. Em contrapartida, percebeu-se que os jovens tinham muita aderência às práticas esportivas proporcionadas pelo território.

Então, a partir disso, vislumbraram-se os seguintes questionamentos: Como integrar os jovens da comunidade às atividades promovidas pela ESF? Como as práticas esportivas podem ser potentes na articulação dos jovens entre si e entre as unidades de saúde (ESF e outros serviços de saúde da rede pública)? Quais são os principais pontos que o esporte pode produzir para que essa relação de aproximação e, sobretudo, para que essa integração ocorram? De que modo os profissionais de saúde podem cooptar os jovens para trabalharem com eles promoção de saúde?

A partir dessa experiência, consideramos oportuno, através deste estudo, discorrer sobre como o esporte pode ser um elemento potente para a integração dos jovens com a ESF. Dessa forma, o estudo tem como objetivo produzir uma estratégia de articulação entre os jovens e a ESF a partir das vivências no território.

O Ministério da Saúde, de acordo com as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, considera como juventude a faixa etária compreendida entre 15 e 24 anos. No entanto, não considera somente as fronteiras etárias para a delimitação de políticas públicas para a juventude, já que essas não são dadas de modo homogêneo e fixo. Diante disso, considera a diversidade de experiências e significados específicos, levando-se em conta diferentes grupos populacionais⁵.

Além disso, segundo o Ministério da Saúde, é importante considerar a adolescência e a juventude como processos complexos de emancipação, com fronteiras plásticas e móveis, e que envolvem três dimensões interdependentes: a macrossocial, a dimensão dos dispositivos institucionais e, finalmente, a dimensão biográfica. Na macrossocial, situam-se as desigualdades sociais como as de classe, gênero e etnia. Já a dimensão dos dispositivos

institucionais reúne os sistemas de ensino, as relações produtivas e o mercado de trabalho; por fim, a dimensão biográfica, ou seja, as particularidades da trajetória pessoal de cada indivíduo⁵.

Outrossim, ainda levando em consideração as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, os jovens são reconhecidos como sujeitos plenos de direitos, socialmente responsáveis e mais cooperativos, com a capacidade de posicionamento diante da vida e da sua saúde⁵. Nesse aspecto, é sobremaneira importante considerar o contexto em que os jovens estão inseridos, o território, como um elemento crucial para a elaboração das práticas cotidianas, incluindo as práticas em saúde.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir do componente curricular Saúde Comunitária, do setor saúde do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará – *campus* Sobral. O relato foi pautado a partir de um estudo de campo do tipo exploratório realizado como parte integrante das atividades propostas pela disciplina. Foi proposta uma inserção na região sanitária de abrangência do Centro de Saúde da Família CAIC, localizado na Rua Dr. Paulo de Almeida Sanford, ao norte do município de Sobral, Ceará.

O território é composto por equipamentos e serviços sociais que desenvolvem parcerias com a comunidade, são eles: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) Irmã Oswaldina, Escola Raimundo Pimentel Gomes, Capela Nossa Senhora Aparecida, Casa São Lucas, Igreja Adventista e Salão do Reino das Testemunhas de Jeová, além da empresa Grendene, que funciona como uma das principais indústrias da cidade. Além desses equipamentos, possui áreas de lazer como praças, a exemplo da Praça do Recanto, Praça Vitória, Praça do Bangu e alguns campos de futebol espalhados pela localidade.

Participaram da intervenção cinco alunos de semestres diversos do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, devidamente matriculados na disciplina de Saúde Comunitária. Dentre os profissionais envolvidos no projeto de intervenção estão o educador físico, agentes comunitários de saúde e enfermeiros.

A ida até o território foi previamente agendada com o profissional responsável pela Estratégia Saúde

da Família do bairro. A partir disso, foi marcado um horário específico em que os estudantes poderiam ir a campo para conhecer o serviço e o território como um todo. Foram realizadas quatro visitas no decorrer dos meses de abril e maio de 2019, incluindo participações em atividades desenvolvidas por dispositivos locais, bem como visitas guiadas pelo território com um agente comunitário de saúde.

A intervenção proposta foi a realização de oficinas e jogos esportivos voltados para o público jovem assistido pelo CSF CAIC. Durante o processo de territorialização, em algumas visitas ao CSF CAIC, percebeu-se que poucos jovens aderiram às atividades de promoção de saúde realizadas pelo dispositivo de saúde do bairro, tampouco procuravam a unidade de saúde. Desse modo, a promoção de jogos esportivos seria uma ponte de comunicação entre o público-alvo e a unidade de saúde, assim como as atividades esportivas seriam utilizadas como estratégia de promoção de saúde entre os jovens.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os modelos políticos de saúde no país entraram em um processo de desenvolvimento desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, aumentam as preocupações com a promoção e educação em saúde, assim como a tentativa de efetivar a participação e aproximação das comunidades aos dispositivos de saúde do SUS. Com o intuito de trabalhar a promoção de saúde dentro de um território ou comunidade, surge a noção de Saúde Comunitária, definindo-se como:

Estratégia que se caracteriza por uma ruptura com o modelo clínico em favor de uma conceptualização de saúde global, implicada no processo de desenvolvimento e associada às dinâmicas do desenvolvimento social. A intervenção dos profissionais da saúde é integrada na coordenação com os outros sectores sociais que incluem o governo, as autoridades locais, as organizações não governamentais, a indústria e os mediadores^{6:2}.

Tendo em vista a distância observada na relação entre a comunidade jovem do bairro e o Centro de Saúde da Família Francisco Moura Vieira, propomos esta intervenção por meio do esporte, a ser realizada em parceria com a equipe de Saúde da Família e, principalmente, com os residentes em Educação Física, com o intuito de gerar um ambiente mais

interessante para os jovens, a fim de que melhore a comunicação entre esses e o CSF, e aumente o interesse e o conhecimento acerca dos serviços prestados e disponibilizados pelo CSF. Nós nos sensibilizamos por um elo entre o esporte e a interação dos jovens, tendo em vista “a importância das atividades culturais, recreativas e esportivas como um caminho possível de fortalecimento de vínculos sociais e de maior coesão”^{7:760}.

Paralelamente, muito além da dimensão de uma organização operacional do sistema, é no território que se verifica o viés da interação entre a população e o serviço de saúde nos mais diversos âmbitos, como: vinculação dos usuários aos profissionais; participação dos sujeitos nos eventos realizados nos espaços, tanto no serviço de saúde quanto nos espaços da comunidade; e a dimensão de considerar as características históricas e culturais do lugar com a finalidade de possibilitar com que as intervenções considerem suas particularidades.

Apesar de a Universidade Pública, de acordo com a Constituição Federal (1988), comprometer-se em contribuir para a formação de seus estudantes e o bem-estar da sociedade através do “princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”^{8:1419}, nossa experiência nos permite dizer que, apesar dos muitos ganhos quanto a isso, ainda há muito o que ser feito, ou melhor, ainda há muitos espaços a serem ocupados, assim como há muitas possibilidades de colaboração entre a Universidade e a sociedade que precisam ser realizadas.

Até este momento, a formação em Psicologia vê-se cada vez mais no centro de discussões, visto que há uma crescente inserção de profissionais no campo da Saúde Coletiva, ao passo que ainda são poucas as possibilidades de estágios de vivências durante o período de formação⁹.

Nossas visitas ao CSF, a participação em rodas de conversas propostas pelos profissionais e voltadas aos usuários do serviço, assim como nossas andanças pelo território e visitas domiciliares acompanhados de um agente comunitário de saúde possibilitaram que conhecêssemos pontos estrategicamente potenciais para a promoção de intervenções, com parcerias intersetoriais, como a escola e a praça com quadra esportiva do próprio território, ambas próximas ao CSF. Além disso, percebeu-se que existem o que optamos por chamar de *redes comunitárias de promoção e prevenção à saúde*, ou seja, estratégias de saúde encontradas e realizadas pela própria população do território.

Pode-se dizer que, nas atividades em que participamos no CSF e nas nossas observações, percebemos que os jovens quase não faziam parte do cotidiano do serviço, o que nos causou uma grande interrogação: “Apesar do número consideravelmente grande de jovens no território CAIC e da realização de atividades por parte dos profissionais do CSF voltadas para tal grupo, por que a procura e a participação dos jovens ainda eram poucas?”.

Dito isso, começamos a nos sentir cada vez mais instigados com tal fato, ainda mais porque sempre os víamos ocupando os dispositivos de lazer e de esporte do território ou sentados nas calçadas conversando em grupos. Chegamos a supor que se tratava de um problema de comunicação, ou melhor, de estreitamento de laços entre esses jovens e os profissionais do CSF, quase sempre sobrecarregados de atividades em decorrência de uma série de fatores, tais como carga física, cognitiva e psíquica, processos de comunicação inadequados e carga excessiva de usuários, só para citar alguns¹⁰.

Através das visitas, analisamos, por meio de observações e conversas com alguns trabalhadores e profissionais da saúde, aspectos relevantes das relações dos moradores e usuários dos serviços com o CSF CAIC. Assim, a partir disso, elaboramos um projeto de intervenção pensando em algumas contribuições que, porventura, podemos agregar com a finalidade de melhorar as condições de vínculo, participação e interação social da comunidade, no caso, os jovens, com o seu território e, conseqüentemente, com a referida unidade de saúde.

Nesse sentido, as observações derivadas a partir das visitas realizadas no território assistido pelo CSF CAIC, na cidade de Sobral-CE, mostraram-nos que os jovens do bairro em questão pouco frequentam ou procuram o serviço de saúde. A constatação se deu principalmente a partir de uma roda de conversa promovida pelo próprio dispositivo de saúde, que tinha como foco convocar os adolescentes do território para tratar desde temas básicos como saúde bucal e gravidez na adolescência, até sobre o uso de drogas e o *bullying*.

Para a roda de conversa, compareceram menos jovens, adolescentes, que o previsto, e os que participaram do momento promovido pela equipe de saúde não demonstraram conforto em falar sobre alguns temas trazidos, assim como ficou claro o pouco vínculo com os profissionais de saúde. Entendemos que no período da adolescência pode surgir certa inibição para tratar de alguns assuntos

que podem causar constrangimento em público, principalmente pela construção da autoimagem do jovem, visto que se trata de um período de grandes transformações na vida do adolescente, de sua família e da comunidade¹¹.

No que concerne à questão levantada pela intervenção sugerida, para que possamos integrar os adolescentes à ESF, de modo que as políticas de promoção de saúde possam atingir um maior número de jovens da comunidade, buscar-se-á promover o vínculo entre os jovens do território e o dispositivo de saúde através do esporte.

Nesse sentido, a literatura aponta que as práticas esportivas se constituem como uma ferramenta potente de articulação entre a comunidade e o sistema público de saúde, sobretudo no tocante à população jovem. O esporte como um instrumento de socialização e aproximação entre adolescentes e serviços de saúde é um ponto bastante trabalhado entre os teóricos e estudiosos do campo da Saúde Coletiva e Comunitária.

Existem investigações quanto às barreiras percebidas à prática de atividade física como uma forma de lazer por parte de adolescentes, e a possível relação das mesmas com a inatividade física em práticas de lazer. Por meio da aplicação de questionários, estudos concluíram que a falta de companhia, a preguiça e a preferência por outras atividades são os principais fatores que barram a execução de algum exercício físico, e que a maior parte dos participantes ainda é avessa a práticas que requerem um maior esforço corporal, reiterando a necessidade de promover essas atividades junto à população jovem¹². Sendo os dispositivos de saúde instrumentos bastante presentes no cotidiano de uma comunidade, a realização de práticas que promovam o esporte e outras formas de atividade física se constitui como um importante motor de motivação para a prática dessas atividades por parte do público jovem, além de proporcionar uma maior aproximação com a unidade de saúde local e entre os membros da própria comunidade.

Estudos analisam as práticas esportivas a partir de um viés mais biológico, ao estudarem a relação entre o esporte, a Educação Física escolar e atividade física habitual e os indicadores cardiovasculares de risco em adolescentes. Os pesquisadores revelaram, através de um estudo transversal realizado em 120 escolas, que as práticas esportivas apresentaram correlação positiva com a atividade do sistema nervoso autônomo parassimpático, concluindo que o

esporte está relacionado a uma maior variabilidade da frequência cardíaca durante o repouso¹³. Estudos como esses são feitos há muito tempo e demonstram cada vez mais os benefícios que a realização de práticas esportivas causa não só a nossa saúde física, mas também revelam aspectos benéficos no âmbito da saúde mental, sobretudo quando se trata de uma parcela da população que, apesar de jovem, convive com uma realidade periférica e marginalizada que é, muitas vezes, ignorada pelo poder público, seja no campo da saúde, da educação ou do lazer.

Outros estudos se valem de uma perspectiva social ao estudarem sobre a relevância que temas como saúde e qualidade de vida exercem nas aulas de Educação Física do ensino médio de uma escola pública localizada em uma comunidade carente de Fortaleza-CE. Os estudiosos concluíram que a promoção da autonomia por meio da disciplina ainda é um ponto que não é tão discutido dentro das diretrizes curriculares, e que o mero incentivo à prática esportiva por parte desses alunos, sem o real conhecimento de que isso pode produzir uma melhoria na qualidade de vida, não provoca a reflexão necessária¹⁴. Assim, percebemos que a parceria entre saúde e educação vai muito além de práticas informativas e/ou instrutivas sobre prevenção de doenças ou promoção de saúde. É uma relação intrínseca, capaz de aproximar a população dos trabalhos e atividades proporcionadas pelos dispositivos e unidades de saúde. Desse modo, os autores demonstram que o trabalho com o esporte dentro do ambiente escolar pode ser mais um fator reforçador capaz de aproximar os jovens e a Saúde Pública.

Vale ressaltar que o norte desta intervenção se baseia a partir do entendimento de que o esporte possui a capacidade de unir um grupo de pessoas para um fim comum, e, desse modo, encontramos nos jogos esportivos a potencialidade de estreitar os laços dos jovens com os profissionais de saúde do território. Além da possibilidade de o dispositivo de saúde alcançar esse grupo específico para realizar as estratégias de promoção e de prevenção de saúde.

O intuito dos jogos, na promoção de saúde, é principalmente fazer com que os jovens possam ser cooptados a participar das intervenções que o dispositivo de saúde já possui em planejamento, pois, assim, esses jovens já teriam uma certa aproximação com a Unidade de Saúde e um possível vínculo com alguns profissionais da ESF. As práticas esportivas ocorreriam nos espaços disponibilizados pelo próprio

território, como, por exemplo, a quadra esportiva da Escola Raimundo Pimentel Gomes – CAIC (no caso das modalidades vôlei e handebol) e a quadra esportiva da Praça Vitória (na modalidade futsal). Seriam necessários profissionais e residentes em Educação Física para ministrar e organizar a dinâmica dos jogos. O conteúdo dessa atividade teria como foco aproximar a população jovem ao CSF CAIC por meio do caráter social e colaborativo do esporte.

Portanto, a intervenção se propõe a promover jogos esportivos, com formação de times que irão “disputar” entre si, assim como ocorre normalmente em jogos. Durante o intervalo dos jogos, podem ser feitos testes rápidos de Infecções Sexualmente Transmissíveis e distribuição de métodos contraceptivos, para abarcar os trabalhos da ESF a respeito dessas questões. Por meio de gincanas temáticas, com divisão de grupos entre os adolescentes, poderiam ser tratados temas como o uso abusivo de substâncias psicoativas, o conhecimento básico acerca delas, podendo os profissionais de saúde engajados tratarem do assunto por meio da perspectiva da Redução de Danos, por exemplo.

Essa participação possibilita ao indivíduo a formação de uma consciência crítica sobre a realidade na qual está inserido, e, a partir disso, ele pode se tornar um ser autônomo e emancipado. Esse tipo de participação é denominado participação habilitadora, cuja finalidade é estabelecer um processo participativo, pois é tarefa importante para os profissionais de saúde, buscando desenvolver e valorizar a ação participativa e as habilidades dos indivíduos, para que esses possam exercer uma força social e agir em prol da coletividade¹⁵.

Deve-se levar em conta que as atividades propostas, embora a maioria priorize o público jovem, atingirão toda a população do território, na medida em que o campeonato esportivo irá promover um momento de lazer e entretenimento a toda a comunidade em questão. Nesse sentido, as práticas esportivas como ferramenta de aproximação entre os jovens e os serviços de saúde de sua localidade aparecem enquanto alternativa viável e possível no intuito de trazer para o interior desses dispositivos a participação efetiva e colaborativa da comunidade, proporcionando uma saúde que seja, de fato, para a comunidade e com a comunidade.

CONCLUSÃO

A experiência de inserção na qual tratamos aqui

foi fundamental para que pudéssemos vivenciar não apenas o cotidiano de trabalho dos profissionais do CSF CAIC, mas especialmente por possibilitar o encontro com a realidade social do território, em suas vulnerabilidades e potencialidades. Encontramos, em nossa inserção no serviço, muito do que ouvíamos em sala de aula, o que nos mostrou que teoria e prática não são opostas.

No entanto, também nos deparamos com muitos aspectos que não encontramos em sala de aula, como, por exemplo, histórias de vidas. Assim, a realidade concreta nos possibilitou perceber que considerar as subjetividades é imprescindível, ou seja, as pessoas, em seus contextos sociais, culturais e econômicos, em suas vulnerabilidades e potencialidades, e isso é o que está no cerne da tarefa de promover saúde.

As singularidades contidas nesse trabalho circulam sobre os aspectos práticos e reflexivos proporcionados pela experiência de fazer parte do cotidiano do serviço, bem como de apreender uma diversidade de conhecimentos a partir do diálogo com a comunidade e com a equipe de saúde. Obviamente, o curto período que tivemos para pôr em prática essas vivências se constituiu como uma limitação da experiência, apesar da intensidade e da relevância desses momentos terem se mostrado satisfatórias e contribuído para o processo formativo dos pesquisadores e dos próprios profissionais que compunham o CSF.

Quanto a isso, nossas experiências convergem ao fato de conhecer as trajetórias de vida e, conseqüentemente, o que há de singular e coletivo nelas. Isso se faz necessário na formação daqueles que pretendem atuar na área da Saúde Coletiva, pois a elaboração de uma intervenção precisa alicerçar-se no que emerge nas relações, no que se mostra como interesse daqueles aos quais se pretende beneficiar. E, assim, buscamos realizar isso por meio dessas experiências no cotidiano e no território vivo da coletividade.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francisca Elane dos Santos Araújo contribuiu na concepção do projeto de intervenção, ida a campo, na elaboração da introdução e dos resultados, redação do manuscrito, revisão completa do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. **Jorge Samuel de Sousa Teixeira** contribuiu na concepção do projeto, ida a campo, na elaboração dos resultados e discussão, redação do manuscrito por

completo, revisão final e aprovação da versão final a ser publicada. **Luiz Victor Coelho Albuquerque** contribuiu na concepção do projeto, ida a campo, na redação dos resultados e discussão. **Taiza Pereira Aguiar** contribuiu na concepção do projeto de intervenção, no delineamento dos objetivos da intervenção, ida a campo e revisão da metodologia. **Gleice Kelly de Vasconcelos Aragão** contribuiu na concepção do projeto de intervenção, ida a campo e na elaboração e redação da metodologia do artigo. **Paulo Henrique Dias Quinderé** contribuiu com a construção metodológica, com a discussão, a revisão crítica do artigo e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
3. Justo LG, Severo AKD, Félix-Silva AV, Soares LS, Lopes e Silva-Júnior F, Pedrosa JIS. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. Interface [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 13];21(supl. 1):1345-54. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000501345&script=sci_abstract&tlng=pt
4. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Navarro M, et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. Território, saúde e ambiente. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008. p. 237-55.
5. Brasil. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção e recuperação da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2019 May 18]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
6. Silva LMPF. Saúde Comunitária: a participação numa estratégia reguladora. In: Saúde comunitária: riscos e potencialidades da participação [Internet]. 2010 [cited 2019 May 28]. Available from: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/641/1/Sa%C3%BAde%20comunit%C3%A1ria.pdf>
7. Peres FF, Bodstein R, Ramos CL, Marcondes WB. Lazer, esporte e cultura na agenda local:

a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2005 [cited 2019 May 11];10:757-69. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dJ9rhWtFKWDM9BTtC5yrh/abstract/?lang=pt>

8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Centro Gráfico Senado Federal; 1988.

9. Ceccim RB, Bilibio LFS. Articulação com o segmento estudantil da área de saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: Ministério da Saúde, organizador. VER-SUS/BRASIL: Cadernos de Textos. Brasília (DF): Gráfica Universitária; 2004. p. 4-19.

10. Silva NRD. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2011 [cited 2019 May 21];16:3393-402. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hnVDnztXTS3PmfphFX3DQt/abstract/?lang=pt>

11. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, de Mattos Silveiras EF. Adolescência através dos séculos. Psicol Teor e Pesq [Internet]. 2010 [cited 2019 May 28];26(2):227-34. Available from: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/MxhVZGYbrsWtCsN55nSXszh/abstract/?lang=pt>

12. Dias DF, Loch MR, Ronque, ERV. Barreiras percebidas à prática de atividades físicas no lazer e fatores associados em adolescentes. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2015 [cited 2019 May 28];20:3339-50. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/x4TMd36WtSKRzcgFsdKTmCN/abstract/?lang=pt>

13. Cayres SU, Vanderlei LCM, Rodrigues AM, Coelho e Silva MJ, Codogno JS, Barbosa MF, et al. Prática esportiva está relacionada à atividade parassimpática em adolescentes. Rev Paulista de Pediat [Internet]. 2015 [cited 2019 May 22];33(2):174-80. Available from: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/DpWjjzXbmvL3fBGXvCvJPxR/?lang=pt&format=pdf>

14. Lima Melo E, de Sousa Neto VA. A relevância da temática saúde e qualidade de vida nas aulas de educação física do ensino médio em uma escola de comunidade carente de Fortaleza. Rev Redfoco. 2016;3(1).

15. Machado MDFAS, Vieira NFC, Silva RMD. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2010 [cited 2019 May 18];15:2133-43. Available from: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000400027&script=sci_abstract&tlng=pt



VIVÊNCIA DE REDE NO PERCURSO FORMATIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

NETWORK EXPERIENCE IN THE TRAINING PATH OF MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN HEALTH: EXPERIENCE REPORT
VIVENCIA DE RED EN LA TRAYECTORIA FORMATIVA DE LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD: RELATO DE EXPERIENCIA

Francisco Mardones dos Santos Bernardo ¹

Emília Soares Chaves Rouberte ²

Diego da Silva Ferreira ³

Mônica de Oliveira Belém ⁴

Como Citar:

Bernardo FMS, Rouberte ESC, Ferreira DS, Belém MO. Vivência de rede no percurso formativo da Residência Multiprofissional em Saúde: relato de experiência. *Sanare*. 2022; 21(1): 134-145.

Descritores:

Enfermagem; Integralidade em Saúde; Colaboração Intersetorial.

Descriptors:

Nursing; Integrality in Health; Intersectoral Cooperation.

Descriptores:

Enfermería; Integralidad em Salud; Colaboración Intersectorial.

Submetido:

21/01/2021

Aprovado:

09/06/2022

Autor(a) para Correspondência:

Francisco Mardones dos Santos
Bernardo
Escola de Saúde Pública do Ceará
Endereço: Av. Antônio Justa, 3161,
Meireles, Fortaleza, Ceará
CEP: 60165-090
E-mail: fardonessb@hotmail.com

RESUMO

Objetivou-se relatar a experiência de um enfermeiro residente na Rede de Atenção Especializada e Intersetorial no interior do estado do Ceará. Trata-se de um estudo qualitativo de sistematização da experiência vivenciada sob a perspectiva de um profissional de saúde-residente durante o 2º ciclo do percurso formativo, na Rede de Atenção Especializada e Intersetorial, no âmbito da policlínica municipal. Em suma, foi relevante acompanhar as consultas realizadas pela médica pediatra, sobretudo as de Pré-natal de Alto Risco. A experiência vivenciada contribuiu para alavancar conhecimentos, além de proporcionar viver a integralidade, no contexto da rede especializada, observando, na prática, os desfechos dos encaminhamentos, bem como oportunizou observar a dinâmica do serviço em questão. O aprendizado no percurso de rede proporcionou adotar técnicas de cunho lúdico no espaço da Unidade de Atenção Primária à Saúde e, com isso, melhorar a compreensão dos pais acerca das composições de cardápios alimentares nas consultas de puericultura.

1. Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade Residência Multiprofissional. Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: fardonessb@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6573-9485>.

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil. E-mail: emilia@unilab.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9758-7853>

3. Enfermeiro. Doutorando em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: diegoferreira@aluno.unilab.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6314-5405>.

4. Biomédica. Doutora em Ciências Médicas. Docente de nível superior na graduação e mestrado do Centro Universitário Christus. Gestora de Pesquisa dos Programas de Residência em Área Profissional e Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: monica.obelem@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0000-2304-0748>

ABSTRACT

The objective was to report the experience of a nurse residing in the Rede de Atenção Especializada e Intersetorial in the interior of the State of Ceará. This is a qualitative study which systematized the experience lived from the perspective of a resident health professional during the 2nd cycle of the training course, in the Rede de Atenção Especializada e Intersetorial, within the scope of the municipal polyclinic. In short, the follow-up of the medical visits carried out by the pediatrician was relevant, especially the high-risk prenatal visits. The experience lived contributed to leverage my knowledge, in addition to allowing me to live the integrality, in the context of the specialized network, seeing in practice the outcomes of the referrals, as well as providing me with an opportunity to observe the dynamics of the service in question. Learning through the network provided the adoption of playful techniques in the space of the Primary Health Care Unit and, with this, improved parents' understanding regarding the composition of food menus in childcare visits.

RESUMEN

Se objetivó relatar la experiencia de un enfermero residente en la Red de Atención Especializada y Intersectorial en el interior del Estado de Ceará. Se trata de un estudio cualitativo de sistematización de la experiencia vivenciada bajo la perspectiva de un profesional de salud-residente durante el 2º ciclo de la trayectoria formativa, en la Red de Atención Especializada e Intersectorial, en el ámbito de la policlínica municipal. En suma, fue relevante el acompañamiento de las consultas realizadas por la médica pediatra, sobre todo las de prenatal de alto riesgo. La experiencia vivenciada contribuyó para apalancar mis conocimientos, además de proporcionar vivir la integralidad, en el contexto de la red especializada, viendo en la práctica los desenlaces de los encaminamientos, bien como posibilitó observar la dinámica del servicio en cuestión. El aprendizaje en la trayectoria de red proporcionó adoptar técnicas de cuño lúdico en el espacio de la Unidad de Atención Primaria a la Salud y, con eso, mejorar la comprensión de los padres acerca de las composiciones de los menús alimentarios en las consultas de puericultura.

.....

INTRODUÇÃO

A partir da Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005, foi instituída a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), a partir da união de esforços entre os Ministério da Educação e Ministério da Saúde, visando criar estratégias para a formação de profissionais aptos para trabalhar comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

A RMS está alicerçada observando os princípios e diretrizes do SUS e leva em consideração as necessidades locais e regionais. As profissões da área da Saúde que são reconhecidas pela resolução n.º 287/1998, do Conselho Nacional de Saúde, são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional².

A RMS consiste numa modalidade de pós-graduação caracterizada como *lato sensu*, que proporciona educação em serviço direcionada para as categorias profissionais que compõem a área de Saúde, excetuada a médica^{3,4}. No que concerne à Educação pelo Trabalho, possui um regime especial de treinamento em serviço e dedicação exclusiva com duração de 24 meses, contando com uma

carga horária de 60 horas semanais, que totaliza o montante de 5.760 horas, sendo 80% relacionada à carga horária prática e 20% correspondente à parte teórica^{5,6}.

No estado do Ceará, destaca-se o pioneirismo da RMS da Família do município de Sobral-CE, que, em 1999, iniciou suas atividades contando com uma turma de 68 profissionais englobando médicos e enfermeiro⁷. Atualmente, o município de Sobral conta com dois programas de residência multiprofissional: Saúde da Família e Saúde Mental. No ano de 2021, 30 potenciais vagas foram ofertadas para as seguintes categorias de profissionais: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, no Curso de Especialização com Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; e 10 potenciais vagas para o Curso de Especialização com Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, para as categorias profissionais de: Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, ao todo, totalizando 40 vagas⁸.

Nesse contexto, tem-se a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), uma autarquia vinculada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, que, no

ano de 2013, implantou a Residência Integrada em Saúde⁹. No seu início, contou com quatro programas de RMS, os quais também podem ser denominados de ênfases, a saber: 1) Saúde da Família e Comunidade; 2) Cancerologia; 3) Saúde Mental Coletiva; e 4) Saúde Coletiva⁶. Atualmente, observa-se a seguinte caracterização, na qual existe o *componente comunitário* que enquadra as ênfases: Saúde da Família e Comunidade; Saúde Mental Coletiva; e Saúde Coletiva. Além disso, temos o *componente hospitalar* com as seguintes ênfases: Cancerologia; Neonatologia; Enfermagem Obstétrica; Pediatria; Infectologia; Neurologia e Neurocirurgia; Cardiopneumologia; Urgência e Emergência⁵.

Hoje, o programa de RMS da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) está presente nos seguintes municípios: Acaraú, Aracati, Camocim, Caucaia, Crateús, Fortaleza, Guaiúba, Horizonte, Icapuí, Iguatu, Itapipoca, Limoeiro do Norte, Milagres, Morada Nova, Quixadá, Quixeramobim, Santa Quitéria, São Gonçalo do Amarante, Tauá e Tianguá, aos quais foram ofertadas 391 vagas, distribuídas da seguinte forma: 125 vagas para o Componente Hospitalar e 266 para o Componente Comunitário^{10,11}.

No que se refere ao cenário da Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RMS/ESP/CE), observa-se uma carga horária de 100%. Desse total, cerca de 70% corresponde à carga horária semanal referente às atividades práticas, ou seja, atuando enquanto Equipe de Trabalho Multiprofissional em Saúde no local da sua lotação, e os outros 10% estão relacionados à vivência no percurso de rede nos serviços direta ou indiretamente ligados à Saúde. Já os 20% restantes são relacionados à parte teórica^{5,12}.

No cenário da RMS, destaca-se a presença dos residentes nos espaços das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que a proposta pedagógica traz como objetivos conhecer e analisar as redes locais nas ações e serviços de saúde, dessa forma, possibilitando ao profissional de saúde-residente que atua na Ênfase Saúde da Família conhecer os demais pontos da RAS^{13,14}.

As RAS foram criadas pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 4.279, no ano de 2010, e têm suas ações reafirmadas pelo Decreto n.º 7.508, de 2011, que trata acerca do planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e define RAS como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de

complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde^{15,16}.

As RAS possuem um papel crucial na organização dos serviços de saúde, uma vez que os seus serviços e ações estão diretamente ligados à intervenção do processo de saúde-doença, sendo que sua estrutura opera com diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão, tendo como pressuposto assegurar a integralidade do cuidado, melhorar as condições de acesso, promover a equidade, e eficiência dos serviços¹⁷.

Diante disso, a RMS propicia ao profissional de saúde-residente a vivência do percurso de rede, que começa no segundo ano de residência, período esse que o residente é denominado de R2. O percurso de rede é o momento em que o profissional de saúde-residente se ausenta do seu cenário de prática durante dois turnos semanais para ir a outro ponto do serviço que compõe as redes assistenciais, seguindo cronograma definido pela RMS/ESP/CE. Para que o percurso de rede ocorra, é lançado, especificamente para esse momento, um cronograma pela RMS/ESP/CE para os residentes, com as datas de início e término.

Com isso, destaca-se que é objetivo da RMS/ESP/CE formar lideranças técnicas-científicas-políticas para a qualificação do papel coordenador da Estratégia Saúde da Família (ESF) junto às redes do SUS, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersetorialidade por meio de um percurso de rede^{5,12}.

A relevância do referido trabalho assenta-se na inserção da RMS como prática formadora que permite ao profissional de saúde-residente vivenciar, por meio da observação e/ou intervenção, a dimensão do cuidado prestado no espaço da RAS, em especial na Rede de Atenção Especializada e Intersetorial no âmbito da policlínica municipal. Além disso, contribui para fortalecer a integração da RMS com a RAS, no âmbito da rede pública de serviços de saúde, com vista à interdisciplinaridade e integralidade, fortalecendo o campo da Saúde Coletiva, que vai contra o modelo biométrico.

Considerando a realidade particular da vivência em rede, tem-se como objetivo deste estudo: relatar a experiência de um enfermeiro residente na Rede de Atenção Especializada e Intersetorial no interior do Ceará. Para alcançar tal objetivo, utilizou-se a seguinte questão norteadora: Qual a significação e contribuição do percurso de rede na formação do residente?

METODOLOGIA

O presente artigo consiste em um estudo qualitativo de sistematização da experiência vivenciada, sob a perspectiva de um profissional de saúde-residente da categoria de Enfermagem, da Ênfase Saúde da Família e Comunidade, Turma V, período letivo 2018-2020, da RMS/ESP/CE, durante o 2º ciclo do percurso de rede na Rede de Atenção Especializada e Intersectorial. O período de vivência em rede compreendeu os meses de junho a agosto de 2019, em que eram cumpridos dois turnos de quatro horas cada, totalizando oito horas semanais. No que se refere ao percurso de rede, esse está organizado na forma de ciclos, nos quais o profissional de saúde-residente passa por todos eles, sendo três consecutivos e um ciclo transversal, a saber: 1º ciclo – Rede de Atenção Psicossocial; 2º ciclo – Rede de Atenção Especializada e Intersectorial; 3º ciclo – Gestão e Regulação; e, quanto ao transversal, na Rede Hospitalar e Rede de Urgência e Emergência. Ressalta-se que, no presente trabalho, serão relatados aspectos referentes à vivência do 2º ciclo na Rede de Atenção Especializada e Intersectorial.

Todos os momentos foram articulados e agendados previamente por meio de mediação realizada pela preceptora de campo da RMS/ESP/CE, com a responsável pela Policlínica Municipal de Horizonte-CE. A vivência foi de observação/orientação e não causou nenhum prejuízo, sendo conduzida de modo íntegro e respeitoso.

A construção da sistematização da experiência foi ancorada com base na estrutura proposta por Holliday (2006), e está alicerçada nos seguintes passos: (1) o ponto de partida, que refere-se à experiência vivenciada; (2) as perguntas iniciais sobre a ação; (3) a recuperação do processo vivido; (4) a reflexão de fundo; (5) o ponto de chegada.

No que tange à sistematização de experiência, entende-se que somente quando se compreende de forma profunda a experiência vivida é que se torna possível compartilhar aprendizagens, identificar e construir abordagens teóricas que podem contribuir no aperfeiçoamento de práticas¹⁸. Para isso, observam-se a seguir as etapas que compõem o referido relato e que ajudarão a compreender o contexto vivido.

Em relação à primeira etapa, “O ponto de partida”, a literatura¹⁸ traz que é preciso ter participado e ter o registro da experiência acerca dos fatos vividos. Com isso, o trabalho em questão trata-se de um recorte

abrangendo o percurso de rede durante o período em que ele ocorreu. Os registros foram feitos por meio de instrumento específico que é fornecido pela RMS/ESP/CE para registro das atividades, denominado “diário de campo”, o qual possuía os seguintes itens: data, atividades desenvolvidas e comentários do profissional de saúde-residente acerca das percepções e reflexões vividas. Ou seja, durante as atividades do percurso de rede, os registros foram feitos utilizando o referido instrumento, o que possibilitou tecer informações acerca das percepções e reflexões vividas que serão compartilhadas neste trabalho.

Com relação à segunda etapa, “As perguntas iniciais” consistem em sinalizar quais experiência(s) queremos sistematizar, definir o objeto e delimitar os aspectos centrais da experiência; no caso, os eixos que se pretende sistematizar¹⁸. A terceira etapa consiste na “Recuperação do processo vivido”, a qual contempla o processo de reconstrução da experiência vivida; para isso, é preciso ordenar e classificar a informação¹⁸. A quarta etapa trata da “Reflexão de fundo”, ou seja, destina-se ao questionamento sobre o que aconteceu e por que aconteceu. No presente trabalho, essas duas etapas são apresentadas conjuntamente. Quanto à última, “Os pontos de chegada”, trata-se da finalização ou considerações finais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ponto de partida

O município de Horizonte fica localizado na região metropolitana de Fortaleza-CE, a uma distância de 40,1 quilômetros da capital do estado do Ceará¹⁹; possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,658 e uma população estimada de 68.529 no ano de 2020²⁰. Sua área de unidade territorial é de 160.557 quilômetros quadrados, dividida em quatro distritos: Aningas, Dourado, Queimadas e a sede, Horizonte¹⁹.

A Equipe de Saúde da Família e Comunidade da Turma V da RMS/ESP/CE era composta por dois profissionais enfermeiros(as) e uma odontóloga, considerados equipe fixa. Além disso, contava com os profissionais de saúde-residentes que compunham o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), a saber: Fisioterapeuta, Psicóloga, Nutricionista e Assistente Social, que atuavam e davam suporte na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da

equipe fixa e em mais duas UAPS.

No município de Horizonte, os profissionais de saúde-residentes estavam lotados em uma UAPS que fica localizada em um distrito da Zona Rural da referida cidade. A UAPS em questão contava com quadro de funcionários das seguintes categorias: um médico; uma enfermeira; um dentista; uma técnica em saúde bucal; duas técnicas de enfermagem; um auxiliar administrativo; a gerente da UAPS; 11 agentes comunitários de saúde (ACS); dois trabalhadores de serviços gerais.

Seguindo as normativas da RMS/ESP/CE, e por intermédio da preceptoria de núcleo, foram selecionadas duas microáreas para cada profissional de saúde-residente da categoria de enfermagem; com isso, eles tinham a responsabilidade sanitária desses locais, ou seja, realizavam os atendimentos de enfermagem dessa população e as reuniões com ACS responsáveis pelas microáreas do residente. Durante o período da RMS/ESP/CE, a agenda também contemplava atividades do território em parceria com os demais membros da equipe multiprofissional do NASF e odontologia.

Nesse cenário, surgem as atividades do percurso de rede, que só começam no segundo ano de residência, período no qual o residente é denominado de R2. O fato de começar no R2 consiste em ser um momento de maior maturidade técnico-científica e política para o melhor aproveitamento da vivência. Além disso, nesse período já é possível ter uma visão mais ampla do funcionamento dos serviços ofertados no município, uma vez que já está atuando como profissional integrante do serviço de saúde na UAPS, e, sendo assim, o residente já conhece melhor como acontecem os fluxos de encaminhamentos na rede municipal.

Conforme já pontuado, o percurso de rede é o momento em que o profissional de saúde-residente se ausenta do seu cenário de prática durante dois turnos semanais para ir a outro ponto do serviço que compõe as redes assistenciais, seguindo cronograma definido pela RMS/ESP/CE. Para que o percurso de rede ocorra, lança-se, especificamente para esse momento, um cronograma pela RMS/ESP/CE, para os residentes, com as datas de início e término de cada etapa de ciclo. Para isso, cada residente, com o(a) seu(sua) preceptor(a), passa a verificar e escolher quais as disponibilidades dos turnos na agenda do profissional de saúde-residente do serviço, de modo que este ficará ausente do cenário de prática nos turnos escolhidos; entretanto, ele passa a ir ao

serviço que o receberá no percurso de rede.

É válido destacar que o residente vive a sua rotina intensamente no serviço no qual está lotado, ou seja, ao longo da residência, segue com os seus atendimentos, reuniões de equipe, roda de campo e núcleo, participação nos módulos presenciais realizados nas dependências da ESP/CE, entre outras atividades que também fazem parte da agenda desse profissional. Nesse sentido, é importante salientar que o percurso de rede é uma atividade que está prevista no cronograma da residência.

As perguntas iniciais

Para a definição dos dois eixos foram considerados fatores relacionados ao interesse pessoal do profissional de saúde-residente pelas duas áreas, além do fato de possibilitarem adquirir novos conhecimentos com profissionais experientes e, com isso, aplicá-los na prática no âmbito da UAPS. De todos os ciclos trilhados no percurso de rede, o segundo ciclo foi aquele mais impactante na visão do residente, devido ao fato de as atividades vivenciadas nesse ponto da rede coincidirem com a realidade da rotina da UAPS, ou seja, uma das principais demandas no serviço era o atendimento a crianças em consultas de puericultura, além da realização das consultas de pré-natal; por isso, buscou-se versar acerca do 2º ciclo da Rede de Atenção Especializada e Intersetorial, pois, nesse ponto da rede, foi possível ao residente enriquecer os seus conhecimentos acerca do atendimento aos referidos públicos.

Recuperação do processo vivido e reflexão de fundo

Nesta seção, apresenta-se a “recuperação do processo vivido”, ou seja, nessa etapa, ocorre a reconstrução da experiência vivida, que será feita por meio da descrição das atividades de cada momento, explanando-se, dessa forma, acerca da rotina nesse período. Na etapa da “reflexão de fundo” são apresentados questionamentos sobre o que aconteceu e por que aconteceu. Destaca-se que, para a construção deles, levou-se em consideração a recuperação da vivência e, nesse momento, buscou-se refletir acerca dela com criticidade sob a ótica do profissional de saúde-residente diante dos fatos vivenciados.

Para isso, definiram-se os eixos conforme a

vivência propriamente dita, ou seja, cada eixo teve a sua descrição relacionada ao momento tido com cada profissional especialista no acompanhamento dos seus atendimentos. Os eixos a seguir têm o propósito de mostrar, sob a ótica do residente, a oportunidade de viver o percurso de rede, além de possibilitar mostrar para os futuros residentes a importância desse momento.

Acompanhando as consultas em pediatria em nível especializado

Foi gratificante durante a vivência em rede acompanhar as consultas realizadas pela médica pediatra, com a participação em cinco turnos nos seus atendimentos. No primeiro contato com a pediatra da policlínica, ocorreu uma breve apresentação do profissional residente e das suas expectativas, bem como foi explicado o propósito do percurso de rede.

Na ocasião, foi referido o interesse pela área em questão, ao considerar que o profissional de enfermagem é um dos importantes atores na vigilância do crescimento e do desenvolvimento de crianças por meio da realização das consultas de puericultura, que são utilizadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, um espaço oportuno ao possibilitar observar possíveis agravos.

Destaca-se que a consulta de puericultura consiste numa supervisão e acompanhamento periódico que tem a finalidade de promover a saúde, prevenir doenças e identificar precocemente alterações que possam comprometer a evolução saudável da criança^{21,22}. Dessa forma, cabe também ao profissional de enfermagem assumir a conduta de fazer o direcionamento da criança para os profissionais médicos especializados na área em pediatria, caso encontre alguma alteração clínica. Medida importante para que a criança tenha acesso ao serviço especializado para a condução do agravo.

Durante as consultas realizadas pela médica pediatra, o residente em questão ficava no consultório e observava as evoluções e as prescrições realizadas pela profissional, bem como observava as anotações feitas na caderneta da criança. Observou-se que nas consultas ocorria grande interação entre clientes e profissional. O fator novo nas consultas, no caso, foi a presença do residente, tendo em vista que a grande maioria dos clientes já era acompanhada, ou seja, tinha familiaridade com a médica. Entretanto, não foi percebida resistência, de modo que os pais/

responsáveis foram sempre gentis e participativos.

Um dos fatores que consideramos muito gratificante nas consultas foi a possibilidade de poder contribuir, quando julgava pertinente, ao proferir orientações para os responsáveis da criança de forma a complementar as orientações da pediatra. Entre as orientações reforçadas, cita-se o alerta para as medidas de segurança no que tange a evitar acidentes no ambiente doméstico, entre outras. São informações importantes de relembrar, que, somadas àquelas já proferidas nas consultas de puericultura no ambiente da UAPS, contribuem para disseminar e reforçar o conhecimento aos pais/responsáveis.

Durante o acompanhamento das consultas, houve a observação da mensuração do comprimento, peso, circunferência cefálica e perímetro torácico das crianças pela pediatra. Procedimentos esses que já são de conhecimento e prática do enfermeiro na UAPS, porém a observação em questão trouxe novos aprendizados no que tange à forma de abordagem para fazer o procedimento de exame físico da criança: a palpação abdominal, avaliação dos marcos do desenvolvimento por meio da interação no ato da consulta, bem como por meio de pergunta aos próprios pais/responsáveis. Todos esses momentos vivenciados contribuíram de forma relevante ao permitir observar novas formas de abordagens, por exemplo, na realização de perguntas e ao lidar com pais/responsáveis.

No contexto citado, destaca-se a atuação do cuidado de enfermagem voltado a crianças com menos de cinco anos no espaço da ESF, que também engloba diversos aspectos, entre eles, ações de saúde diretamente relacionadas à assistência, como a realização de exame físico, orientações sobre aleitamento materno, alimentação infantil e acerca da prevenção de acidentes²³. Com isso, é válido frisar que, independentemente do local, seja ele UAPS ou centro especializado, essas orientações devem fazer parte da conduta a ser utilizada por esse profissional como estratégia de prevenção e promoção da saúde.

Acompanhar as consultas também oportunizou visualizar casos patológicos diversos e interessantes no âmbito das afecções em pediatria, bem como possibilitou ver as principais condutas empregadas para lidar com as doenças. Como enfermeiro, o sujeito da pesquisa considera ser crucial o ato de buscar entender as patologias de uma forma mais ampla, para, com isso, ter mais embasamento para identificar alterações e/ou afecções e, posteriormente, encaminhar para o serviço especializado avaliar e

fazer o tratamento.

A oportunidade com a pediatra permitiu sanar dúvidas em relação à interpretação de resultado do teste do pezinho e encaminhamentos. Diante disso, é válido destacar que ao enfermeiro cabe a vigilância de casos desse tipo, bem como proferir as orientações aos pais sobre a importância da realização desse teste, além dos demais testes que compõem a triagem neonatal.

As consultas também proporcionaram presenciar os atendimentos a crianças que nasceram prematuras e que faziam acompanhamento no serviço especializado. Foram momentos que envolveram grande despertar de curiosidade em conhecer as histórias de cada criança e oportunizaram ver os aspectos clínicos e as condutas tomadas. Dessa forma, o acompanhamento dos atendimentos da pediatra possibilitou a aquisição de mais conhecimentos acerca das especificidades exigidas nessas situações. A médica pediatra, sempre atenciosa, repassava os aspectos históricos e patológicos das crianças, e, com isso, o profissional de saúde-residente sentia-se naquele momento como parte integrante do cuidado.

Uma das dúvidas recorrentes nas consultas consistia na fase de transição alimentar, ou seja, a criança que completou seis meses de vida iria sair da amamentação exclusiva para iniciar a alimentação complementar. E, para explicar esse processo de transição, a médica adotava a técnica de ilustrar quais os tipos de alimentos deveriam compor o cardápio da criança; para isso, a referida fazia um desenho ilustrando um prato em uma folha de papel para demonstrar as porções referentes a cada alimento que iria compor aquele prato representativo, conforme a idade da criança. Observou-se que a técnica utilizada era bem compreendida pelos pais, pois, de uma forma simples, ficava lúdico e, ao final da consulta, aquele desenho feito no ato era dispensado aos pais da criança pela pediatra.

Nas consultas na UAPS, costumeiramente eram feitas explicações acerca dos alimentos com as sugestões de cardápios, mas, a partir do conhecimento da técnica do desenho do prato, houve a adoção desta nas consultas de puericultura, o que gerou ótima aceitação e compreensão dos pais.

No contexto citado anteriormente, o profissional de saúde, em especial, o enfermeiro, possui um papel crucial na promoção de uma alimentação infantil saudável, por meio da orientação de mães, pais e/ou responsáveis pelas crianças referente às técnicas para o adequado preparo, higiene e noções de consistência

e porções ideais das refeições, observando a diversificação alimentar que atenda às necessidades, respeitando cada fase do desenvolvimento^{24,25}, sendo que tais orientações podem ser proferidas na consulta de enfermagem, em programas à saúde individual ou de grupos específicos, respaldados pela legislação brasileira²⁵⁻²⁸. Nesse sentido, o enfermeiro assume um importante destaque na execução das referidas atividades, uma vez que a sua vinculação cotidiana permite a operacionalização de medidas educativas para as populações usuárias do serviço de saúde, principalmente para aquelas que já são acompanhadas no serviço.

A vivência em rede na clínica pediátrica trouxe novos aprendizados, ao oportunizar observar situações atípicas que, enquanto enfermeiro residente de UAPS, não teria a possibilidade de ver, pois o contato com casos mais complexos não era rotina no serviço. Outro fator extremamente positivo foi o acesso a outra categoria profissional especializada, isso foi algo novo, principalmente acompanhar consultas e ver, na prática, acontecer a consolidação da rede de atenção especializada, ou seja, ver que as demandas encaminhadas ao nível de atenção primário são acolhidas em nível especializado.

Diante disso, é válido ressaltar como satisfatório o fato de viver o percurso de rede de forma intensa a cada turno ofertado pela RMS, no âmbito em questão, fato esse que trouxe novos saberes e, dessa forma, contribuiu substancialmente para aplicar esses conhecimentos na prática diária nas consultas de puericultura desenvolvidas no escopo da UAPS. Dessa forma, a vivência do percurso de rede promove a educação permanente do profissional de saúde-residente, o qual é inserido nos mais diversos ambientes da saúde, entre eles, no âmbito especializado, ao possibilitar o aprendizado com outras categorias profissionais.

Nesse contexto, é válido ressaltar o grande marco da existência da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), que foi instituída no ano de 2004, pela Portaria n.º 198/2004, com vistas à estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, e que teve as suas diretrizes de implementação definidas na publicação da Portaria n.º 1996/2007²⁹⁻³¹. A PNEPS objetiva a qualificação, bem como o aperfeiçoamento do processo de trabalho nos mais diversos níveis do sistema, orientando-se em direção à busca pela melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação dos serviços³¹.

Acompanhando as consultas em obstetrícia no pré-natal de alto risco em nível especializado

Outro momento marcante durante a vivência em rede foi o acompanhamento das consultas do Pré-natal de Alto Risco (PNAR) realizadas pela médica obstetra da policlínica. Na ocasião, houve a participação do residente em cinco turnos, com a referida profissional, nos seus atendimentos. Novamente, foi bem recepcionado pela especialista, a qual o deixou livre para participar das consultas por meio da realização de orientações de forma a complementar as já proferidas pela médica. A profissional em questão era bastante experiente na área, tendo atuado por várias décadas. Durante as consultas, ficava sentado ao lado da médica e de frente para a cliente gestante, acompanhava os registros nos prontuários, bem como as condutas referentes às terapias medicamentosas e verificava as cadernetas para compreender o histórico da cliente; mesmo assim, a obstetra sempre contextualizava o histórico da cliente para que o residente ficasse a par da história clínica.

As consultas normalmente se iniciavam com a médica perguntando se estava tudo bem; posteriormente, questionava sobre o seguimento da terapia medicamentosa e se haviam seguido as orientações recomendadas no último atendimento; solicitava a caderneta da gestante e os exames laboratoriais. Feito isso, a médica fazia os registros e convidava a gestante para ser feito o exame físico, como manobras de Leopold, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, toque vaginal, quando necessário, entre outros.

A médica sempre perguntava referente às consultas na UAPS, bem como conferia a caderneta para ver os atendimentos anteriores, lembrando que, mesmo sendo acompanhada no PNAR, a gestante continua concomitante seu acompanhamento na UAPS.

Nesse aspecto citado anteriormente, é válido ressaltar a importância de que o vínculo da gestante permaneça com a UAPS, pois o enfermeiro realiza orientações, tira dúvidas referentes à gestação, parto e pós-parto; sendo assim, mesmo estando no PNAR, a gestante continua mantendo suas consultas de pré-natal no espaço da UAPS³².

Logo no primeiro dia de observação das consultas houve boa interação com a médica obstetra e com as gestantes. A obstetra era sempre muito gentil e tratava com humanização as gestantes, inclusive o profissional de saúde-residente. Com relação aos

atendimentos, observou-se que as gestantes ficavam bem à vontade para expressar seus sentimentos, contar suas angústias e falar sobre a terapia medicamentosa, entre outras questões.

Durante os atendimentos relatados, a médica explicava cada caso recebido e mencionava os motivos de a gestante ter sido encaminhada ao serviço especializado, bem como as condutas utilizadas em cada situação no tratamento. Com isso, foi possível ter a dimensão da complexidade do serviço e da grande responsabilidade de lidar com cada caso. Ressalta-se que o enfermeiro da UAPS também tinha gestantes nas microáreas, as quais eram consideradas de alto risco, e que também eram assistidas pela profissional. Observar os atendimentos oportunizou entender como aconteciam as consultas no PNAR e ver quais eram as medidas adotadas em cada situação, tais como terapia medicamentosa, orientações, exames, entre outras, que eram feitas pela obstetra. Isso ajudou a compreender os casos e melhor assistir as gestantes durante as consultas na UAPS, além de contribuir para identificar casos que precisavam ser encaminhados para o serviço especializado.

Durante as consultas, a médica abriu o espaço para que o profissional de saúde-residente contribuísse quando necessário. Nesse sentido, aconteceu a participação em diversas ocasiões, com orientações para as clientes, tais como reforçar o uso correto das medicações, ressaltar sobre a importância das consultas de pré-natal, enfatizar sobre a importância de ter uma alimentação adequada na medida do possível, entre outras. Em determinadas situações, a própria médica solicitava as considerações do profissional de saúde-residente com relação às orientações, fato esse que o deixou contente ao ver que aquela profissional valorizava o ser enfermeiro.

Em determinada ocasião, tratou-se acerca dos critérios de encaminhamentos de gestantes para o serviço de alto risco; no dia em questão, foi levado o instrumento de estratificação de risco que é usado na UAPS para debater com a médica, além de possibilitar sanar dúvidas com relação à questão. No serviço de assistência ao pré-natal na UAPS, o enfermeiro faz a estratificação de risco da gestante logo na primeira consulta, além de ficar revisando os critérios a cada consulta.

A estratificação é feita seguindo a ficha de estratificação de risco da gestante do Projeto QualificaAPSUS Ceará. A ficha de estratificação apresenta três níveis, a saber: risco habitual ou baixo risco, risco intermediário e gestação de alto risco,

que serve para guiar o profissional no seguimento da gestante e na tomada de decisão para possíveis encaminhamentos³³.

Conforme o estrato de risco gestacional, as gestantes de risco habitual ou baixo risco seguem a consulta de pré-natal na UAPS, com o parto ocorrendo na maternidade de risco habitual. Já para as de risco intermediário, a condução é na UAPS e o parto deve ser feito em maternidade de risco habitual/intermediário; e, para as de alto risco, devem ser acompanhadas na UAPS e também na Policlínica/Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco, com o parto a ser realizado na maternidade de alto risco³³.

Durante o cenário de observação da vivência em rede, oportunizou-se acompanhar diversos casos patológicos em gestantes, entre eles, casos de tratamento realizado pela médica para o diabetes *mellitus* gestacional (DMG). Ao longo da rotina de atendimentos na UAPS não havia atendido gestante com DMG, fato que o percurso de rede possibilitou experienciar.

Destaca-se que o DMG é um evento caracterizado pela taxa de glicose alta no sangue, no período da gravidez, afecção que, na maioria das vezes, desaparece após evento do parto e que pode trazer complicações para a mãe e para o bebê³⁴. Conhecer os aspectos da DMG na prática, ao ver o atendimento, além de ouvir o relato das gestantes e as medidas terapêuticas adotadas, contribuiu para entender melhor a doença no período da gestação.

Outra doença bastante recorrente nos atendimentos do PNAR é a hipertensão arterial na gestação. Ao realizar o atendimento, a médica fazia questão de explicar todos os detalhes da afecção, além de fazer apanhado do quadro patológico da gestante; dessa forma, o residente ficava inteirado dos motivos que levaram ao encaminhamento e das condutas farmacológicas utilizadas. Acompanhava atentamente a avaliação dos exames e as orientações que eram repassadas para as clientes.

Ressalta-se que a hipertensão preexistente na gravidez pode ser diagnosticada anteriormente à concepção ou até a vigésima semana, sendo caracterizada como Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) acontecendo após a referida data e até 42 dias pós-parto³⁵.

Na rotina do PNAR eram atendidas muitas gestantes com DHEG, com isso, o residente acabou participando de um dos atendimentos de uma gestante que havia feito o encaminhamento, pois a referida

era acompanhada na UAPS de atuação do residente. No caso em questão, a gestante apresentou resultado de exame alterado, era obesa, com baixa estatura, faixa etária de risco e quadro importante de anemia; diante disso e com base na estratificação de risco, a conduta foi pelo encaminhamento ao PNAR.

Nesse aspecto, é válido frisar que o enfermeiro é hábil para proceder na identificação desses casos, fazer os primeiros atendimentos e realizar o encaminhamento para acompanhamento de gestante de alto risco³⁶.

Diante do que foi exposto, sinaliza-se que o percurso de rede trouxe uma aproximação com outra realidade de atendimentos em nível de rede de alta complexidade, e possibilitou acompanhar a rotina da obstetrícia por uma ótica diferente daquela vivida no espaço da UAPS, uma vez que favoreceu o acesso a casos mais complexos e participação no atendimento de uma profissional de outra categoria, no caso, a médica obstetra.

Viver o percurso de rede no PNAR foi muito enriquecedor pela oportunidade de ter acesso ao nível especializado do município e conseguir viver a rotina de atendimento do serviço em questão, fato esse que os moldes do formato da residência possibilitaram. O formato criado para o percurso de rede é um diferencial para a RMS/ESP/CE, ao oportunizar não só o percurso em rede, mas por a própria estrutura da residência favorecer a interdisciplinaridade e a intersectorialidade, ao levar o residente para outro ponto da rede, ou seja, não ser estático e ficar estático.

Fato esse que permitiu estar ao lado de uma médica e participar de seus atendimentos com orientações e/ou reforçá-las, isso foi algo satisfatório. Estabelecer uma relação profissional foi determinante no percurso da residência, tendo em vista a considerável demanda na UAPS no atendimento de gestantes. Além disso, o percurso de rede tornou possível ver a atuação de uma profissional experiente na área e ouvir suas dicas, o que contribuiu grandemente para o agir profissional do residente na condução das suas consultas, pois acabou obtendo dicas profissionais que ajudaram na execução das atividades. Um exemplo disso foi na manobra de Leopold, pois, ao ver a habilidade da médica ao fazer a manobra e ao localizar o som dos batimentos cardíofetais, foi possível adquirir e empregar mais destreza nesses procedimentos, nas consultas da UAPS.

Dessa forma, o aprendizado no seguimento em

questão proporcionou grandes aprendizados no fazer e no agir, enquanto profissional, contribuindo substancialmente para aprimorar os conhecimentos e, oportunamente, realizar a aplicabilidade desses na prática diária nas consultas desenvolvidas no escopo da UAPS.

Portanto, considera-se o percurso de rede como uma etapa crucial para a estadia no período da RMS/ESP/CE, pois o contexto no qual o residente estava inserido possibilitou o contato com o serviço especializado, que, por muitas vezes, está distante do profissional da Atenção Primária, de modo que o formato da RMS/ESP/CE oportuniza não só conhecer a dinâmica do serviço, mas, para além disso, permite acompanhar o profissional desse serviço nas suas consultas, colocando em prática o princípio da intersectorialidade e também da multidisciplinaridade nesse contexto.

CONCLUSÃO

A experiência vivenciada contribuiu para o aprimoramento dos conhecimentos e, além disso, proporcionou que o sujeito da pesquisa vivenciasse a integralidade no contexto da rede especializada, vendo na prática os desfechos dos encaminhamentos, bem como oportunizou observar a dinâmica do serviço em questão.

O percurso de rede trouxe implicações que sinalizamos como positivas para a enfermagem, entre elas, o fato de conhecer os fluxos do serviço *in loco*, tornar próximo o contato com profissionais especializados e construir uma ponte alicerçada na aprendizagem.

Portanto, a vivência traz um significado de pertencimento como profissional de saúde residente ao vislumbrar os novos caminhos que trilham o serviço de saúde ao permitir viver a intersectorialidade e multidisciplinaridade na rede especializada.

O aprendizado no percurso de rede proporcionou adotar técnicas de cunho lúdico no espaço da UAPS, as quais possibilitaram melhorar a compreensão dos pais acerca das composições de cardápio nas consultas de puericultura.

Como fator limitante, aponta-se o fato de a participação ter ocorrido estritamente por meio da observação/orientação, ou seja, de forma indireta, entretanto, é justificável pelo fato de estar em um serviço especializado de abrangência de outra categoria profissional. Observa-se, porém, que mesmo diante desse fator foi possível promover momentos

de educação em saúde por meio da orientação.

Por fim, espera-se que a experiência em questão ajude a futuros residentes a compreenderem substancialmente acerca do funcionamento do percurso de rede e suas possibilidades. Fica a esperança de que a sistematização da experiência consiga despertar o interesse de futuros profissionais residentes em compartilhar as suas vivências em rede com outras categorias de especialistas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francisco Mardones dos Santos Bernardo contribuiu com o delineamento do estudo, redação e revisão crítica do manuscrito. **Emília Soares Chaves Rouberte** contribuiu com o delineamento do estudo, redação e revisão crítica do manuscrito. **Diego da Silva Ferreira** contribuiu na revisão crítica do manuscrito. **Mônica de Oliveira Belém** contribuiu com o delineamento do estudo, redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2020 Nov 14];18(3):592-595. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46360/27850>
2. Brasil. Residência Multiprofissional [Internet]. 2020. [cited 2020 Apr 14]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>
3. Brasil. Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005 [Internet]. Brasília; 2005 [cited 2020 Nov 14]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
4. Filho EJS, Sampaio J, Braga LAV. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sob o olhar dos residentes. *Tempus, actas de saúde colet* [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 16];10(4):129-149. Available from: <https://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2245/1714>
5. Ceará (Estado). Edital n.º 29/2017. Processo seletivo para os programas de residência em área profissional da saúde, na modalidade multiprofissional e uniprofissional [Internet]. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2017 [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.esp.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/78/2019/01/29-2017-dipsa-residencia-multiprofissional-ris-edital.pdf>

6. Maia IMQ, Goya N. Percepções da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. Sanare [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 16];15(2):68-77. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1040/586>
7. Barreto ICHC, Oliveira EN, Andrade LOM, Sucupira ACL, Linhares MSC, Sousa GA. Residência em Saúde da Família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. Sanare [Internet]. 1999 [cited 2020 Nov 16];1(1):18-26. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/arti%20cle/view/216/203>
8. Sobral (Município). Edital SMS n.º 27/2021. Processo seletivo unificado para potenciais vagas nos programas de residência multiprofissional em saúde da família e residência multiprofissional em saúde mental – 2022/2024. [Internet]. Sobral; 2021 [cited 2022 Jun 04]. Available from: https://saude.sobral.ce.gov.br/media/com_download/files/20211029114310.pdf
9. Ceará (Estado). Residência. [Internet]. [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.saude.ce.gov.br/ensino-e-pesquisa/residencia/>
10. Apoio às Residências em Saúde. Manual do participante. Seleção para os programas de residência multiprofissional e uniprofissional da saúde – 2022. [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 04]. Available from: https://www.resmedceara.ufc.br/ares/wp-content/uploads/2021/09/Edital_Completo_n_05_2021_PSURESMULTI_retificado.pdf
11. Ceará (Estado). Seleção para os programas de Residências em Saúde do Ceará oferta mais de 950 vagas [Internet]. ESP; 2021 [cited 2022 Jun 6]. Available from: <https://www.esp.ce.gov.br/2021/09/08/selecao-para-os-programas-de-residencias-em-saude-do-ceara-oferta-mais-de-950-vagas/>
12. Ceará (Estado). Regimento Interno da Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE). Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2013.
13. Brasil. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2020 Nov 14]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf
14. Cyrino AP, Parada CMGL. A construção da Residência Multiprofissional em Saúde de Família na Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp). In: Brasil. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2020 Nov 14]. p. 141-52. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf
15. Oliveira CRF, Samico IC, Mendes MFM, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 6];35(4):1-16. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/98zDd8HkhzYHTGXYWmPY5pq/?format=pdf&lang=pt>
16. Brasil. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011: Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2011 Jun 28 [cited 2022 Jun 6]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.508%2C%20DE%2028,interfederativa%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs
17. Damaceno AN, Lima MADS, Pucci VR, Weiller TH. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 6];10(14):1-14. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/arti cle/view/36832>
18. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2. ed. Brasília: MMA; 2006.
19. Horizonte (Município). Sobre a cidade [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 11]. Available from: <http://www.horizonte.ce.gov.br/sobre-a-cidade/>
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Horizonte [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 11]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/horizonte/panorama>
21. Zanardo GM, Andrade U, Zanardo GM, Menezes LP. Atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão narrativa da literatura. Rev Enfermagem FW [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 16];13(13):55-69. Available from: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/2561>
22. Alves RMM, Araújo DSS, Delmondes RL, Ferreira LCS, Francisco RRG, Luna F, et al. Consulta de Puericultura: o olhar sobre a prática do enfermeiro. Interfaces [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 16];7(1):187-190. Available from: <https://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/655>
23. Furtado MCC, Mello DF, Pina JC, Vicente JB, Lima PR, Rezende VD. Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 16];27(1):1-11. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072018000100309&script=sci_abstract&tlnq=pt

24. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2020 Dec 11]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
25. Modes PS, Gaíva MA, Monteschio CA. Incentivo e promoção da alimentação complementar saudável na consulta de enfermagem à criança. Rcs [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 11];20(40):189-98. Available from: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/10348>
26. Brasil. Presidência da República. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1986 [cited 2020 Dec 11]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm
27. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n.º 94.406/87. Regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1987 [cited 2020 Dec 11]. Available from: http://www.cofen.gov.br/decreto--n-9440687_4173.html
28. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n.º 568/2018 – Alterada pela Resolução Cofen n.º 606/2019 [Internet]. Brasília; 2018 [cited 2020 Dec 11]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0568-2018_60473.html
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2004 [cited 2020 Dec 20]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília; 2007 [cited 2020 Dec 20]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
31. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. Brasília; 2018 [cited 2020 Dec 20]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
32. Silva DF, Jesus EG; Peres LC. Assistência de enfermagem na unidade básica de saúde na doença hipertensiva específica na gestação. Refaci [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec 11];2(2):1-11. Available from: <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/575/210>
33. Ceará (Estado). Projeto QualificaAPSUS Ceará. Oficina 3 as condições crônicas na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Ceará; 2016 [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/qualificaapsus-apostila-3.pdf>
34. Fernandes EA, Santos MTS, Castro AP. Causas e repercussões da diabetes gestacional. Rev Int Violência e Saúde [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 11];3(2). Available from: <https://editoraverde.org/portal/revistas/index.php/revis/article/download/151/237>
35. Sousa MG, Lopes RGC, Rocha MLTLF, Lippi UG, Costa ES, Santos CMP. Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. Einstein [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 11];18:1-7. Available from: <https://www.scielo.br/j/eins/a/w3cWNjQHfKrd797sBGSXz8J/?format=pdf&lang=pt>
36. Nour GFA, Castro MM, Fontenele FMC, Oliveira MS, Brito JO, Oliveira ARS. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da Gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem. Sanare [Internet]. 2015 [cited 2020 Dec 11];14(1):121-128. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/620>

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>