

ISSN: 1676-8019

# SANARE

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS



## **SANARE**

Revista de Políticas Públicas

SANARE, Sobral - 2025. Jan.-Jun.; 24(1), p.01-190.

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

### **CONSELHO EDITORIAL**

#### **NACIONAL/NATIONAL**

Adriana Gomes Nogueira Ferreira – UFMA  
Aluisio Ferreira de Lima – PUCSP  
Anyá Pimentel Gomes Fernandes V. Meyer – FioCruz  
Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado – UPE  
Camilla Araújo Lopes Vieira – UFC  
Camilo Darsie de Souza – UNISC  
Christlene Carvalho dos S. Pereira Cavalcante – UNINTA  
Cristianne Maria Famer Rocha – UFRGS  
Edson Batista dos Santos Júnior – UFAM  
Edson Holanda Teixeira – UFC  
Fabiane do Amaral Gubert – UFC  
Fernando Sérgio Pereira de Sousa – UFPI  
Francisca Lopes de Souza - F5  
Francisco Arnaldo N. de Miranda – UFRN  
Geison Vasconcelos Lira – UFC  
Glauberto da Silva Quirino – URCA  
Jeane Félix da Silva – UFRGS  
José Jailson de Almeida Junior – UFRN  
José Maria Ximenes Guimaraes – UECE  
José Olinda Braga – UFC

Luis Achilles Rodrigues Furtado – UFC  
Maria Adelane Monteiro da Silva – UVA  
Maria Corina Amaral Viana – UFC  
Maria de Fatima Antero Sousa Machado – URCA  
Maria Fátima de Sousa – UnB  
Maria Rocineide Ferreira da Silva – UECE  
Maria Veraci Oliveira Queiroz – UECE  
Milena Rodrigues Soares Mota – UNICEL  
Mirna Marques Bezerra Brayner – UFC  
Roberta Cavalcante Muniz Lira – UFC  
Viviane Oliveira Mendes Cavalcante - ESP-VS  
Vicente de Paulo Teixeira Pinto – UFC  
Yolanda Flores e Silva – UNIVALI

#### **INTERNACIONAL/INTERNATIONAL**

Félix Fernando Monteiro Neto – Univ. do Porto, Portugal  
Fco Antonio Loiola - Univ. de Montréal/Québec, Canadá  
Mirella Maria Soares Veras - Univ. of Ottawa, Canadá  
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

### **PREFEITURA**

Oscar Spindola Rodrigues Júnior  
*Prefeito*

Maria Imaculada Dias Adeodato  
*Vice-Prefeita*

Michelle Alves Vasconcelos Ponte  
*Secretária Municipal da Saúde*

Viviane Oliveira Mendes Cavalcante  
*Diretora da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia*

## PRODUÇÃO

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia - ESP-VS

Michelle Alves Vasconcelos Ponte  
*Editora-Chefe*

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto  
*Diagramação*

Brisana Índio do Brasil de Macêdo Silva  
*Editora Assistente*

Martônio Holanda  
*Capa*

Versão Digital

S A N A R E, Revista de Políticas Públicas v.24, n.1, Jan./Jun. 2025.  
- Sobral[CE]: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, 2025.

Semestral

ISSN: 1676-8019

1. Políticas públicas    2. Políticas de saúde    3. Saúde Coletiva  
CDD:362.1098131

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

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia  
Av. John Sanford, nº 1320 - Bairro Junco - Sobral/CE  
CEP: 62030-362 - Fone:(88) 3695.4266  
E-mail: [revistasanare.espvs@gmail.com](mailto:revistasanare.espvs@gmail.com)  
Portal Sanare: <http://sanare.emnuvens.com.br/>



**Fortalecer a Atenção Primária à Saúde: interprofissionalidade, equidade e resistência no SUS.**

Criada como uma iniciativa local para compartilhar experiências exitosas de gestão pública em Sobral-CE, a Revista Sanare consolida, a cada nova edição, seu papel como veículo nacional de circulação científica no campo da Saúde Coletiva. A edição de junho de 2025 dá continuidade a esse compromisso ao reunir 20 artigos que, sob diversas perspectivas analíticas, reforçam a centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS).

A diversidade temática dos trabalhos — que abrange promoção da saúde, condições crônicas, saúde da mulher, saúde mental, formação em saúde e os impactos da COVID-19 — expressa a vitalidade e a complexidade dos desafios enfrentados cotidianamente por profissionais, pesquisadores e gestores do campo da saúde. Essa multiplicidade também revela o quanto a intersetorialidade, o cuidado integral e a justiça social permanecem como pilares inegociáveis de um SUS democrático, inclusivo e resolutivo.

Os estudos sobre práticas integrativas e complementares em saúde, educação com gestantes, cuidado nutricional e acolhimento demonstram como a APS pode ser um território fértil para inovação em saúde, desde que sustentada por uma prática interprofissional e comprometida com a equidade. No mesmo sentido, os artigos que abordam condições crônicas e vulnerabilidades sociais evidenciam a urgência de políticas que reconheçam os determinantes sociais da saúde e que avancem na regionalização e qualificação dos serviços.

As reflexões sobre violência, bem como as experiências em saúde mental e formação profissional, apontam para a necessidade de se construir uma APS que seja crítica, humanizada e politicamente situada. Por fim, os trabalhos voltados à pandemia de COVID-19 reforçam a resiliência dos trabalhadores da saúde e a importância de consolidar redes de cuidado frente às emergências sanitárias.

Ao reafirmar o compromisso com o fortalecimento da atenção primária, esta edição reafirma também a missão da Sanare: ser um espaço de produção e circulação do conhecimento orientado à defesa do SUS e à transformação das realidades em que se insere. Que esta leitura inspire novas práticas, pesquisas e articulações em defesa da saúde como direito e da ciência como bem público.

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Michelle Alves Vasconcelos Ponte  
*Secretária Municipal da Saúde de Sobral.*  
*Enfermeira e Professora universitária do UNINTA.*  
*Doutora em Ciências da Educação/UTAD Portugal.*  
*Mestre em Saúde Pública/UFC.*

## 3 EDITORIAL

### 7 AURICULOTERAPIA POR FISIOTERAPEUTAS NA ATENÇÃO BÁSICA NORDESTINA E PIAUIENSE: SÉRIE HISTÓRICA

AURICULOTHERAPY BY PHYSIOTHERAPISTS IN PRIMARY CARE IN THE NORTHEASTERN AND PIAUI REGIONS: HISTORICAL SERIES

AURICULOTERAPIA POR FISIOTERAPEUTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL NORESTE Y PIAUIENSE: SERIE HISTÓRICA

*Vitória Bianca da Cunha Soares, Ana Beatriz de Araujo Veras, Gyovana Maria Lima Freire, Natasha Teixeira Medeiros*

### 15 SAÚDE DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO LITORAL DO PIAUÍ

HEALTH OF PREGNANT WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE ON THE COAST OF PIAUÍ

SALUD DE MUJERES EMBARAZADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA COSTA DE PIAUÍ

*Iara Sampaio Cerqueira, Susana Silva Lima, Amanda Maria Brito da Silva, Maurycyo Silva Geronço, Mayane Carneiro Alves Pereira*

### 24 SIGNIFICADOS E VIVÊNCIAS DE PUÉRPERAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

MEANINGS AND EXPERIENCES OF POSTPARTUM WOMEN REGARDING BREASTFEEDING

SIGNIFICADOS Y EXPERIENCIAS DE MUJERES EN EL PUERPERIO EN TORNO A LA LACTANCIA MATERNA

*Luiza Martins Camargo, Lisie Alende Prates, Larissa Pereira Dorneles, Elitiele Ortiz dos Santos, Jéssica Stragliotto Bazzan, Cenir Gonçalves Tier*

### 33 A PERCEÇÃO DE PESSOAS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS SOBRE SUA PATOLOGIA E MEDICAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM O LETRAMENTO EM SAÚDE

THE PERCEPTION OF PEOPLE WITH CHRONIC CONDITIONS ABOUT THEIR PATHOLOGY AND MEDICATION AND ITS RELATIONSHIP WITH HEALTH LITERACY

LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEADES CRÓNICAS SOBRE SU PATOLOGÍA Y MEDICACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA ALFABETIZACIÓN SANITARIA

*Desire Silva da Rocha Testa, José Roque Junges*

### 44 INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DIABETES: INTENSIFICANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NUTRITIONAL INTERVENTION IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND DIABETES: STRENGTHENING CARE IN PRIMARY HEALTH CARE

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES: INTENSIFICANDO EL CUIDADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*Lylían Cavalcante Fonteles, Karine da Silva Oliveira, Helena Alves de Carvalho Sampaio, Tamires Alexandre Félix, Francisco Valdicélio Ferreira*

### 58 RESSONÂNCIA DA VACINA CONTRA A COVID-19: RELAÇÃO ESPACIAL COM MORTALIDADE, VIOLÊNCIA E ATUAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE

COVID-19 VACCINE RESONANCE: SPATIAL RELATIONSHIP WITH MORTALITY, VIOLENCE, AND COMMUNITY HEALTH WORKER ENGAGEMENT

RESONANCIA DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19: RELACIÓN ESPACIAL CON LA MORTALIDAD, LA VIOLENCIA Y LA ACTUACIÓN DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD

*Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer, Sidney Feitoza Farias, Alice Maria Correia Pequeno, Regina Glauca Lucena Aguiar Ferreira, Ana Patrícia Pereira Morais, Elaine Ferreira do Nascimento, Aisha K. Yousafzai, André Luiz Sá de Oliveira*

### 70 MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL (2013 A 2021): ANÁLISE DESCRITIVA

BREAST CANCER MORTALITY IN NORTHERN BRAZIL (2013 TO 2021): A DESCRIPTIVE ANALYSIS

MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EM LA REGIÓN NORTE DE BRASIL (2013 A 2021): ANÁLISIS DESCRIPTIVO

*Alessandra Guimarães Farias, Giovanna Ferreira da Silva, Sérgio Beltrão de Andrade Lima, Patrícia Danielle Lima de Lima, Symara Rodrigues Antunes, Danielle Cristinne Azevedo Feio*

- 79 MORTALIDADE POR QUEDAS EM IDOSOS DO ESTADO DO CEARÁ: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL NO PERÍODO DE 2017 A 2021**  
MORTALITY FROM FALLS IN ELDERLY PEOPLE IN THE STATE OF CEARÁ: CHARACTERISTICS AND TIME DISTRIBUTION FROM 2017 TO 2021  
MORTALIDAD POR CAÍDAS EN ANCIANOS EN EL ESTADO DE CEARÁ: CARACTERÍSTICAS Y DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE 2017 A 2021  
*Renato Ribeiro de Oliveira, Maria Célia de Freitas*
- 86 PERFIL DO EGRESSO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DO CEARÁ**  
PROFILE OF GRADUATES FROM MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY PROGRAMS AT A HOSPITAL IN THE NOTHERN REGION OF CEARÁ  
PERFIL DEL EGRESADO DE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIAS MULTIPROFESIONALES DE UM HOSPITAL EN LA REGIÓN NORTE DE CEARÁ  
*Lucas Sousa Teixeira de Sousa Santos, Keila Maria Carvalho Martins, Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque, Tiago Sousa de Melo*
- 97 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL NA CONSTRUÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE DO CUIDADO**  
MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN MENTAL HEALTH FOR THE DEVELOPMENT OF INTERDISCIPLINARY CARE  
LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD MENTAL EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA INTERDISCIPLINARIEDAD DEL CUIDADO  
*Danyela dos Santos Lima, Lorena Saraiva Viana, Francisco Natanael Lopes Ribeiro, José Wellington Moraes Damaceno, Camilla Araújo Lopes Vieira*
- 105 APOIO MATRICIAL: DO SUPORTE TÉCNICO-PEDAGÓGICO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**  
MATRIX SUPPORT: FROM TECHNICAL-PEDAGOGICAL SUPPORT TO MENTAL HEALTH CARE  
APOYO MATRICIAL: DEL SOPORTE TÉCNICO-PEDAGÓGICO AL CUIDADO EN SALUD MENTAL  
*Maria Vitória Silva Ripardo, Adriano Matos Cunha, Lorena Saraiva Viana*
- 112 OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
THE CHALLENGES OF PSYCHOLOGY IN PUBLIC HEALTH POLICIES: AN EXPERIENCE REPORT  
LOS DESAFÍOS DE LA PSICOLOGÍA EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD: UN RELATO DE EXPERIENCIA  
*Débora Rocha Carvalho, Renata Vieira de Sousa, Rodrigo da Silva Maia, Camilla Araújo Lopes Vieira*
- 119 IMPACTO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
IMPACT OF PRIMARY CARE PRACTICES ON THE TRAINING OF MEDICAL STUDENTS: AN EXPERIENCE REPORT  
IMPACTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE MEDICINA: INFORME DE EXPERIENCIA  
*Aluisio Dluucas Alves e Gomes, Danielle Costa do Amaral, Vinicius Abreu Feijão Roberta, Cavalcante Muniz Lira, Roberta Cavalcante Muniz Lira*
- 126 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
HEALTH EDUCATION WITH PREGNANT WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE: AN EXPERIENCE REPORT  
EDUCACIÓN EN SALUD CON GESTANTES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN RELATO DE EXPERIENCIA  
*Monaliza de Sousa Moura, Maria Gabriela Cardoso Teles Monteiro*
- 135 POPULAÇÃO LGBTQIA+ NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMOCIM/CE**  
THE LGBTQIA+ POPULATION IN PRIMARY HEALTH CARE UNITS IN THE CITY OF CAMOCIM/CE  
POBLACIÓN LGBTQIA+ EN UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE CAMOCIM/CE  
*Priscila de Freitas Sousa, Larice Costa Lourenço*

- 141 ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBTQIA+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**  
CARE FOR THE LGBTQIA+ POPULATION IN PRIMARY HEALTH CARE: A NARRATIVE LITERATURE REVIEW  
ATENCIÓN A LA POBLACIÓN LGBTQIA+ EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD – UNA REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA  
*Paulo Rogério Nunes Barbosa*
- 154 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO NO BRASIL**  
OBSTETRIC VIOLENCE: A CONCEPT UNDER CONSTRUCTION IN BRAZIL  
VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UN CONCEPTO EN CONSTRUCCIÓN EN BRASIL  
*Ana Beatriz da Silva, Bertulino José de Souza, Eva da Silva Paiva, Maíara de Oliveira Lopes, Naylla Duarte de Queiroga, Francisco Lucas Cardoso da Silva*
- 160 QUAIS CORPOS MERECEM PROTEÇÃO? REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DAS “VIOLÊNCIAS” CONTRA AS MULHERES QUE SE PROSTITUEM**  
WHICH BODIES DESERVE PROTECTION? BIBLIOGRAPHIC REVIEW ABOUT “VIOLENCE” AGAINST WOMEN WHO PROSTITUTE THEMSELVES  
¿QUÉ CUERPOS MERECEM PROTECCIÓN? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE “VIOLENCIA” CONTRA LAS MUJERES QUE SE PROSTITUYEN  
*Roberta de Fátima Rocha Sousa, Juliana Vieira Sampaio*
- 169 PAPEL DOS ENFERMEIROS NA LINHA DE FRENTE DA COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA**  
THE ROLE OF NURSES AT COVID-19 FRONT LINE: AN INTEGRATIVE REVIEW  
PAPEL DE LOS ENFERMEROS QUE ACTUARON EN LA PRIMERA LÍNEA CONTRA LA COVID-19: REVISIÓN INTEGRATIVA  
*Beatriz da Silva Sousa, Roberlandia Evangelista Lopes Ávila, Lidyane Parente Arruda, Glaucirene Siebra Moura Ferreira*
- 178 REPERCUSSÕES CARDÍACAS DA COVID-19: MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DO SARS-COV-2 NA BRADICARDIA**  
CARDIAC REPERCUSSIONS OF COVID-19: PATHOPHYSIOLOGICAL MECHANISMS OF SARS-COV-2 IN BRADYCARDIA  
REPERCUSIONES CARDIACAS DE COVID-19: MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DE SARS-COV-2 EN BRADICARDIA  
*Mateus Teles Aguiar, Raimundo Fabrício Paiva Pinto, José Jordan de Menezes Magalhães, Maria Clara Moreira Santiago, Sandrielle Maria Brito do Nascimento, Eládio Pessoa de Andrade Filho*

# AURICULOTERAPIA POR FISIOTERAPEUTAS NA ATENÇÃO BÁSICA NORDESTINA E PIAUIENSE: SÉRIE HISTÓRICA

AURICULOTHERAPY BY PHYSIOTHERAPISTS IN PRIMARY CARE IN THE NORTHEASTERN AND PIAUI REGIONS: HISTORICAL SERIES

AURICULOTERAPIA POR FISIOTERAPEUTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL NORESTE Y PIAUIENSE: SERIE HISTÓRICA

Vitória Bianca da Cunha Soares <sup>1</sup>Ana Beatriz de Araujo Veras <sup>2</sup>Gyovana Maria Lima Freire <sup>3</sup>Natasha Teixeira Medeiros <sup>4</sup>**Como Citar:**

Soares VBC, Veras ABA, Freire GML, Medeiros NT. Auriculoterapia por fisioterapeutas na atenção básica nordestina e piauiense: série histórica. *Sanare*. 2025;24(1).

**Descritores:**

Atenção Primária à Saúde; Auriculoterapia; Fisioterapia; Práticas Integrativas e Complementares; Sistema de Informação em Saúde.

**Descriptors:**

Primary Health Care; Auriculotherapy; Physiotherapy; Complementary Therapies; Health Information Systems.

**Descriptores:**

Atención Primaria de Salud; Auriculoterapia; Fisioterapia; Terapias Complementarias; Sistemas de Información en Salud.

**Submetido:**

29/11/2024

**Aprovado:**

24/01/2025

**Autor(a) para Correspondência:**

Vitória Bianca da Cunha Soares  
E-mail: [vitoria.bcs@gmail.com](mailto:vitoria.bcs@gmail.com)

**RESUMO**

O uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) por fisioterapeutas contribui para o cuidado de indivíduos e comunidades no contexto biopsicossocial. O presente estudo teve como objetivo descrever a série histórica dos atendimentos de auriculoterapia realizados por fisioterapeutas na atenção básica do Piauí e dos estados da região Nordeste do Brasil, no período de 2017 a 2023. A plataforma utilizada para acesso aos dados dos serviços de saúde foi o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), com base na modalidade terapêutica (auriculoterapia), categoria profissional (fisioterapia) e estados. Identificou-se a prevalência de mais de 10.000 atendimentos realizados por fisioterapeutas na atenção básica (AB) do Piauí e mais de 60.000 na região Nordeste. O Piauí destacou-se entre os estados com maior número de atendimentos registrados, juntamente com Pernambuco e Paraíba. Já Sergipe, Maranhão, Ceará e Alagoas apresentaram quantitativos significativamente menores. Este panorama epidemiológico inédito permite compreender a atuação do fisioterapeuta na AB com auriculoterapia, prática que promove melhor qualidade de vida e saúde aos usuários, além de apresentar baixo custo. Ressalta-se a importância de ampliar investimentos em capacitação e divulgação para fortalecer essa atuação na atenção básica piauiense e nordestina.

1. Vitória Bianca da Cunha Soares. Discente do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar). E-mail: [vitoria.bcs@gmail.com](mailto:vitoria.bcs@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3088-1003>
2. Ana Beatriz de Araujo Veras. Discente do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar). E-mail: [anabeatrizaraujoveras@gmail.com](mailto:anabeatrizaraujoveras@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1396-3647>
3. Gyovana Maria Lima Freire. Discente do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar). E-mail: [gyovanalimafreire@gmail.com](mailto:gyovanalimafreire@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6672-2426>
4. Natasha Teixeira Medeiros. Fisioterapeuta, Doutora, Docente e Coordenadora do Programa de Residência em Saúde da Família/Atenção Básica da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar). E-mail: [natashatmediros@yahoo.com.br](mailto:natashatmediros@yahoo.com.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4592-4365>

**ABSTRACT**

*The use of Integrative and Complementary Practices (PICS) by physiotherapists contributes to the care of individuals and communities in the biopsychosocial context. The present study aimed to describe the historical series of auriculotherapy services performed by physiotherapists in primary care in Piauí and the states of the Northeast region of Brazil, from 2017 to 2023. The platform used to access health service data was the Health Information System for Primary Care (SISAB), based on the therapeutic modality (auriculotherapy), professional category (Physiotherapy) and states. The prevalence of more than 10,000 consultations carried out by physiotherapists in primary care (PC) in Piauí and over 60,000 in the northeast region was identified. It was noticeable that Piauí is among the states that had the most registered services, along with Pernambuco and Paraíba. While Sergipe, Maranhão, Ceará and Alagoas presented significantly lower quantities. This unprecedented epidemiological panorama allows us to identify how physiotherapists work in primary care with auriculotherapy, which promotes a better quality of life and health for users, in addition to being low cost. It is essential to increase investments in training and dissemination with a view to strengthening this activity in primary care in Piauí and the Northeast.*

**RESUMEN**

*El uso de Prácticas Integrativas y Complementarias (PICS) por parte de los fisioterapeutas contribuye al cuidado de individuos y comunidades en el contexto biopsicosocial. El presente estudio tuvo como objetivo describir la serie histórica de servicios de auriculoterapia realizados por fisioterapeutas en atención primaria en Piauí y estados de la región Noreste de Brasil, de 2017 a 2023. La plataforma de acceso a datos de servicios de salud utilizada fue el Sistema de Información en Salud para Atención Primaria (SISAB), según modalidad terapéutica (auriculoterapia), categoría profesional (Fisioterapia) y estados. Se identificó la prevalencia de más de 10.000 consultas realizadas por fisioterapeutas en atención primaria (AP) en Piauí y más de 60.000 en la región noreste. Se destacó que Piauí está entre los estados que recibieron más servicios registrados, junto con Pernambuco y Paraíba. Mientras Sergipe, Maranhão, Ceará y Alagoas presentaron números significativamente menores. Este panorama epidemiológico sin precedentes permite identificar cómo los fisioterapeutas trabajan en AB con la auriculoterapia, lo que promueve una mejor calidad de vida y salud de los usuarios, además del bajo costo. Es fundamental aumentar las inversiones en capacitación y publicidad con miras a fortalecer esta actividad en la atención primaria en Piauí y Nordeste.*

.....

**INTRODUÇÃO**

As Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI) foram incentivadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) aos países membros desde 1972. No Brasil, com a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) passaram a ser reconhecidas como fundamentais para uma nova concepção de saúde.

A implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, pelo Ministério da Saúde (MS), normatizou a oferta dessas práticas no SUS. A PNPIC conceitua as PICS como uma ampla variedade de abordagens terapêuticas que visam prevenção, promoção e recuperação da saúde, pautadas em uma escuta acolhedora, criação de vínculo terapêutico e integração do ser humano. Atualmente, o SUS oferta 29 PICS à população.

No contexto dos registros desses procedimentos, destaca-se que o Sistema de Informação em Saúde

para a Atenção Básica (SISAB) integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família com o objetivo de gerir informações, automatizar processos e melhorar infraestrutura e processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Os atendimentos com PICS no Brasil ocorrem há décadas, mas o registro específico no SISAB teve início em 2017, por meio da Portaria SAS nº 145, de 11 de janeiro de 2017.

Entre as inúmeras possibilidades terapêuticas usadas pelo fisioterapeuta em protocolos cinético-funcionais, destacam-se as PICS. Na APS, o fisioterapeuta busca acolher o paciente em seu contexto biopsicossocial, especialmente em condições crônicas que envolvem múltiplos fatores e impactam a funcionalidade. A inclusão do fisioterapeuta nas políticas de APS, com suas múltiplas abordagens, contribui para promoção, prevenção e recuperação da saúde na porta de entrada do sistema. O fisioterapeuta passou a integrar as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria nº 1.171/2016 e, em 2023, as equipes multiprofissionais de saúde na

atenção básica (eMulti).

De acordo com Santos, Vitorino e Patrício, a auriculoterapia/acupuntura é uma das práticas mais frequentes e presentes em condutas fisioterapêuticas, correspondendo a 54,5% dos achados em revisão integrativa, sendo utilizada por fisioterapeutas do NASF que adotam as PICS como aliadas potentes. Fundamentada na Medicina Tradicional Chinesa, a terapia auricular baseia-se no reequilíbrio do organismo por meio do pavilhão auricular e destaca-se na AB pelo baixo custo, fácil aplicabilidade e benefícios em diversas condições, seja para melhorar a saúde ou reduzir o uso de medicamentos.

Este estudo teve como objetivo descrever a série histórica dos atendimentos de auriculoterapia realizados por fisioterapeutas na atenção básica do Piauí e da região Nordeste brasileira, no período de 2017 a 2023.

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa quantitativa, transversal e ecológica, com coleta dos dados entre junho e agosto de 2024, utilizando fontes secundárias públicas referentes aos procedimentos de auriculoterapia realizados por fisioterapeutas na atenção básica do Piauí e da região Nordeste, registrados na Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP) no SISAB. A série histórica compreendeu o período de 2017 (ano do início dos registros no SISAB) a 2023 (último ano com dados consolidados).

As variáveis analisadas foram: estado, tipo de equipe (Equipe de Saúde da Família - ESF, Equipe Agente Comunitário de Saúde - EACS, NASF/eMulti, Equipe da Atenção Básica - EAB, Equipe Consultório de Rua - ECR, Equipe AB prisional - EABp, Equipe de Atenção Primária - eAP), local de atendimento (UBS, unidade móvel, rua, domicílio, escola/creche, polo - academia da saúde, instituição/abrigo, unidade prisional, unidade socioeducativa), sexo e categoria profissional (fisioterapeuta).

Os dados foram analisados com o Microsoft Excel 2016, apresentados em tabelas e gráficos com valores absolutos e percentuais.

A pesquisa respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não sendo submetida a Comitê de Ética, pois utilizou dados secundários.

Este artigo integra a pesquisa "Perfil acadêmico e assistencial brasileiro de Práticas Integrativas e Complementares em Fisioterapia", apoiada pelo Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí

(FAPEPI, Edital N° 004/2022 - PBIC).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo realizou a análise dos dados correspondentes aos atendimentos do profissional fisioterapeuta na atenção básica à saúde piauiense e nordestina no uso da auriculoterapia como modalidade terapêutica em um período de sete anos, de 2017 a 2023, registrados no quadro 1.

A prevalência da auriculoterapia realizada por fisioterapeutas na AB do Piauí é de 10097 atendimentos nos últimos sete anos. A partir do início dos registros do SISAB (2017 até 2019), foi possível constatar um considerável crescimento dos dados, com ápice em 2018, sendo mais da metade contabilizados antes da pandemia por COVID-19 (cerca de 58,5% dos atendimentos). Após a circunstância pandêmica, a partir de 2020, os quantitativos foram menores, porém superiores ao registrado no primeiro ano de mensuração no sistema.

A proporção de atendimentos de auriculoterapia na AB por fisioterapeutas no Piauí em 2023 foi quase o dobro dos quantitativos realizados no primeiro ano de registro analisado.

**Quadro 1:** Descrição quantitativa dos atendimentos de auriculoterapia realizados por fisioterapeutas na atenção básica à saúde do Piauí. Parnaíba, 2024.

ESTADO	ANO	Nº	%
Piauí	2017	452	4,4%
	2018	3093	30,6%
	2019	2374	23,5%
	2020	1098	10,8%
	2021	812	8%
	2022	1437	14,2%
	2023	831	8,2%
	<b>TOTAL</b>	<b>10097</b>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Ampliando este cenário descritivo pioneiro a partir da análise correspondente, identificou-se que a prevalência dos atendimentos de auriculoterapia realizados pelo fisioterapeuta na atenção básica da região Nordeste do Brasil foi de mais de 60.000 procedimentos nesses sete anos de registros (tabela 2). O estado de Pernambuco se destacou na análise, apresentando 38,6% do valor correspondente à estimativa da região. Enquanto que o estado

do Ceará apresentou um ínfimo quantitativo de registros correspondentes ao septênio analisado. Em análise comparativa, percebe-se que o número de atendimentos de Pernambuco é mais que o dobro do Piauí. Os estados de Sergipe, Maranhão, Ceará e Alagoas apresentaram quantitativos menores que a metade dos atendimentos do Piauí. Os estados nordestinos de Pernambuco, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte se destacaram quando comparados com os demais estados da região Nordeste. Já a Paraíba evidenciou valores semelhantes ao do Piauí.

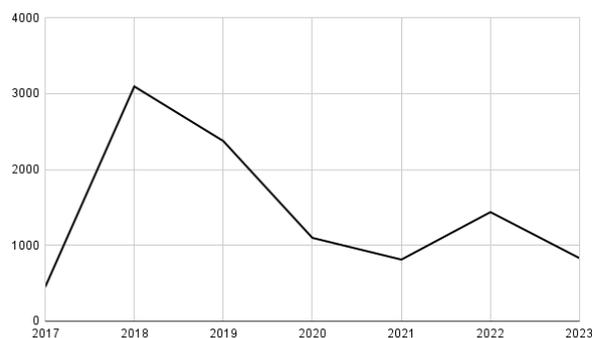
Tabela 2: Descrição quantitativa dos atendimentos de auriculoterapia realizados por fisioterapeutas na atenção básica de todos os estados que compõem a região nordeste brasileira. Parnaíba, 2024.

<b>Auriculoterapia por fisioterapeutas na AB: 2017 a 2023</b>	<b>ESTADO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Região Nordeste do Brasil	Alagoas	1389	2,2%
	Bahia	6051	9,8%
	Ceará	972	1,5%
	Maranhão	1182	1,9%
	Paraíba	10146	16,4%
	Pernambuco	23787	38,6%
	Piauí	10097	16,4%
	Rio Grande do Norte	6583	10,7%
	Sergipe	1312	2,1%
	<b>TOTAL</b>	<b>61519</b>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Ao analisar a série histórica dos sete anos registrados no SISAB (figura 1), identificou-se um expressivo crescimento de 2017 a 2018, atingindo o ápice no ano de 2018, ultrapassando quantitativos brutos de 3.000 atendimentos de auriculoterapia na AB do Piauí por fisioterapeutas. Após o pico de 2018, houve uma queda gradual a cada ano até 2021. Os atendimentos obtiveram um crescimento acentuado de 2021 a 2022, porém já a partir de 2022 houve novamente um declínio nos dados informados.

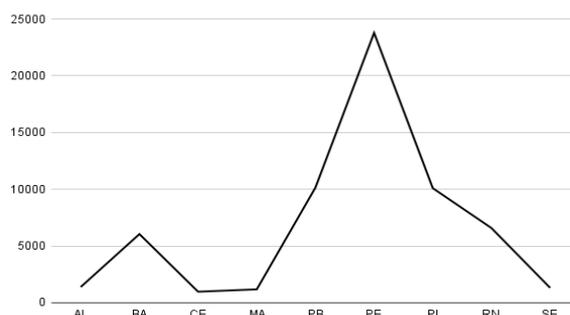
Figura 1: Série histórica dos atendimentos realizados pelo fisioterapeuta utilizando auriculoterapia na atenção básica no Piauí. Parnaíba, 2024



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Em perspectiva ampliada, ao analisar a série histórica do septênio dos nove estados nordestinos (figura 2), ressalta-se o estado de Pernambuco com mais de 20.000 atendimentos de auriculoterapia realizados por fisioterapeutas na Atenção Básica à Saúde. Além de estados como a Paraíba e o Piauí, que ultrapassaram 10.000 procedimentos. No entanto, Alagoas, Ceará, Maranhão e Sergipe representaram os estados com o menor número de atendimentos contabilizados durante os sete anos analisados, por manterem-se com quantitativos distantes da marca dos 5000 atendimentos.

Figura 2: Série histórica de sete anos dos atendimentos de auriculoterapia realizados por fisioterapeutas na atenção básica de todos os estados da região nordeste brasileira. Parnaíba, 2024.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

O pioneirismo deste estudo fomenta análise baseada em dados de registros no SISAB dos atendimentos dos fisioterapeutas com a auriculoterapia no Estado do Piauí e nos demais estados que compõem a região nordeste, permitindo inclusive que os profissionais, atores sociais e gestores conheçam a atual situação da implantação desta prática com vistas à sensibilização e maior operacionalização desta PIC.

A auriculoterapia está entre as PICS que tem se destacado e apresentado maior procura por atendimentos nos serviços de saúde nacionais e internacionais. Em recente análise bibliográfica caracterizada por elementos de âmbito mundial, Chun *et al.*<sup>12</sup>, identificou mais de cinquenta artigos publicados anualmente desde 2018. E a partir deste mesmo ano, houve uma linha crescente de publicações com valores mais acentuados que os anos anteriores. O Brasil foi ressaltado como um dos centros de pesquisa ativos em auriculoterapia e conquistou a terceira posição dos países com o maior número de publicações. O autor apoia a hipótese que a nomenclatura internacional para auriculoterapia facilitou a clareza do tópico resultando na alta de artigos publicados a partir de 2018. Concomitantemente aos altos números de registros de publicações neste ano, identificou-se no presente estudo um pico de atendimentos de auriculoterapia por Fisioterapeutas em 2018 na AB do estado do Piauí. Em seguida, foi acompanhado por um declínio anual dos quantitativos subsequentes.

Nos achados de Nogueira *et al.*<sup>13</sup>, a relevância da oferta de PICS na APS é principalmente relacionada a uma abordagem holística, símbolo de valorização, acolhimento e humanização designada aos usuários do SUS. No mesmo contexto, a auriculoterapia se apresenta entre as práticas em desenvolvimento no país.

Na pesquisa conduzida por Morais *et al.*<sup>14</sup>, o Brasil destacou-se como o país que mais desenvolveu estudos sobre Auriculoterapia. Os estados de Paraná, São Paulo e Minas Gerais foram responsáveis pelo maior número de intervenções, realizadas principalmente em clínicas de fisioterapia e/ou centros de reabilitação, instituições de longa permanência para idosos, universidades e regiões militares. A maioria dos pesquisadores envolvidos era formada em Fisioterapia. Dessa forma, mostrou-se uma ferramenta eficaz no tratamento fisioterapêutico, contribuindo para a melhora das habilidades e funções físicas dos pacientes.

As concepções a respeito das PICS por profissionais da saúde na AB analisadas em estudo realizado por Smaniotta *et al.*<sup>15</sup>, divergem entre o modelo de saúde voltado para a totalidade do indivíduo e o modelo direcionado somente para a doença. O aumento da busca e oferta por PICS, em especial a auriculoterapia, se deve a elevada divulgação dos benefícios adquiridos com a utilização de tal prática e também ao fato da insatisfação com o

modelo de saúde convencional, assim, a procura por tratamentos mais suaves e com menos efeitos colaterais. O decréscimo de atendimentos realizados por fisioterapeutas observados na série histórica reafirma que o baixo conhecimento de gestores, profissionais e estudantes da área da saúde tem impacto nestes dados. A falta de formação dos fisioterapeutas para as PICS limita a utilização dessas práticas. Visto que, a autora traz em seus achados que a auriculoterapia foi a técnica mais utilizada pelos fisioterapeutas por ter relação com a oferta de capacitações, principalmente no NASF, que utiliza apenas a auriculoterapia, sendo a única opção com capacitação disponível. Portanto, para ampliar o uso dessas práticas na Atenção Básica é necessário a oferta de capacitações na modalidade Educação Permanente aos profissionais da saúde. Ademais, investimento dessas técnicas nas graduações e maior divulgação para a população.

Ao analisar as práticas fisioterapêuticas na APS, vale acrescentar o achado de Bim *et al.*<sup>7</sup>, que identificou a educação em saúde como ampla ferramenta de promoção de saúde realizada em quase todos os locais de atendimento ofertados pelos fisioterapeutas, visando a corresponsabilização e fortalecimento dos usuários do SUS. Contudo o modo organizacional difere entre as diversas unidades de atendimento distribuídas pelo país. Dentro do contexto de cuidados primários o fisioterapeuta atua em atendimentos individuais, coletivos, visitas domiciliares e ações territoriais.

Assim como, Silva *et al.*<sup>11</sup>, afirma em seus achados com um grupo de auriculoterapia, a integralidade da saúde é garantida por meio da ampliação de ações ofertadas, a exemplo o grupo da PIC, proporcionado através de profissionais da atenção básica a busca pela escuta acolhedora, analisando a singularidade de cada paciente. De forma equivalente, o fisioterapeuta compõe essa equipe de profissionais que complementam suas abordagens terapêuticas a fim de alcançar a atenção integral na AB. Estudos de Chun *et al.*<sup>12</sup>, apontam que a auriculoterapia tem eficácia para diversas disfunções, como insônia, ansiedade, cessação de tabagismo, comprometimento cognitivo, obesidade e controle da dor.

Os múltiplos dados colhidos referentes aos resultados do uso das PICS faz-se presente em numerosos estudos, em conformidade com o exposto, Boccolini *et al.*<sup>16</sup>, observou que indivíduos das regiões Sul, Nordeste e Norte, em comparação com indivíduos da região Sudeste apresentaram maiores

chances de declarar o uso de PICS. Conforme exposto na figura 2, é possível ponderar na análise de dados de uma única PIC (auriculoterapia) um quantitativo abundante de atendimentos na região Nordeste do país. Dessa forma, é adequado refletir a respeito da grandiosa proporção de atendimentos envolvendo a variedade de PICS ofertadas em toda região Nordeste e suas potencialidades para o fornecimento de saúde para toda a população inserida neste contexto da AB.

O Brasil é referência na implementação das PICS e vem apresentando crescentes registros em todo território. Silva *et al.*<sup>17</sup>, analisou as sessões de PICS em cada região brasileira e seus respectivos estados a partir de 2018 até 2022. De acordo com os resultados apresentados, a região Nordeste ficou em terceiro lugar no ranking (548.635 atendimentos com PICS), no quesito práticas que mais se destacaram a auriculoterapia foi nomeada. Piauí e Maranhão foram os únicos estados da região Nordeste que mantiveram valores contínuos de sessões com PICS no decorrer dos anos analisados, os demais apresentaram um declínio em 2020 mas ascenderam em seguida. O estado que obteve o maior número de sessões registradas ao longo dos anos foi Pernambuco, seguido pela Bahia e Piauí (68.557).

Na análise dos estados da região nordeste identificou-se um elevado número de atendimentos com auriculoterapia pelo fisioterapeuta na AB no estado de Pernambuco. De acordo com o estudo de Queiroz, Barbosa e Duarte<sup>3</sup> que analisou a compreensão dos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) sobre a utilização das PICS em Jaboatão dos Guararapes-PE, identificou-se que a auriculoterapia foi a prática predominante (75%), sendo utilizada na população e nas equipes apoiadas, de forma individual e coletiva, principalmente nos problemas de saúde mental, dores crônicas e/ou perioperatórias. As perspectivas poderiam ser ampliadas caso houvesse recurso orçamentário específico para o financiamento da PNPIC.

De acordo com o Ministério da Saúde, Pernambuco em 2017 registrou mais de 20 mil atendimentos utilizando as PICS nos 122 municípios que ofertam auriculoterapia e outras treze práticas. Equivalente a isso, os achados do presente estudo relacionados aos atendimentos realizados exclusivamente por fisioterapeutas na AB utilizando a auriculoterapia no septênio foi o mesmo que um ano de atendimento por múltiplos profissionais da saúde em uma vasta

oferta de PICS<sup>18</sup>.

Ao serem analisados cada estado da região nordeste, tem-se que o Piauí apresentou grandes quantitativos e alguns estados valores baixos, dentre eles o Maranhão. Recente publicação realizada no Maranhão detectou que apenas 25% dos municípios ofertam PICS, sendo a categoria da enfermagem identificada nos cargos de coordenação e gestão na atenção básica, sendo realizados atendimentos de acupuntura e de auriculoterapia em 16% dos municípios que ofertam PICS, principalmente desenvolvidas por fisioterapeutas (54,5% dos municípios que ofertam estas práticas). A baixa oferta das práticas no estado maranhense pode decorrer de uma incoordenação da PNPIC e da baixa aquisição de recursos financeiros pelos gestores para a execução das práticas<sup>2</sup>.

Conforme dados divulgados pela Secretaria de Estado da Saúde do Piauí - SESAPI, a região piauiense inicialmente ofertava as terapias complementares em 39 municípios e atualmente em sessenta<sup>19</sup>. Dessa forma, é notório a expansão de atendimentos no território estadual, a necessidade de desenvolver as modalidades existentes e a inclusão de novas, e a elaboração de uma Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) com o propósito de melhorar a implementação e gerenciamento de tais práticas nos municípios.

Este estudo apresentou limitações relativas à metodologia adotada, na medida em que a análise de dados secundários em saúde é suscetível a subnotificação. Entretanto o ineditismo desta análise permite fomentar a realização de pesquisas futuras realizadas com os protagonistas dos atendimentos realizados por fisioterapeutas com auriculoterapia na atenção básica à saúde, notadamente profissionais e usuários do serviço.

## CONCLUSÃO

Os registros obtidos revelaram que nos últimos sete anos houve mais de 10.000 atendimentos realizados por fisioterapeutas na atenção básica do Piauí utilizando auriculoterapia. Evidenciando a importância do uso das PICS na AB por fisioterapeutas como recurso para contribuir na prevenção, promoção e recuperação de saúde da população. Na série histórica houve um crescimento considerável com o ápice de atendimentos em 2018, mas a partir dos anos seguintes, marcados pela pandemia de covid-19, o decréscimo dos dados foi gradual interferindo na

oferta dos atendimentos de auriculoterapia.

Ao examinar a região Nordeste do Brasil, os dados resultaram em mais de 60.000 atendimentos de auriculoterapia por fisioterapeutas correspondentes ao septênio analisado. Com destaque para os estados de Pernambuco, Paraíba e Piauí que ultrapassaram 10.000 atendimentos. Tais achados são de relevância significativa, porém há a necessidade de mais estudos para ampliar os conhecimentos da auriculoterapia e das demais PICS de forma mais abrangente. Além do mais, a utilização das tecnologias em todo o contexto do sistema de saúde, a exemplo o SISAB, fornece um vasto acesso a múltiplas informações de todo território brasileiro que podem proporcionar resoluções para as principais problemáticas através da análise e tratamento desses dados.

Os benefícios adquiridos com a utilização da auriculoterapia fomentam uma melhor qualidade de vida para os usuários da AB, além de ser uma técnica de baixo custo. Para tanto, ampliar investimentos nas PICS através de capacitações, divulgações e mais estudos sobre essas abordagens tendem a suprir os objetivos da AB concomitante com a redução em gastos das contas públicas. Visto que, tratar o paciente em sua totalidade já na atenção primária resulta em menor sobrecarga da atenção secundária ou até mesmo terciária.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Vitória Bianca da Cunha Soares** contribuiu com a concepção do artigo, coleta, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito. **Ana Beatriz de Araujo Veras, Gyovana Maria Lima Freire** contribuíram com a coleta de dados e redação do manuscrito. **Natasha Teixeira Medeiros** contribuiu com a concepção, delineamento, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS [Internet]. COFFITO; 2016 [citado 2024 Set 6]. Disponível em: <https://coffito.gov.br/campanha/pics/index.php?nome=principal>
2. Soares RD, Pinho JRO, Tonello AS. Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão. *Saúde Debate*. 2020 Jul;44(126):749-61. DOI: 10.1590/0103-1104202012612
3. Queiroz NA de, Barbosa FES, Duarte WBA. Uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Physis*. 2023;33:e33037. DOI: 10.1590/S0103-7331202333037
4. Brasil. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2024 Set 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) [Internet]. 2024 [citado 2024 Set 6]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0145\\_11\\_01\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0145_11_01_2017.html)
7. Bim CR, Carvalho BG, Trelha CS, Ribeiro KSQS, Baduy RS, González AD. Physiotherapy practices in primary health care. *Fisioter Mov*. 2021;34:e34109. DOI: 10.1590/fm.2021.34109
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016. Credencia municípios para incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1171\\_16\\_06\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1171_16_06_2016.html)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui incentivo financeiro federal para equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>
10. Santos FAB, Vitorino MPM, Patrício DS. Práticas integrativas como recurso complementar nas condutas fisioterapêuticas e atenção primária de saúde: revisão integrativa. *SciGen*. 2023;22(3):334-45. Disponível em: <https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/446>
11. Silva LKM, Lima HS, Cavalcante WT, Morais MST, Viana YA, Silva LM. Auriculoterapia na atenção primária: perspectivas de participantes de um grupo fechado. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):2687. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2687>
12. Chun H, Shin WC, Joo S, Kim H, Cho JH, Song MY, et al. Bibliometric analysis of auriculotherapy research trends over the past 20 years. *Complement Ther Med*. 2024;82:103036. DOI: 10.1016/j.ctim.2024.103036

13. Nogueira AJS, Pachú CO. Integrative and Complementary Practices in Health Promotion: A narrative review. *Rev Saude Debate*. 2023;12(8):e9612842853. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42853>

14. Morais BX, Ongaro JD, Almeida FO, Luz EMF, Greco PBT, Magnago TSB. Auriculotherapy and reducing chronic musculoskeletal pain: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20190394. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0394

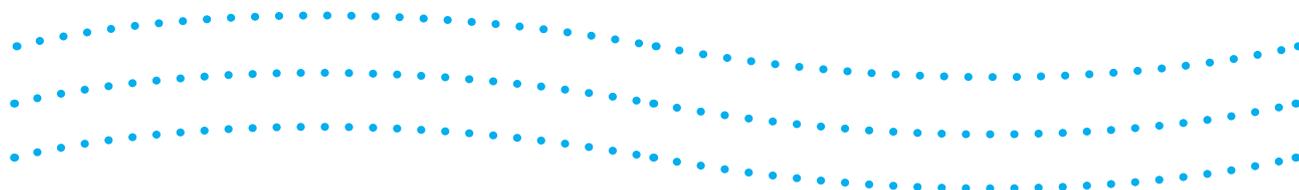
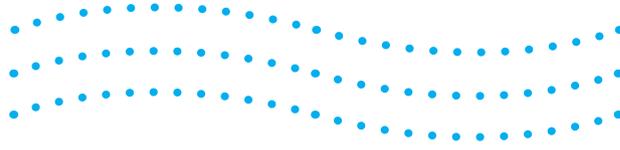
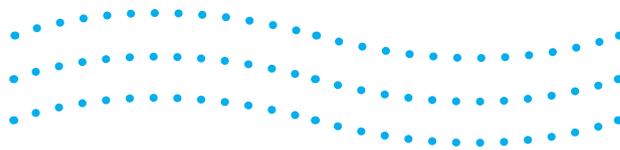
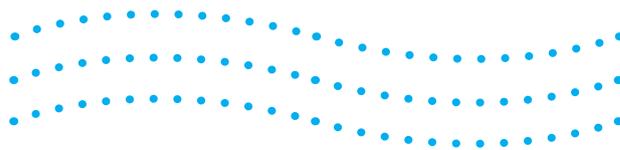
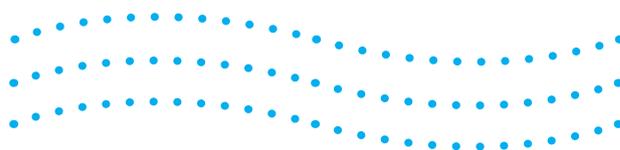
15. Smaniotto S, Fracasso T, Nierotka RP, Ferretti F. Conhecimento de fisioterapeutas quanto às práticas integrativas e complementares. *Rev Fisioter Saúde*. 2019;7(1):34-48. Disponível em: <https://doi.org/10.22298/rfs.2019.v7.n1.5037>

16. Boccolini PMM, Boclin KLS, Sousa IMC, Boccolini CS. Prevalence of complementary and alternative medicine use in Brazil: results of the National Health Survey, 2019. *BMC Complement Med Ther*. 2022;22(1):205. DOI: 10.1186/s12906-022-03687-x

17. Silva LC, Lima F, Marchi SM, Malta AMM, Rodrigues JE, Silva SMA, et al. Implementação da política de práticas integrativas complementares no Brasil: análise dos resultados nos últimos cinco anos. *Recima21 Rev Cient Multidiscip*. 2023;4(7). Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/3534>

18. Brasil. Ministério da Saúde. Em Pernambuco, 122 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2024 Out 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/marco/em-pernambuco-122-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus>

19. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Sesapi trabalha para ampliar oferta de Práticas Integrativas e leva mais qualidade de vida para pacientes no Piauí [Internet]. Teresina; 2024 [citado 2024 Out 26]. Disponível em: <https://www.saude.pi.gov.br/noticias/2024-08-11/13027/sesapi-amplia-oferta-de-praticas-integrativas-e-leva-mais-qualidade-de-vida-para-pacientes-no-piaui.html>



# SAÚDE DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO LITORAL DO PIAUÍ

HEALTH OF PREGNANT WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE ON THE COAST OF PIAUÍ

SALUD DE MUJERES EMBARAZADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA COSTA DE PIAUÍ

Iara Sampaio Cerqueira <sup>1</sup>Susana Silva Lima <sup>2</sup>Amanda Maria Brito da Silva <sup>3</sup>Maurycy Silva Geronço <sup>4</sup>Mayane Carneiro Alves Pereira <sup>5</sup>**Como Citar:**

Cerqueira IS, Lima SS, Silva AMBS, Geronço MS, Pereira MCA. Saúde de gestantes na Atenção Básica à Saúde do Litoral do Piauí. *Sanare*. 2025;24(1).

**Descritores:**

Gestantes; Psicólogo; Saúde Mental; Integralidade; Atenção Básica à Saúde.

**Descriptors:**

Pregnant women; Psychologist, Mental Health; Comprehensiveness; Basic Health Care.

**Descriptores:**

Mujeres embarazadas; Psicólogo; Salud Mental; Integralidad; Atención Básica de Salud.

**Submetido:**

26/12/2024

**Aprovado:**

24/01/2025

**Autor(a) para Correspondência:**

Iara Sampaio Cerqueira.  
Av. Chagas Rodrigues, 964 - Centro,  
Parnaíba - PI, 64200-490.  
E-mail: iarapsciologa@gmail.com.

**RESUMO**

O atendimento à gestante no Pré-Natal de baixo risco é um dos principais serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde na Atenção Básica. O Psicólogo é um dos profissionais que podem participar desde o momento de ambivalências na vida da gestante, com objetivo de tornar esse processo de variadas mudanças biopsicossociais menos estressantes e facilitar a preparação para os dilemas que envolvem a maternidade. A presente pesquisa objetivou avaliar a situação de saúde mental de mulheres gestantes acompanhadas em Pré-Natal em uma Unidade Básica de Saúde de um município piauiense. Tratou-se de um estudo de campo do tipo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, com uma amostra não probabilística por conveniência a partir dos critérios de elegibilidade, como realizar pré-natal no território selecionado e possuir a partir de 18 anos. Os resultados indicam desfechos favoráveis para a condição sociodemográfica, obstétrica e de saúde mental das participantes. Conclui-se que é fundamental, para a prática profissional e para os resultados em saúde das pessoas atendidas, que a saúde mental seja avaliada. Para isso, é necessário que a atenção à saúde seja integral, considerando e garantindo todos os seus aspectos.

1. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: iarapsciologa@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9858-9540>.

2. Especialista em Atenção Básica/ Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: enfsusanalima2020@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5879-0063>.

3. Pós-Graduação em Atenção Básica/ Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: amandabt90@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6892-3691>.

4. Mestre em Ciência e Engenharia dos Materiais pela Universidade Federal do Delta do Parnaíba. E-mail: maurycyosg@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3562-4978>.

5. Fisioterapeuta. Doutoranda Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf). Tutora-Professora do Programa de Residência em Saúde da Família/Atenção Básica (UFDFPar). E-mail: mayanecalvesp@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6892-3691>.

**ABSTRACT**

*Low-risk prenatal care for pregnant women is one of the main services offered by the Unified Health System in Primary Care. The Psychologist is one of the professionals who can participate from the moment of ambivalence in the pregnant woman's life, with the general objective of making this process of varied biopsychosocial changes less stressful and facilitating preparation for the dilemmas that involve motherhood. The present research aimed to evaluate the mental health situation of pregnant women monitored in prenatal in a municipality in Piauí. This was a descriptive, cross-sectional field study with a quantitative approach, with a non-probabilistic convenience sample based on the eligibility criteria: undergoing prenatal care in the selected territory and being over 18 years old. The results indicate favorable for the sociodemographic, obstetric and mental health conditions of the participants. It is concluded that it is important for professional practice and consequently the health results of the pregnant women treated, that the mental health situation is evaluated, and for this, it is necessary that comprehensive health is worked on.*

**RESUMEN**

*El cuidado prenatal de la embarazada en el control prenatal de bajo riesgo es uno de los principales servicios que ofrece el Sistema Único de Salud en Atención Primaria. El Psicólogo es uno de los profesionales que puede participar desde el momento de ambivalencia en la vida de la gestante, con el objetivo general de hacer menos estresante este proceso de cambios biopsicosociales variados y facilitar la preparación para los dilemas que involucran la maternidad. La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la situación de salud mental de gestantes acompañadas en prenatal en una Unidad Básica de Salud de un municipio de Piauí. Se trató de un estudio de campo descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, con muestreo probabilístico por conveniencia basada en los criterios de elegibilidad: estar realizando control prenatal en el territorio seleccionado y ser mayor de 18 años. Los resultados indican resultados favorables para las condiciones sociodemográficas, obstétricas y de salud mental de los participantes. En conclusión, es importante para el ejercicio profesional y consecuentemente los resultados de salud de las gestantes atendidas, que se evalúe la situación de salud mental, y para ello es necesario que se trabaje la salud integral.*

**INTRODUÇÃO**

A história da assistência à saúde durante a gestação e as políticas públicas voltadas à saúde da mulher passou por diversas etapas até priorizar o pré-natal (PN) e o cuidado integral à mulher. O pré-natal, embora seja uma prática antiga, historicamente priorizava a saúde do feto, em detrimento da saúde materna. Movimentos sociais e profissionais de saúde impulsionaram mudanças importantes, como a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983/84, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a promulgação da Constituição Federal de 1988. Posteriormente, vieram políticas como o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013-2015) e a Rede Cegonha, em 2011<sup>1</sup>. Esses avanços permitiram a inclusão de temas como saúde reprodutiva, sexualidade, integralidade e direitos das mulheres e de gênero. No entanto, persistem desafios, como o acesso desigual aos serviços de saúde, a qualidade do atendimento, a conexão entre pré-natal e parto, a humanização do cuidado e as elevadas taxas de mortalidade materna<sup>2</sup>.

Nesse bojo, durante a gestação, é comum que

as mulheres experimentem uma ambivalência emocional, sentindo-se satisfeitas e, ao mesmo tempo vulneráveis, o que pode comprometer sua saúde mental. O sofrimento psíquico e os transtornos mentais podem se manifestar ou se agravar nesse período, especialmente devido a fatores de risco, como complicações gestacionais, histórico de abortos, morte de entes queridos, dificuldades financeiras, desemprego, violência, consumo de álcool ou drogas e baixo nível de escolaridade<sup>3</sup>. Esses fatores aumentam a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), caracterizados por sintomas de depressão, ansiedade e sintomas psicossomáticos inespecíficos<sup>4-7</sup>.

Estudos indicam alta prevalência de TMC durante a gestação. Em uma pesquisa que avaliou 699 gestantes com o SRQ-20, os resultados apontaram índices de 36,2% no segundo trimestre e 24,5% no terceiro trimestre da gravidez. Os profissionais de saúde, especialmente os psicólogos, desempenham papel fundamental no pré-natal, pois devem observar sinais de sofrimento psíquico e considerar hipóteses diagnósticas. Embora os sintomas possam refletir a própria condição gestacional, é necessária atenção para evitar omissões ou negligências em relação à

saúde mental das gestantes<sup>6</sup>.

Nesse sentido, a atuação psicológica na Atenção Básica (AB) visa trabalhar a integralidade da saúde da mulher, considerando seu histórico e necessidades. Além das consultas e interconsultas, é fundamental a abordagem comunitária, que envolve estratégias como visitas domiciliares, oficinas, encontros e ações culturalmente adaptadas às realidades das gestantes. O objetivo é garantir o acesso aos serviços, mesmo em regiões mais vulneráveis ou isoladas<sup>8</sup>.

Diante desse cenário, torna-se essencial o desenvolvimento de pesquisas que enfoquem a saúde mental das gestantes, especialmente sob a perspectiva da Psicologia, buscando enxergar a mulher além do ato de gestar. O estudo justifica-se pela necessidade de avaliar a saúde mental de mulheres acompanhadas em pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do Piauí, com o objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados políticos voltadas à saúde integral das mulheres.

## METODOLOGIA

O estudo é descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, com amostra não probabilística por conveniência. Participaram gestantes menores de 18 anos que realizavam pré-natais (PN) no módulo 34. Foram excluídas as gestantes com condições neurológicas comprometidas, déficits cognitivos, auditivos ou que haviam parido antes da pesquisa, além daquelas acompanhadas por outras UBS.

A coleta de dados utilizou um formulário único com questões sociodemográficas e gestacionais, como idade, escolaridade, renda, estado civil, idade gestacional, início do PN, número de consultas, abortos prévios, intercorrências na gravidez, planejamento e aceitação da gestação, presença de comorbidades e queixas psicológicas. Foi aplicado o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), instrumento da OMS validado no Brasil, com 20 questões que abordam sintomas físicos, emocionais, energéticos e depressivos. Para o sexo feminino, o ponto de corte é de sete ou mais respostas afirmativas, indicando sofrimento psíquico ou transtornos mentais comuns.

A coleta ocorreu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo anonimato, direito de recusa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As

entrevistas individuais duraram, em média, 15 minutos, realizadas em uma sala adequada da UBS por pesquisadores registrados no projeto.

Os dados foram armazenados em planilhas do *Microsoft Excel* no *Google Drive* e analisados no software *Jeffrey's Amazing Statistics Program (JASP)*, versão 0.181. Foram feitas análises descritivas, como média, mediana, desvio padrão e porcentagens. A pesquisa respeitou todas as diretrizes éticas e buscou fornecer um panorama das condições sociodemográficas, gestacionais e psicológicas das participantes, com foco na identificação precoce de sofrimento psíquico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados contam com 15 gestantes que faziam acompanhamento de PN em uma UBS de uma cidade do estado do Piauí. A média de idade foi de  $26 \pm 3,7$  anos, variando entre 19 e 32 anos. Este resultado indica variação de idade num período de três décadas, apresentando um baixo risco e vulnerabilidades em relação ao fator idade, além da ausência de casos de gravidez na adolescência. A última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), em 2006, indicou que as mulheres têm iniciado a vida sexual mais cedo que em décadas anteriores, no entanto, isto não indica necessariamente a concepção da primeira gestação. Como percebido na atual pesquisa, a maior taxa de gravidez é dos 20 aos 29 anos, mas com decréscimo<sup>10</sup>. Estes indicadores se devem principalmente à evolução nos direitos sexuais e trabalhistas das mulheres, e distinção entre estes e os direitos reprodutivos<sup>11</sup>.

A maioria das participantes possuía ensino médio completo, o nível de escolaridade é uma variável importante a se considerar, pois pode influenciar a qualidade da participação no pré-natal, auto percepção e tomada de decisões da própria saúde e a do filho<sup>12</sup>. Em relação à autodeclaração étnico-racial, a maior parte das participantes se autodeclararam parda (N=11). Este resultado evidencia a temática de Pardismo no Brasil, na qual a autodeclaração parda, simboliza a opressão institucionalizada oriunda do racismo, por motivo de características fenotípicas de ambas as populações (negra e branca), geram a autoimagem e representação social neutralizada, e assim deslegitima e despolariza a pertença étnica, o que condiciona ao seguimento de protocolos étnicos padrões para todas as gestantes<sup>13</sup>.

Quanto ao estado civil, a maioria declarou estar

em união estável (N=8). Viver um relacionamento de casamento ou de união estável prediz maior possibilidade de participação e apoio do (da) parceiro (o) na gestação<sup>14</sup>. Entretanto, isso não descarta a situação de Violência por Parceiro Íntimo (VPI), principalmente do tipo psicológico, durante a gestação<sup>15</sup>. Nesta pesquisa não se enfocou nos aspectos do relacionamento amoroso e influência no período de gestação, todavia é algo importante de se observar, até mesmo no acompanhamento aos atendimentos na UBS.

A amostra apresentou respostas quanto a ser adepta de alguma religião/Igreja (N=12), sendo o catolicismo a prática mais frequente (N=8). Ressalta-se o fato de existir respostas de não possuir religião, como um sinal de liberdade na coleta de dados. Uma revisão sistemática sobre Saúde Mental e Espiritualidade mostra que a crença através de uma religião é um fator protetor contra sintomas ansiosos ou outras questões de saúde mental<sup>16</sup>.

A maioria das gestantes relatou não possuir vínculo empregatício (N=9). Entre aqueles que apresentavam profissão, a mais frequente foi de recepcionista (N=2), sendo citada também profissões como a de professora (N=01), psicóloga (N=01), autônoma (N=01), vendedora (N=01), auxiliar de cozinha (N=01), atendente de caixa (N=01) e técnica de enfermagem (N=01). Apesar da evolução na valorização e direitos das mulheres, persiste a cultura de invisibilidade do trabalho não remunerado pelas próprias mulheres, isso interfere diretamente na autonomia, autoestima e conseqüentemente prediz sofrimento psíquico e fator de risco para transtornos mentais<sup>17</sup>.

Além disso, a variável “trabalho não remunerado”, está associada à dependência econômica, com a gestação e puerpério há dificuldades de manter (para aquelas que trabalham fora) e de procurar emprego para quem ainda não possui, e, de retorno após a licença maternidade. Estas questões podem ser fonte de preocupação e inseguranças, e assim afetar a saúde mental, principalmente neste período, ao passo que possui um provedor<sup>18</sup>.

A amostra total relatou existir outras pessoas com quem divide casa. Quanto à renda familiar, a maioria possuía média de dois salários-mínimos (N=6). A amostra total relata não possuir plano de saúde, fazem o PN inteiramente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em síntese, esta primeira parte dos resultados, apesar de não ser um estudo correlacional, demonstra a necessidade de contextualizar os dados

de saúde mental das participantes a partir dos dados sociodemográficos. Entende-se que esses fatores podem estar associados aos resultados encontrados em saúde mental, ou seja, quanto maior a vulnerabilidade social – como baixa escolaridade ou condições socioeconômicas desfavoráveis –, maior a propensão a escores elevados ou a indicações de sintomas de Transtornos Mentais Comuns<sup>19</sup>.

A seguir, a Tabela 1 disponibiliza os principais dados sociodemográficos obtidos no presente estudo.

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos de gestantes analisadas na pesquisa, Parnaíba-PI.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>Escolaridade</b>		
Ens. Fund. Completo	2	12.500
Ens. Méd. Completo	9	56.250
Ens. Méd. Incompleto	1	6.250
Ens. Sup. Completo	2	12.500
Ens. Sup. Incompleto	1	6.250
<b>Raça/Etnia</b>		
Parda	10	62.500
Preta	2	12.500
Branca	3	18.750
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	6	37.500
Casada	1	6.250
União Estável	8	50.000
<b>Religião/Igreja</b>		
Católica	8	50.000
Evangélica	3	18.750
Umbanda	1	6.250
Não possui	3	18.750
<b>Vínculo Empregatício</b>		
Sim	6	37.500
Não	9	56.250
<b>Profissão</b>		
Recepcionista	2	12,500
Não declarou	6	37,500
Outras	7	50.000
<b>Pessoas com quem mora</b>		
Uma	3	18,75
Duas	1	6,25
Três	5	31,25
Quatro	2	12,5
cinco ou mais	4	

Renda Familiar		
Menos de um salário	4	25,00
Um salário	3	18,75
Dois salários	6	37,5
Três ou mais	2	12,5

Fonte: Próprio Autor, 2023.

Quanto aos dados obstétricos, a média de idade gestacional foi de 23 semanas, variando entre duas a 37 semanas. A maioria iniciou PN no primeiro trimestre de gestação (N=13), nenhuma no segundo trimestre, e duas no último trimestre. A partir desse resultado, observou-se que a maioria das gestantes dispunha de tempo suficiente para realizar mais de seis consultas de pré-natal (N=11).

É possível perceber uma boa adesão e assiduidade das gestantes ao PN no cotidiano nessa amostra, em que a busca ativa de gestantes para retorno ao pré-natal é uma exceção. Nesse contexto, a comunicação de agendamento se dá principalmente com Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e Atendente Social, de forma que a gestante pode iniciar o PN em qualquer dia da semana, preconizada pelas normas orientativas<sup>20</sup>. Um dos trabalhos desenvolvidos pelo profissional de Psicologia, principalmente em contexto de interconsulta, pode se dar no acolhimento de facilitar ou verificar o acesso das gestantes ao PN de rotina, mas principalmente aos outros serviços na unidade, a partir de quando é encaminhada<sup>21</sup>.

**Tabela 2.** Frequências de dados sociodemográficos de aspectos obstétricos de gestação atual das participantes, Parnaíba-PI.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>Número de consultas pré-natal</b>		
06 ou mais	11	68,75
Menos de 06	3	20,00
Apenas 01	1	6,25
<b>Gestações Prévias</b>		
0	5	33,75
1	7	46,25
2 ou mais	3	20,00
<b>Abortos Prévios</b>		
0	12	80,00
1	2	13,75
2	1	6,25

Gestação Planejada		
1	3	18,75
2	12	81,25
<b>Dúvidas sobre a gestação</b>		
1	4	25
2	11	68,75
Ausente	1	6,25

Fonte: Próprio Autor, 2023.

Diante esse cenário, a maioria das gestantes viveu uma gestação anterior a atual (N=7). A literatura aponta que ser mãe de dois ou mais filhos representa maior fator de risco a estresse e desenvolvimento de sintomas, principalmente de Depressão e Ansiedade, pela necessidade de maior dedicação e esforços, a depender principalmente de questões sociodemográficas associadas<sup>22</sup>. Em relação a abortos prévios, a maioria relatou não sofrer nenhum (N=12). O nível de investimento e vinculação com o bebê pode influenciar o sofrimento após a perda gestacional e na gestação subsequente. Apesar do número inferior de casos de abortamento, seria pertinente observar a influência desse evento no estado de saúde mental da gestante<sup>23</sup>.

A maioria das gestantes não realizou planejamento da gestação (N=12), todas relataram boa aceitação. Nesta questão, é pertinente relatar a observação de que houve respostas de aceitação com relato de não aceitação no passado, inclusive certa dificuldade em responder presentemente, porém, foi decidido marcar a resposta de aceite. Este resultado pode ser entendido pela forte influência cultural da notícia de gravidez como algo positivo, de modo que o apoio principalmente familiar e do companheiro/pai da criança influenciam na aceitação<sup>24</sup>.

É importante destacar que o planejamento reprodutivo adequado, é possível apenas quando há acesso a informações de qualidade sobre assuntos pertinentes, como fecundidade, corpo e acesso aos recursos necessários para concepção. Para tanto, destaca-se o papel fundamental das ações educativas em saúde e o estabelecimento adequado de relações entre as(os) profissionais de saúde e as mulheres, de modo que suas decisões sobre ter filhos e quantos, sejam respeitadas independentemente do julgamento, por exemplo, de condições socioeconômicas desfavoráveis<sup>25</sup>.

Em relação às dúvidas sobre a gestação, 11 mulheres afirmaram não possuí-las; as quatro

que as tinham, estavam atreladas à temática da amamentação, dúvidas que geralmente são fonte de preocupação. Esperava-se maior escore nessa variável, apesar de a maioria ser secundigesta e múltipara, pois cada gravidez é permeada de novos desafios, apesar de que, de acordo com a literatura, as gestantes podem se sentirem mais confiantes por já terem experienciado outras gestações<sup>26</sup>.

As gestantes em PN do cenário de pesquisa dispõem da oportunidade de receberem acompanhamento de profissionais de saúde de diversos núcleos de formação. Sobre a pergunta de quantos profissionais ela já haviam recebido algum cuidado em saúde, as gestantes responderam em sua maioria mais de um profissional (N=14). A seguir o número de gestantes para cada respectiva resposta: Médico Obstetra (MO) (N=1); MO e Nutricionista (N=1); Médico Clínico Geral (MCG) e Enfermeiro (N= 1); Enfermeiro e Psicóloga (N=1); MCG, MO e Enfermeiro (N=1); MCG, Enfermeiro e Farmacêutico (N=1); MCG, MO, Enfermeiro e Nutricionista (N=1); MCG, MO, Enfermeiro e Fisioterapeuta (N=1); MO, MCG, Nutricionista e Psicóloga (N=1); MCG, Nutricionista, Psicóloga e Fisioterapeuta (N=1); MO, MCG, Nutricionista, e Psicóloga (N=1); MO, MCG, Psicóloga e Fisioterapeuta (N=1); MCG, Nutricionista, Psicóloga, e Farmacêutico (N=1); MCG, Nutricionista, Psicóloga, e Fisioterapeuta (N=1).

Dentre as profissões não previstas no PN, a Psicologia e a Nutrição são citadas com frequência. Este resultado não pode ser explicado pela pouca autoidentificação de queixas psicológicas, já que a minoria referiu nenhuma queixa (N=4), mas pode explicar-se pela vivência percebida, de que as gestantes desta amostra, não costumam procurar os serviços por demanda espontânea. No entanto, percebe melhor adesão quando os dois serviços se unem em formato de interconsulta, na qual geralmente são investigadas e apresentadas queixas de Saúde Mental. Destacam-se formas de acessá-las mais satisfatoriamente: atividades coletivas, como salas de espera e ações temáticas (janeiro branco e agosto dourado). Outra oportunidade está na atividade de acolhimento, no qual é possível dialogar sobre dúvidas acerca da saúde mental ou de serviços disponibilizados na UBS e/ou município<sup>26</sup>.

Considerando o exposto, percebe-se que assim como as variáveis sociodemográficas, as variáveis obstétricas nesta segunda parte dos resultados, influenciam na vivência da gestação e com isso, mutuamente na saúde mental<sup>27</sup>. Destaca-

se a relevância de profissionais de Psicologia considerarem estas variáveis, em nível de pesquisa, e de prática profissional, inclusive nesta oportunidade da realização desta pesquisa foi promovida melhor vinculação com as gestantes, principalmente as que ainda não havia acontecido oportunidade de contato.

Em consideração à utilização do instrumento SRQ-20 para indicação de sofrimento psíquico e rastreio de transtornos mentais comuns, a maioria das gestantes não pontuou em humor depressivo/ansioso. Para sintomas físicos/psicossomáticos houve maioria apenas no item sobre sentir-se nervosa. Sobre decréscimo de energia vital, a maioria pontuou apenas sobre cansar facilmente. Em relação ao fator pensamentos depressivos/satisfação com a vida, a maioria não relatou sentir. No escore final do SRQ-20, a maioria das gestantes apontou não estar em sofrimento psíquico, não sinalizando TMC. Considerando o exposto, sensações de nervosismo e cansaço são esperadas durante o período gravídico, podem ocorrer com forte influência de fatores hormonais e físicos no estado de saúde mental, porém, podem representar um nível saudável, e a gestação ser avaliada positivamente<sup>27</sup>.

Ao observar estes dados, com o item de queixas psicológicas nos dados obstétricos, percebe-se que poucas participantes não relataram queixas psicológicas, enquanto no SRQ poucas apontaram estar em sofrimento. Com isso, percebe-se que as demandas de saúde mental desta amostra se dão, de forma geral, mais a respeito de sentimentos adversos da gestação, como mostra o item “Queixas Psicológicas”, conforme se pode observar na Tabela 3.

**Tabela 3.** Resultados obtidos no *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* junto as participantes, Parnaíba-PI.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Dores de cabeça frequentes	1.533	0.516	1.000	2.000
Falta de apetite	1.667	0.488	1.000	2.000
Sono de má qualidade	1.533	0.516	1.000	2.000
Assusta-se com facilidade	1.600	0.507	1.000	2.000
Tremores nas mãos	1.933	0.258	1.000	2.000
Sente-se nervoso	1.400	0.507	1.000	2.000
Má digestão	1.800	0.414	1.000	2.000
Dificuldades de pensar com clareza	2.000	0.000	2.000	2.000
Tem se sentido triste	1.667	0.617	1.000	3.000
Choro mais frequente que o habitual	1.600	0.507	1.000	2.000
Dificuldade em realizar atividades diárias	1.667	0.488	1.000	2.000
Dificuldades para tomar decisões	1.867	0.352	1.000	2.000
Dificuldades em trabalhar	1.800	0.414	1.000	2.000
Incapacidade para desempenhar um papel útil na vida	1.933	0.258	1.000	2.000
Perda de interesse pelas coisas	1.933	0.258	1.000	2.000
Sentimento de inutilidade	1.933	0.258	1.000	2.000
Ideia de acabar com a vida	2.000	0.000	2.000	2.000
Sente-se cansada o tempo todo	1.800	0.414	1.000	2.000
Cansa facilmente	1.467	0.516	1.000	2.000
Sensações desagradáveis no estômago	1.667	0.488	1.000	2.000
Indicação de sofrimento psíquico	1.733	0.458	1.000	2.000

**Legenda:** Escala com respostas de Sim (N=1) e Não (N=2), no banco de dados.

**Fonte:** Próprio Autor, 2023.

O resultado da presente pesquisa se contrapõe aos resultados encontrados em uma revisão integrativa<sup>28</sup> que reuniu estudos transversais, nos quais as pesquisas longitudinais evidenciaram incidências de transtornos mentais comuns em gestantes entre 3,5% e 33,6% no Brasil e entre 8,6% e 57,1% em países europeus. Outro estudo<sup>29</sup> encontrou resultados aproximados sobre a saúde mental das gestantes, verificou-se que 31,9% das participantes apresentaram quadro sugestivo de adoecimento mental, enquanto 68,1% não apresentaram indicação de tal adoecimento. É importante considerar a diferença entre número amostral entre os estudos utilizados e a presente pesquisa.

Portanto, compreende-se o papel do profissional de Psicologia na AB, principalmente como facilitador de ações de Promoção em Saúde, que podem utilizar de recursos como o SRQ-20 como medida protetiva, com um trabalho direcionado a fortalecer o potencial das gestantes e prevenção de sintomas e TMC, durante a gestação e preparação para o puerpério<sup>30</sup>.

Por fim, se faz necessário mencionar as limitações desta pesquisa: o número amostral; a quantidade de

UBS; o tempo de coleta de dados. Nesse sentido, sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas com essa temática e que possam contemplar outras UBS da cidade, e maior duração da fase de coleta de dados, e assim será possível contar com maior número de gestantes. Deste modo, poderão ser traçados objetivos mais amplos, com a possibilidade de representação de perfil de gestantes do município, por exemplo, entre outras possibilidades de pesquisa com este público no âmbito do SUS.

## CONCLUSÃO

De modo geral, os resultados desta pesquisa indicam que as gestantes atendidas nesta UBS apresentaram condições sociodemográficas e obstétricas favoráveis, além de um estado de saúde mental preservado, uma vez que a maioria não relatou queixas psicológicas e não houve rastreamento positivo para Transtorno Mental Comum (TMC). Entre aquelas que apresentaram queixas, estas estavam mais relacionadas a emoções, sinais e sintomas próprios da gestação. Tanto essas gestantes quanto aquelas

que atingiram a nota de corte no SRQ-20 receberam acolhimento e acompanhamento profissional.

Neste sentido, conclui-se que conhecer e trabalhar aspectos relacionados à saúde mental, principalmente em relação às emoções inerentes ao período gestacional, e a saúde da mulher de forma integral, gera subsídios para melhorias nas ações de promoção e prevenção à saúde mental, bem como na qualidade da assistência prestada à mulher no período gravídico. Para tanto, se faz necessário realizar o acesso a dados do perfil de mulheres moradoras de cada território em saúde em acompanhamento pré-natal, para que se possa aprimorar o serviço ofertado, e a partir disso gerar diversos desdobramentos em nível de UBS e para além dela, individual e coletivamente.

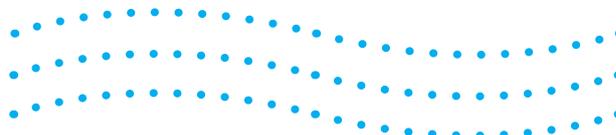
## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Iara Sampaio Cerqueira** contribuiu com o desenho do estudo, a coleta de dados, a redação integral do artigo e a revisão final. **Susana Silva Lima, Amanda Maria Brito da Silva e Maurycio Silva Geronço** contribuíram com o desenho do estudo e a coleta de dados. **Mayane Carneiro Alves Pereira** contribuiu com o desenho do estudo, a orientação da escrita e a revisão final.

## REFERÊNCIAS

- Martins QS, Lyrio, DC. Contextualizando a luta por direitos igualitários na trajetória das políticas públicas de saúde para a mulher brasileira. *Revista Ártemis* [Internet]. 2015 [cited 2023 Aug 15]; 19(1): 130-136. <https://doi.org/10.15668/1807-8214/artemis>
- Meireles JFF, Neves CM, Nacif MFP, Carvalho PHBD, Ferreira MEC. Comparação entre gestantes do setor público e privado da saúde: uma abordagem psicológica. *Rev Bras de Saúde Mater Inf* [Internet]. 2019 [cited 2023 aug 15]; 19(1): 89-97. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100005>
- Souza NA, Queiroz LLC, Queiroz RFCS, Ribeiro TSF, Fonseca MSS. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís- MA. *Rev Ciên Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2023 Aug 16]; 15 (1):28-38. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/233154525.pdf>
- Gaino LV, Souza J, Cirineu CT, Tulimosky TD. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 17]; 14(2), 108-116. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>
- World Health Organization. Mental health: a state of well-being. [Internet]. 2014 [cited 2023 Aug 28] Available from: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001: mental health new understanding, new hope. [Internet]. 2001 [cited 2023 Aug 30] Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/42390>
- Silva BPD, Matijasevich A, Malta MB, Neves, PA, Mazzaia MC, Gabrielloni MC, et al. Transtorno mental comum na gravidez e sintomas depressivos pós-natal no estudo MINA- Brasil: ocorrência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2022 [cited 2023 sept 01]; 56(83), 1-15. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004028>
- Rezende CL, Freire HBG, Noriega, JAV, Salas, FFD. Qualidade de Vida e Estratégias de Coping de Gestantes de Alto Risco e Risco Habitual. *Diversitas: Perspectivas em Psicologia* [Internet]. 2021 [cited 2023 sept 01]; 17(1): 213-226. <https://doi.org/10.15332/22563067.6542>
- Souza AQ, Ruppenthal GB, Melz MRV. Grupo de gestantes em uma estratégia de Saúde da Família. *Rev Dom Alberto* [Internet]. 2020 [cited 2023 out 27]; 8(1):1-13. Available from: <https://revista.domalberto.edu.br/revistadesaudedomalberto/article/view/663>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Em 2021, número de óbitos bate recorde de 2020 e número de nascimentos é o menor da série [cited 2023 oct 09]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/36308-em-2021-numero-de-obitos-bate-recorde-de-2020-e-numero-de-nascimentos-e-o-menor-da-serie>
- Goiás. UNFPA Brasil e Johnson & Johnson Foundation. Guia para saúde sexual e reprodutiva e atenção obstétrica. Goiás: 2022. [cited 2023 oct 11]. Available from: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/guia-para-saude-sexual-e-reprodutiva-e-atencao-obstetrica>
- Santos RM, Gouveia NC. Análise da taxa de natalidade no estado do Paraná de 2011 a 2021: tendências das taxas de fecundidade, idade materna e influência da escolaridade no tipo de parto. *Res Soc and Dev* [Internet]. 2023 [cited 2023 oct 16]; 12(6):1-8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42028>
- Lago, MCS, Montibeler, DPS, Miguel, RBP. Pardismo, Colorismo e a “Mulher Brasileira”: produção da identidade racial de mulheres negras de pele clara. *Rev Est Femin* [Internet]. 2023 [cited 2023 oct 18]; 31(2): 1-15. <https://10.1590/1806-9584-2023v31n283015>

14. Silva, ONC, Vieira CM, Borges PFB, Pio DAM. Percepções de mulheres sobre o apoio social durante a gestação. Rev Foco [Internet], 2023 [cited 2023 oct 21]; 16(5):1-19 . <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n5-052>
15. Santos AKB, Santos LM, Carvalho, RC. Violência por parceiros íntimos na gestação em um município baiano. Rev de Enfermagem da UFJF [Internet], 2023 [cited 2023 oct 22]; 9(1):1-16. <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2023.v9.38847>
16. Maciel FCA, Conceição MIS, Holanda, CMM, Carvalho, FAA, Neves AC, Lyra FA. Estudo sobre as publicações brasileiras relacionadas à psicologia, religiosidade e saúde mental- período de 2010 a 2020: Study on brazilian publications related to psychology, religiosity and mental health-period from 2010 to 2020. Brazilian Journal of Development [Internet], 2022 [cited 2023 oct 25]; 8(10): 1-23. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n10-196>
17. Silva BAB, Rosa WAG, Oliveira ISB, Rosa MG, Lenza NFB, Silva VLQ. Depressão em gestantes atendidas na atenção primária à saúde. Cogitare Enfermagem [Internet], 2020 [cited 2023 oct 28]; 25. <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.69308>
18. Tavares IM, Freitas MAA, Melo MS, Albuquerque JMM, Silva LL, Kotovicz LBM, et al. Representações das carências apresentadas durante a gestação: ouvindo as gestantes. Brazilian Journal of Development [Internet], 2022 [cited 2023 oct 26]; 8(1): 2083-2096. <https://10.34117/bjdv8n1-134>
19. Alvarenga P, Souto LN, Oliveira HPD, Santana LG. Variáveis sociodemográficas e saúde mental materna em contexto de vulnerabilidade social. Psicologia. saúde & doenças, [Internet], 2018 [cited 2023 out 27]; 19(3), 776-788. <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190324>
20. Lima MB, Silva RKR, Passos SG. A importância da educação em saúde na atenção ao PréNatal . Rev Inic Cient Ext [Internet]. 2021 [cited 2023 nov 01]; 4(2): 720-36. Available from: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/333>
21. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saúde em Debate [Internet]. 2015 [cited 2023 nov 01] 39(105): 514-24. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>
22. Mendes DCO, Monteiro JCS, Fiorati RC. Determinantes sociais da saúde que podem impactar a saúde mental e reprodutiva das gestantes brasileiras. Contrib a las Cien Social [Internet]. 2023 [cited 2023 nov 03]; 16(9): 16878-97. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.9-183>
23. Sousa TBE, Lins ACA de A. Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. Rev. Pesq Prát Psicossociais [Internet]. 2020 [cited 2023 nov 06]; 15(2):1-15. Available from: [http://seer.ufsj.edu.br/revista\\_ppp/article/view/e3286](http://seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/e3286)
24. Avanzi SA, Dias CA, Silva LOL, Brandão MBF, Rodrigues SM. Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de gestantes inseridas no PHPN. Rev. Saúde Col. UEFs [Internet]. 2019 [cited 2023 nov 07]; 9:55-62. <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v9i0.3739>
25. Ferreira GP, Rodrigues, MSP. Percepções sobre a efetividade do planejamento familiar na atenção básica: a visão dos profissionais de saúde. Humanidades & Inovação [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 08]; 8(61): 430-440. Available from: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5694>
26. Bodanese AP, Carneiro ALS, Ribeiro BGM. As principais dificuldades encontradas pelas primíparas e múltiparas na amamentação com aleitamento materno exclusivo. Research Soc Devel [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 09]; 12(5):1-8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41619>
27. Silva SGF, Condeles PC, Parreira BDM, Silva SR, Paschoini MC, Ruiz MT. Influência de variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais na qualidade de vida de puérperas. Rev. Enf. UERJ [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 10]; 27:1-8. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.44636>
28. Lopes RS, Lucchese R, Souza LMM, Silva GC, Vera, I, Mendonça RS. O período gestacional e transtornos mentais: evidências epidemiológicas. Humanidades e Tecnologia [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 12]; 19(1): 35-54. Available from [http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM\\_Humanidade\\_Tecnologia/article/view/932/652](http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/932/652)
29. Guimarães FJ, Santos FJS, Leite AFB, Holland VR, Sousa GS, Perrelli JGA. Doença mental em mulheres grávidas. Enf Global [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 14]; 18(1): 499- 534. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>
30. Almeida PRM, Barbosa ES. O Psicólogo da Saúde como produtor de saúde mental na Atenção Básica. Cognitionis Scientific Journal [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 16]; 6(2): 743- 755. <https://doi.org/10.38087/2595.8801.319>



# SIGNIFICADOS E VIVÊNCIAS DE PUÉRPERAS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

MEANINGS AND EXPERIENCES OF POSTPARTUM WOMEN REGARDING BREASTFEEDING

SIGNIFICADOS Y EXPERIENCIAS DE MUJERES EN EL PUERPERIO EN TORNO A LA LACTANCIA MATERNA

Luiza Martins Camargo <sup>1</sup>Lisie Alende Prates <sup>2</sup>Larissa Pereira Dorneles <sup>3</sup>Elitiele Ortiz dos Santos <sup>4</sup>Jéssica Stragliotto Bazzan <sup>5</sup>Cenir Gonçalves Tier <sup>6</sup>**Como Citar:**

Camargo LM, Prates LA, Dorneles LP, Santos EO, Bazzan JS, Tier CG. *Significados e vivências de puérperas sobre o aleitamento materno. Sanare. 2025;24(1).*

**Descritores:**

Saúde da mulher; Período pós-parto; Aleitamento materno.

**Descriptor:**

Salud de la mujer; Posparto; Lactancia materna.

**Descriptor:**

Atención Primaria de Salud; Auriculoterapia; Fisioterapia; Terapias Complementarias; Sistemas de Información en Salud.

**Submetido:**

26/02/2025

**Aprovado:**

21/05/2025

**Autor(a) para Correspondência:**

Lisie Alende Prates

End: BR 472 - Km 585 - Caixa Postal 118 - Uruguaiana RS - CEP: 97501-970  
E-mail: lisieprates@unipampa.edu.br

**RESUMO**

*Este estudo teve como objetivo analisar os significados e as vivências de puérperas sobre o processo de aleitamento materno. Trata-se de pesquisa qualitativa, desenvolvida entre os meses de janeiro e março de 2024, com dez mulheres que vivenciavam o puerpério tardio e encontravam-se em período de aleitamento materno. Utilizou-se entrevista semiestruturada, associada à Técnica de Criatividade e Sensibilidade Mapa Falante, além de análise de conteúdo temática. As puérperas demonstraram compreender a importância do aleitamento e atribuíram significados positivos à prática, associando-a ao amor e à conexão com o bebê. Entretanto, elas apontaram situações de dor e fissuras relacionadas ao início dessa vivência, além dos sentimentos de solidão e ansiedade. Foram identificados desafios e fragilidades vinculados especialmente à falta de apoio familiar e de vínculo com a Estratégia Saúde da Família. Os achados do estudo reforçam a necessidade de fortalecimento do suporte familiar e profissional para evitar situações de desmame precoce e promover uma experiência mais positiva para as mulheres.*

1. Enfermeira pela Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA. E-mail: luizacamargo1998@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6498-7480>

2. Enfermeira pela Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNIPAMPA. E-mail: lisieprates@unipampa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5151-0292>

3. Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA. E-mail: larissadorneles.aluno@unipampa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4214-168X>

4. Enfermeira pela Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNIPAMPA. E-mail: elitielesantos@unipampa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2537-6069>

5. Enfermeira pela Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNIPAMPA. E-mail: jessicabazzan@unipampa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1539-7816>

6. Enfermeira pela Universidade Regional Integrada/URI. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNIPAMPA. E-mail: cenirtier@unipampa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1539-7816>

**ABSTRACT**

*This study aimed to analyze the meanings and experiences of postpartum women regarding the breastfeeding process. This is a qualitative study conducted between January and March 2024, involving ten women who were experiencing late puerperium and were in the breastfeeding period. A semi-structured interview was used, combined with the "Talking Map" Creativity and Sensitivity Technique, along with thematic content analysis. The postpartum women understood the importance of breastfeeding and assigned positive meanings to the practice, associating it with love and connection with the baby. However, they also reported situations of pain and nipple fissures related to the beginning of this experience, as well as feelings of loneliness and anxiety. Challenges and vulnerabilities were identified, particularly linked to the lack of family support and weak connection with the Family Health Strategy. The study's findings reinforce the need to strengthen both family and professional support to prevent early weaning and to promote a more positive experience for women.*

**RESUMEN**

*El presente estudio tuvo como objetivo analizar los significados y las experiencias atribuidos por mujeres puérperas al proceso de lactancia materna. Se trata de una investigación cualitativa, realizada entre los meses de enero y marzo de 2024, con la participación de diez mujeres en etapa de puerperio tardío que se encontraban en período de lactancia. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, combinadas con la Técnica de Creatividad y Sensibilidad "Mapa Hablante", y el análisis se basó en el enfoque de análisis temático de contenido. Las participantes demostraron comprender la relevancia de la lactancia materna y le atribuyeron significados positivos, asociándola con el amor y el vínculo con el bebé. No obstante, también relataron experiencias de dolor, grietas en los pezones, sentimientos de soledad y ansiedad, particularmente al inicio del proceso. Se identificaron desafíos y vulnerabilidades principalmente relacionados con la falta de apoyo familiar y la débil conexión con la Estrategia de Salud de la Familia. Los hallazgos del estudio refuerzan la necesidad de fortalecer las redes de apoyo familiar y profesional, con el propósito de prevenir el destete precoz y promover una experiencia más positiva y empoderadora para las mujeres.*

**INTRODUÇÃO**

O período pós-parto pode representar uma fase de vulnerabilidade, em razão das diversas transformações de ordem social, emocional, cultural e fisiológica vivenciadas pela mulher<sup>1</sup>. Esse período é dividido em três fases: 1) puerpério imediato, que consiste no 1º dia após o nascimento do bebê até o 10º dia; 2) tardio, que se inicia no 11º dia até o 45º dia; e 3) remoto, a partir do 45º dia<sup>2</sup>.

Dentre os principais desafios encontrados nesse período, tem-se o aleitamento materno (AM), o qual pode ser marcado, inicialmente, por dificuldades<sup>3</sup>, visto que apesar de fisiológico, não é uma prática natural, pois necessita de apoio (formal e informal), aprendizado e orientação profissional<sup>4</sup>.

De acordo com o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), os índices de AM vêm aumentando no Brasil. A pesquisa identificou que 53% das crianças são amamentadas até um ano de idade; 45,7% até os seis meses de vida; e 60% até os quatro meses<sup>5</sup>. Entretanto, percebe-se que as taxas ainda se encontram muito abaixo do recomendado.

Diante disso, destaca-se o papel da rede de

apoio social, a qual pode modificar-se ao longo do tempo, mas que, de maneira geral, é constituída por pessoas ou instituições capazes de proporcionar apoio emocional, de reforço, informativo e/ou instrumental<sup>6</sup>. Nesse contexto, a família e os profissionais de saúde, geralmente, constituem a principal rede de apoio, proteção e promoção ao AM.

Além do mais, tratando-se dos profissionais que compõem a equipe de saúde, o enfermeiro desempenha função fundamental na promoção e manutenção do AM, acolhendo e auxiliando as puérperas com informações sobre a pega e posicionamento corretos do bebê no seio materno, como também sobre as condutas necessárias diante das principais intercorrências ligadas a essa prática<sup>7</sup>. O apoio social fornecido pela família e pelos profissionais de saúde favorece a adaptação da puérpera à nova rotina, proporcionando mais segurança, menor sobrecarga e redução do desgaste físico e mental<sup>8</sup>. Em contrapartida, quando se observa a ausência desse apoio, os desafios ligados ao AM podem se intensificar, contribuindo para o desmame precoce<sup>9</sup>.

Desse modo, reconhece-se a importância de

estudos que possam analisar o apoio social percebido pela puérpera na vivência do AM, identificando os indivíduos que compõem a sua rede de apoio e as funções desenvolvidas nesse processo. Assim, a questão que guiou este estudo foi: “Quais são os significados e as vivências de puérperas sobre o processo de aleitamento materno?”, objetivando-se analisar os significados e as vivências de puérperas sobre o processo de AM.

## METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa qualitativa, desenvolvida em quatro Estratégias Saúde da Família (ESF), da zona urbana, de um município localizado na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. A seleção das ESF se deu a partir de sorteio. O município foi dividido pelas pesquisadoras de acordo com os pontos cardeais e colaterais. Após isso, foi considerada a distribuição dos serviços nos pontos colaterais, buscando-se a inclusão de participantes de ESF de diferentes regiões do município.

Em cada ponto colateral (nordeste, sudeste, noroeste e sudoeste) as ESF receberam uma numeração de 1 a 5. Na sequência, as pesquisadoras inseriram esse intervalo numeral em um formulário on-line e realizaram o sorteio individual de cada ponto colateral, chegando, assim, à escolha dos serviços em que as participantes foram localizadas. Após a definição das ESF, a pesquisadora responsável apresentou o projeto aos enfermeiros responsáveis pelos serviços. Mediante o aceite destes, solicitou-se que eles indicassem as possíveis participantes e fornecessem os seus endereços para a realização do convite individual.

A equipe do projeto foi treinada com relação à técnica de coleta de dados e, na sequência, em duplas, foram às ESF para a realização da coleta de dados. As participantes indicadas pelos enfermeiros foram contactadas nos seus domicílios e, nessas ocasiões, foram explicados os objetivos do estudo e apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as maiores de 18 anos. Para as participantes menores de 18 anos, foi apresentado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e os responsáveis também acessaram e assinaram o TCLE. A coleta de dados ocorreu no serviço de saúde e, em alguns casos, no domicílio das participantes.

As participantes da pesquisa foram mulheres, conforme os critérios de inclusão: estar amamentando e em puerpério tardio (11º ao 45º dia após o

nascimento do bebê). Elas foram identificadas pela letra P acrescida de um numeral (P1, P2, P3 e assim por diante). Não houve critérios de exclusão. Adotou-se o critério de saturação, no qual se considera que, com dez participantes, já é possível verificar a repetição de informações sobre o tema estudado<sup>10</sup>. Na ocasião, realizou-se entrevista semiestruturada. De forma complementar, foi utilizada a Técnica de Criatividade e Sensibilidade, denominada Mapa Falante. Essa técnica envolve uma produção artística, no formato de desenho, confeccionada pela participante, na qual é possível visualizar os locais da comunidade e as relações sociais estabelecidas para atender às suas necessidades<sup>11</sup>.

Nesse bojo, o Mapa Falante foi utilizado para identificar as pessoas que compõem a rede de apoio da puérpera. Para isso, forneceu-se uma folha de ofício, lápis e canetas hidrocores às participantes para que elas pudessem desenhar e/ou escrever. Para orientar a realização da produção artística da participante, lançou-se um questionamento: “quais são as pessoas, os locais e/ou os serviços que você procura quando precisa de auxílio ou de orientação sobre aleitamento materno?”. Ao longo do desenvolvimento do Mapa Falante, a pesquisadora realizou outras perguntas presentes no roteiro de entrevista para aprofundar a conversa com a participante. A coleta de dados teve duração entre 30 minutos e uma hora, e foi audiogravada.

Todo o material coletado foi submetido à análise de conteúdo temática<sup>12</sup>. Na primeira etapa, os dados foram organizados utilizando as transcrições das entrevistas e análise dos Mapas Falantes. Na sequência, a pesquisadora realizou análise aprofundada dos materiais. A segunda etapa envolveu a exploração do material, na qual foi desenvolvida a categorização dos dados, identificando-se as unidades de significação e categorias temáticas. Na terceira etapa, desenvolveu-se a interpretação dos resultados da pesquisa, a partir da perspectiva dos referenciais teóricos da área, o que proporcionou interpretações propondo respostas à questão de pesquisa.

Ao longo do estudo, foram atendidos todos os aspectos éticos previstos pela Resolução n.º 466/2012, garantindo o sigilo e a confidencialidade dos dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em 21 de novembro de 2022, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n.º 63009622.6.0000.5323. Para a elaboração e redação deste artigo, seguiram-se os critérios estabelecidos

no Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ).

## RESULTADOS

Participaram desta pesquisa dez puérperas, na faixa etária dos 13 aos 46 anos. Oito se autodeclararam brancas e duas se autorreferiram como pardas. Quatro possuíam ensino médio completo; três, ensino médio incompleto; uma, com ensino fundamental completo; e duas, ensino fundamental incompleto. Três tinham trabalho fixo remunerado e sete eram donas de casa. Seis residiam com o companheiro e os filhos e as demais com os filhos e seus pais. As participantes encontravam-se em período de aleitamento materno, mas nem todos os bebês estavam sendo alimentados exclusivamente com o leite humano. Na época da coleta de dados, os filhos encontravam-se entre os 17 e 40 dias de vida.

A análise de conteúdo permitiu a obtenção de três categorias temáticas. A primeira delas envolve os significados atribuídos ao aleitamento materno, a segunda aborda as vivências das puérperas no processo de aleitamento e a terceira trata do apoio recebido no puerpério.

### **“É um ato de afeto, de amor”: significados atribuídos ao aleitamento materno**

As participantes consideravam o aleitamento materno como uma prática capaz de contribuir para a conexão entre mãe e filho. Elas o atribuíram a algo divino e o relacionaram com sentimentos, como amor, afeto e carinho.

*Eu gosto de amamentar e eu vejo que ela gosta também (P1).*

*É divino, é a conexão da gente (P2).*

*É bom [...] eu gosto [...] Eu acho que a amamentação é um ato de amor (P3).*

*É uma conexão que a gente tem com eles. Na hora que a gente está amamentando e os olhinhos dele olhando fixamente na gente, é uma sensação diferente, eu ainda não sei explicar. É a primeira vez que eu amamento e é incrível sentir ali pertinho, ver ela dormindo no peito, aquela sensação de alívio, de trabalho bem-feito! É muito bom. [...] eu acho que o ato significa acolhimento, um amor de mãe que ninguém vai conseguir passar para ela a não ser eu (P5).*

*É um ato de afeto, de amor, de carinho.*

*Calma, meu amor, calma, uma conversa [...] acho que é a conexão do amor da mãe para filha (P6).*

*Eu adoro amamentar, amo amamentar, a coisa mais linda quando o bebê te olha (P8).*

*Amamentar é uma coisa boa [...] gosto de amamentar a minha filha (P9).*

*Eu fico feliz por saber que ele está mamando bem, porque tem muitas mães que não conseguem amamentar [...] eu fico muito feliz por saber que ele está bem e que ele consegue (P10).*

É possível perceber que, para as participantes, o processo de aleitamento materno representa um momento de proximidade e acolhimento com o bebê. Elas também ressaltaram que essa prática gera sensações positivas nelas e nos filhos.

### **“Eu não ia desistir da amamentação”: vivências de puérperas**

Apesar de o aleitamento materno ter sido representado de forma positiva pelas participantes, observou-se que o estabelecimento dessa prática não se deu de forma tranquila para todas elas, especialmente nas suas primeiras experiências. Nesse sentido, algumas mencionaram que foi uma vivência difícil, marcada por dificuldades na pega, dor e fissuras.

*Só me ardeu muito, dói muito no início, mas não cortou, não sangrou (P2).*

*Na hora que ele nasceu, já foi para o peito e já pegou [...] está tudo tranquilo (P4).*

*Em seguida que ela nasceu, já pegou o peito [...] o meu peito rachou [...] Só que eu botei na cabeça que eu iria continuar, eu não ia desistir da amamentação. Só que ela sentia muita fome e o meu leite não tinha descido 100% ainda. Tanto é que a gente introduziu a fórmula, porque o meu leite não estava descendo o suficiente [...] agora está bom, porque o meu peito agora está cicatrizado, o leite está descendo bem [...] está sustentando bastante ela, ela está pegando peso (P5).*

*A amamentação é uma experiência nova. Eu nunca tinha experimentado. Até ela pegar bem a teta foi complicado (P6).*

*No começo, começou a doer um pouco, aí usei*

*uma pomada e passou (P7).*

*É um pouco difícil [...] às vezes, ele não quer pegar ou só pega de um lado e o outro lado incha, dói. Agora ele está pegando os dois lados (P10).*

Mesmo diante das dificuldades com o estabelecimento ou a manutenção do aleitamento materno, as participantes manifestaram o desejo de manter a prática. E, assim, foram transpondo cada um dos desafios que se apresentaram nesse processo. Ainda se verificou que algumas participantes possuíam experiências anteriores com o aleitamento materno, as quais foram marcadas por dificuldades. Entretanto, elas demonstraram que mantiveram a intenção de amamentar e tiveram êxito na vivência atual.

*A minha primeira experiência com a amamentação foi difícil [...] me doía muito [...] o peito sangrava e eu chorava. Agora, com ela [na vivência atual], está mais suave (P1).*

*Eu sempre gostei de amamentar. O primeiro foi um susto, porque detonou meu seio, rachou, cortou, fez de tudo. Esse segundo [bebê] foi normal, tenho bastante leite (P8).*

Os depoimentos das participantes permitem demonstrar que as vivências com o aleitamento materno podem se diferenciar a cada puerpério. Com isso, é possível perceber que cada experiência é singular.

### **“A gente precisa de apoio”: percepções sobre o apoio no puerpério**

Para algumas mulheres, a vivência do puerpério e da amamentação mostrou-se solitária ou na presença de uma rede de apoio social limitada aos filhos. Percebe-se que a ausência de apoio pode impactar negativamente na vivência do puerpério. Uma das participantes, por exemplo, mencionou a manifestação de ansiedade e a sensação de não estar conseguindo desempenhar o seu papel satisfatoriamente.

*Eu fico sozinha em casa, meu marido trabalha [...] meu filho de sete anos que me ajuda, mais do que meu marido [...] nos primeiros dias, após o nascimento do bebê, eu fiquei*

*na casa da minha sogra, porque eu tive pressão alta e a minha sogra e a avó do meu marido me ajudaram (P1).*

*Sou só eu aqui, eu não tenho mãe, eu não tenho ninguém para me ajudar [...] eu me sinto na responsabilidade de pensar em tudo, então, isso acaba gerando aquela ansiedade [...] por mais que a gente tente ser positiva todos os dias, mas gera aquela sensação de ‘não estou conseguindo’ [...] se eu tivesse apoio ou ajuda, eu acho que seria diferente [...] a gente tem que ter um apoio, a gente precisa de apoio para tudo (P2).*

Entre as participantes que manifestaram a presença de rede de apoio, observou-se a figura do companheiro e de outras mulheres, como a filha, a madrastra, a vizinha, a sogra e a cunhada. Elas destacaram que essas pessoas as ajudavam na realização das refeições, no processo de aleitamento materno, nos cuidados com o bebê, no esclarecimento de dúvidas, nos cuidados com a casa e a partir de suporte financeiro.

*Meu marido e minha filha me apoiam [...] meu marido me ajuda nas alimentações, me cuidando, para eu me alimentar direitinho para poder passar o leite certinho para ele [...] às vezes, eu estou fazendo alguma coisa e ele está no peito, e meu marido me ajuda a segurar (P4).*

Figura 1 – Mapa Falante desenvolvido pela participante P4.



Em seu Mapa Falante, a participante identificada como P4 desenhou sua filha, seu marido e sua casa, pois, em sua fala, ela relatou que ambos os familiares retratados são sua única rede de apoio. Nessa perspectiva, a necessidade de uma rede de apoio no momento do puerpério e da amamentação torna-se evidente.

*Eu sempre recorro à minha madrastra, tanto na hora da amamentação e qualquer dúvida*

que eu tenho em relação ao bebê, sempre com ela que eu consigo conversar [...] Ela me passa uma segurança, uma confiança [...] ela me dá força, meu emocional fica bem seguro [...] ela tem experiência por já ter três filhos e pela conexão que eu tenho com ela que nem com a minha mãe eu tive [...] eu acho que é um privilégio, porque muita gente, hoje em dia, não tem esse apoio emocional, não tem a família perto para ajudar nesse momento que é bem delicado [...] se eu não tivesse apoio, com certeza seria diferente, eu estaria perdida (P5).

Eu tive fissuras, pouco leite, muita dor na amamentação enquanto estava machucado. Minha madrasta e meu esposo que me ajudaram a passar por essas dificuldades. Ela me mostrou e me apresentou a pomada para ajudar as fissuras a secarem, também ajudou na pega dela que ela estava pegando só o bico [mamilo] na maternidade agora ela tá pegando a aréola toda (P5).

Figura 2 – Mapa Falante desenvolvido pela participante P5.

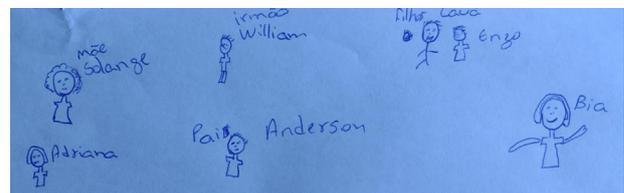


Minha vizinha tem me ajudado em relação à minha amamentação, em relação a tudo [...] toda dúvida que eu tenho ela me ajuda, ela me explica, me ajuda e me ensina também [...] é bom ter esse apoio, eu me sinto bem, não me sinto sozinha [...] se eu não a tivesse, eu ia procurar, eu procuro quase tudo também no Google (P6).

O meu namorado, a minha sogra e a irmã dele me ajudam [...] depois que eu dou o peito, ela fica calma e eles a pegam um pouco para eu comer (P7).

Eu tive rachaduras no bico, mas a mãe disse 'aguenta, deixa ele tomar o leite, que vai te curar'. A mãe dizia: 'segura a dor, ele vai tomar o leite com sangue, não tem problema'. Foi ela que me ajudou nessa fase [...] meu irmão também me ajuda quando está faltando dinheiro em casa [...] meus filhos ajudam na limpeza da casa, um deles lava a louça e o outro passa pano na casa [...] o pai da bebê ajuda em tudo também, me dá suporte [...] a minha mãe me ajuda em tudo, vai todo dia lá em casa limpar [...] todos me incentivam a continuar amamentando (P8).

Figura 3 – Mapa Falante desenvolvido pela participante P8.



Nos depoimentos, é possível constatar que o apoio recebido no puerpério gera segurança e confiança. A participante P5 destaca que esse apoio pode ser considerado um privilégio, visto que nem sempre se pode contar com uma rede de apoio. Ainda vale destacar que apenas uma participante mencionou o serviço de saúde como um local que forneceu apoio na vivência do seu puerpério. Nesse caso, o hospital foi indicado como o local em que ela mais teve auxílio na amamentação: No hospital foi onde eu tive mais auxílio na amamentação (P3).

Com base nos depoimentos das participantes, percebe-se que elas não possuem vínculo com os profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde. Durante a coleta de dados, quando perguntadas se procuravam esse nível de atenção, todas negaram buscar pelos serviços e profissionais de saúde.

## DISCUSSÃO

O pós-parto pode representar um momento singular para a mãe e o bebê, pois é nessa fase que eles se conhecem e estabelecem um vínculo, o qual, muitas vezes, é facilitado pela amamentação. A conexão entre mãe e bebê vai se estabelecendo a partir do olhar, do toque e da fala. Por essa razão, o ato de amamentar é simbolizado como vínculo, proteção, afeto, amor e cuidado<sup>13</sup>.

As participantes do presente estudo, assim como no trecho supramencionado, associam o aleitamento materno a uma prática positiva, que permite o estabelecimento de uma conexão entre elas e seus filhos. Nesse sentido, consideram que o aleitamento materno é divino, capaz de gerar sentimentos, como amor, afeto e carinho, além de beneficiar o núcleo familiar, quando há uma rede de apoio disponível. Achados semelhantes foram identificados em pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com 12 mães no município de Foz do Iguaçu. As participantes desse estudo indicaram que a amamentação significa um ato de amor, de formação e fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê<sup>14</sup>.

Entretanto, o período puerperal e o início da amamentação têm suas dificuldades, necessitando de acolhimento e orientações. O puerpério é um momento de grande mudança na vida da mulher, onde há uma drástica alteração hormonal, além das mudanças em sua rotina pessoal e a necessidade de adaptação com o recém-nascido, interferindo assim na amamentação e dinâmica familiar<sup>15</sup>. Nos relatos das participantes, embora estejam cientes de que a amamentação é uma prática que fortalece o vínculo com o bebê e pode gerar sentimentos positivos, nem sempre é uma experiência prazerosa para elas. Elas destacam situações de dor e lesões associadas ao início do processo de amamentação, além do sentimento de solidão e ansiedade. Mas apesar dessas dificuldades é possível observar o esforço dessas mulheres para superar os desafios enfrentados nesses momentos.

Sob essa perspectiva, vale ressaltar que a sociedade atribui um valor social à prática de aleitamento materno, de modo a torná-la, muitas vezes, obrigatória para a mulher. Nesse sentido, o aleitamento materno é capaz de se apresentar como uma demonstração de amor pelo filho, que, quando não praticada, pode ser atrelada, socialmente, a uma incapacidade no desenvolvimento da maternidade ou

um ato irresponsável da mulher<sup>16</sup>.

Diante dessa temática, um estudo com abordagem qualitativa e descritiva, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, que permite operar com as simbologias dos sujeitos diante dos fenômenos sociais, ancorando-se nos constructos inter-relacionais e da sua realidade cotidiana, possuindo como participantes do estudo enfermeira(o)s que atuam nas 29 Unidades de Saúde da Família do município de Porto Seguro-Bahia, identificou que os enfermeiros participantes do estudo acreditam que a amamentação é algo instintivo e intuitivo, o que reflete a cultura brasileira. Os brasileiros tendem a acreditar que qualquer dificuldade encontrada será superada, porém o estudo também ressalta que a amamentação nem sempre é um processo natural, que não requer intervenções. Os desafios devem ser acolhidos e, junto com eles, podem surgir sentimentos negativos em relação à amamentação, portanto, não é correto normalizar que a amamentação é um ato natural e de amor, pois aumenta a insegurança de quem não tem o mesmo sentimento<sup>3</sup>.

Além disso, a cobrança excessiva e a falta de uma rede de apoio abrangente com informações adequadas interferem nesse processo. As participantes deste estudo, ao destacarem sua rede de apoio, mostraram receber um apoio limitado, citando apenas membros da família. E somente uma entrevistada destacou os profissionais da saúde, o que influencia diretamente na experiência de cada puérpera em relação à amamentação<sup>17</sup>. O ato de amamentar contempla múltiplos aspectos: biológicos, socioeconômicos, culturais e familiares, portanto, para que a amamentação ocorra tranquilamente ou que as dificuldades sejam superadas é necessária a colaboração de todos ao redor, sendo familiares e profissionais de saúde. Se as mães receberem o apoio e a orientação adequada, vão fortalecer suas autoconfianças e reduzir o desmame precoce<sup>4</sup>.

Diante disso, cabe ao profissional enfermeiro, como um profissional estratégico na orientação para a prática do aleitamento materno, orientar e estabelecer vínculo com as puérperas, sendo uma rede de informação e apoio para essas mulheres<sup>18</sup>. Ao realizar essa atribuição, o enfermeiro fortalece a relação de confiança, podendo identificar e compreender melhor os medos e as angústias da lactante em relação à amamentação. Assim, esse profissional torna-se apto para promover e apoiar o processo de lactação, além de oferecer suporte emocional, ajudando a garantir a nutrição adequada

da criança e a evitar o desmame precoce<sup>3</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, foi possível analisar os significados e as vivências das puérperas sobre o processo de aleitamento materno, permitindo observar potencialidades e fragilidades frente ao ato de amamentar. As puérperas valorizam a prática do aleitamento materno, principalmente no que diz respeito à construção de vínculo entre elas e seus filhos, e a importância da rede de apoio, quando existente. Ainda houve destaque para a sensação de prazer ao desenvolver a prática da amamentação.

Entretanto, observaram-se fragilidades em relação às orientações ofertadas a essas mulheres e a presença de sentimentos de solidão e ansiedade, que se fazem presentes durante esse período. Diante dos tópicos abordados no estudo, a conduta do profissional enfermeiro se faz necessária. Contudo, a equipe de saúde não é amplamente mencionada como fonte de informação e vínculo nas falas das participantes, o que representa uma fragilidade que merece um olhar atento e cuidadoso.

Diante disso, o presente estudo reforça a necessidade de ações direcionadas à promoção ao aleitamento materno, principalmente em relação às consultas de pré-natal e puerpério, contribuindo, assim, para a redução na ocorrência de complicações no momento da amamentação, como o desmame precoce. Espera-se que os achados deste estudo contribuam para a construção do conhecimento, fornecendo um caminho para novos estudos envolvendo a temática do aleitamento materno, assim como na assistência, permitindo a reflexão dos profissionais de saúde sobre o cuidado necessário frente a essa prática.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

**Luiza Martins Camargo** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Lisie Alende Prates** contribuiu com o delineamento da pesquisa, a redação e revisão crítica do manuscrito. **Larissa Pereira Dorneles** contribuiu com a redação do manuscrito. **Elitiele Ortiz dos Santos**, **Jéssica Stragliotto Bazzan** e **Cenir Gonçalves Tier** contribuíram com a revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Moraes MB, Leal JO, Avelaneda EF, Bezerra KC.

A assistência de Enfermagem no período puerpério: Intercorrências com o aleitamento materno. *Rev Cienc FAP.* 2022;5:13-35.

2. Almeida LPD. *Enfermagem na Prática Materno-neonatal.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.

3. Filipin MAG, Moreira MA. As simbologias de enfermeira(o)s das unidades de saúde da família sobre as intercorrências mamárias. *Rev Eletr Acervo Saúde.* 2023;23(7):e13000. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e13000.2023>

4. Santos RMM, Lima IAS, Candido PGG, Bezerra JM, Pascoal LM, Santos Neto M, et al. Aleitamento materno e perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas atendidas em maternidade pública de referência. *Pesq Soc Desenvol.* 2022;3:e19211325900. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.25900>

5. Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos.* Rio de Janeiro: UFRJ; 2021.

6. Sluzki CE. *A rede social na prática sistêmica.* 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

7. Christoffel MFC, Serva VB, Anjos MMR, Brito RBS, Lins MM, Batista Filho M. Aleitamento materno exclusivo e os profissionais da estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(3):e20200545. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0545>

8. Cunha ACB, Eroles NMS, Resende LM. "Tornar-se mãe": Alto nível de estresse na gravidez e maternidade após o nascimento. *Interação Psicol.* 2020;24(3). DOI: <https://doi.org/10.5380/riep.v24i3.62768>

9. Lacerda SDL, Batista KES, Oliveira CKC. *Enfermagem na assistência à puérpera com dificuldades de amamentar: uma revisão de literatura.* *Braz J Dev.* 2020;6(11):92343-56. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-587>

10. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods.* 2006;18(1):59-82. DOI: <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

11. Cabral IE, Neves ET. Pesquisar com método criativo e sensível na enfermagem: fundamento teóricos e aplicabilidade. *In: Lacerda MR, Costenaro RGS. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática.* Porto Alegre: Moriá; 2015. p. 325-50.

12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

13. Miranda MM, Martins Neto UR. Desenvolvimento de infográficos sobre a importância do aleitamento materno. *Braz J Dev.* 2021;7(9):88517-35. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-151>

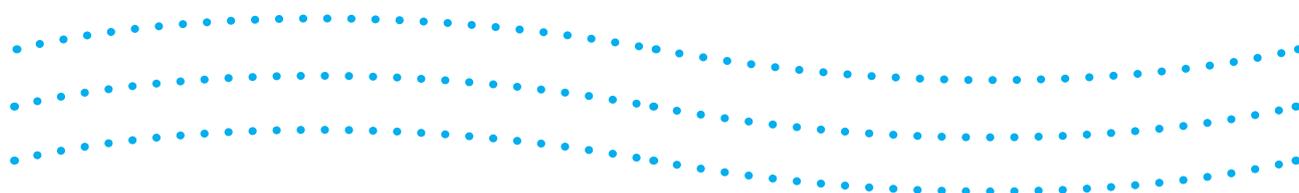
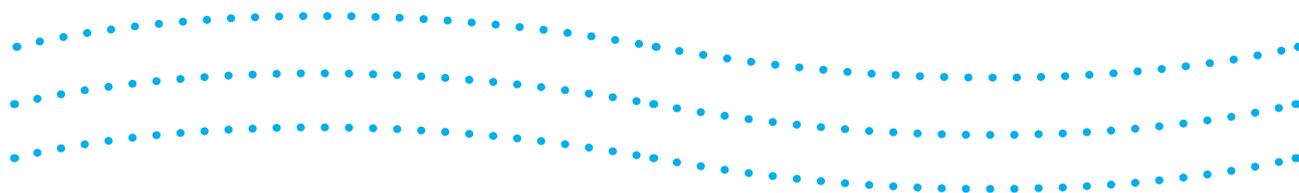
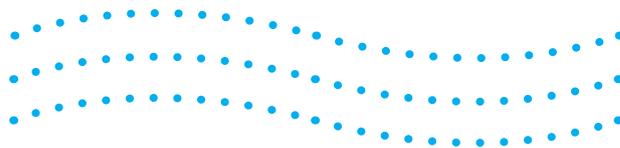
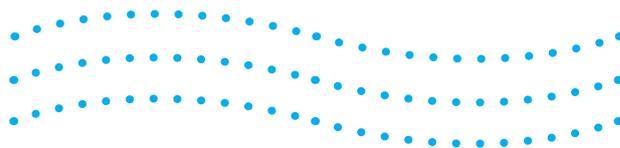
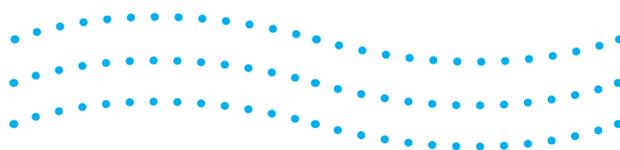
14. Hirano AR, Baggio MA, Ferrari RA. Amamentação e alimentação complementar: experiências de mães e profissionais de saúde em região de fronteira. *Enferm Foco.* 2021;12(6):1132-8. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4787>

15. Kalil IR, Aguiar AC. Aquilo que a amamentação retira e o desmame restaura: relatos maternos sobre tensionamentos e materiais de comunicação e informação em saúde. *Rev Eletr Com Inf Inov Saúde.* 2021;15(3). DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i3.2328>

16. Genero IK, Santos KR. Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola. *Rev Psicol Divers Saúde.* 2020;9(3):261-79. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.v9i3.2915>

17. Araújo GB, Fernandes AB, Oliveira ACA, Gomes EGR, Pereira TL, Oliveira LS, et al. Contribuições do enfermeiro para a promoção do aleitamento materno. *Braz J Health Rev.* 2020;3(3):4841-63. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-070>

18. Zanlorenzi GB, Wall ML, Aldrighi JD, Benedet DCF, Skupien SV, Souza SRRK. Fragilidades e potencialidades do cuidado de enfermagem em aleitamento materno na atenção primária: revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM.* 2022;12:e36. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769268253>



# A PERCEÇÃO DE PESSOAS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS SOBRE SUA PATOLOGIA E MEDICAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM O LETRAMENTO EM SAÚDE

THE PERCEPTION OF PEOPLE WITH CHRONIC CONDITIONS ABOUT THEIR PATHOLOGY AND MEDICATION AND ITS RELATIONSHIP WITH HEALTH LITERACY

LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS SOBRE SU PATOLOGÍA Y MEDICACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA ALFABETIZACIÓN SANITARIA

Desire Silva da Rocha Testa <sup>1</sup>

José Roque Junges <sup>2</sup>

## Como Citar:

Testa DSR, Junges JR. A percepção de pessoas em condições sobre sua patologia e medicação e sua relação com o letramento em saúde. *Sanare*. 2025;24(1).

## Descritores:

Letramento em Saúde; Doença Crônica; Atenção Primária à Saúde.

## Descriptor:

Health literacy; Chronic disease; Primary health care.

## Descriptor:

Alfabetización sanitaria; Enfermedad crónica; Atención primaria de salud.

## Submetido:

19/09/2024

## Aprovado:

10/10/2024

## Autor(a) para Correspondência:

José Roque Junges  
Rua Aloysio Sehnen, 186  
Bairro Cristo Rei, São Leopoldo (RS).  
CEP:93022-630  
E-mail: jrjunges@gmail.com

## RESUMO

Este estudo analisa a percepção de usuários com condições crônicas atendidos na Atenção Primária à Saúde sobre suas patologias e medicações, considerando os impactos do letramento em saúde. Utilizando abordagem qualitativa e análise de conteúdo, foram entrevistados dez usuários e três agentes comunitárias de saúde em Sapucaia do Sul (RS). Os achados revelam que muitos usuários não reconhecem suas doenças crônicas, associando-as apenas aos medicamentos. Observou-se baixa adesão ao tratamento, automedicação, alterações de dosagens sem prescrição e resistência à mudança de hábitos alimentares. Fatores como baixa escolaridade, renda limitada e envolvimento familiar também influenciam negativamente no autocuidado. A compreensão inadequada das orientações dos profissionais acarreta riscos à segurança do paciente. A pesquisa destaca a necessidade de ações educativas e estratégias de fortalecimento do letramento em saúde. Compreender melhor a própria condição pode promover maior adesão terapêutica e prevenir agravamentos clínicos. O estudo ressalta o papel central do letramento na qualidade de vida e segurança de usuários com doenças crônicas.

1. Graduada em enfermagem e Mestranda de Saúde Coletiva na UNISINOS. E-mail: desirochatesta@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9192-2747>

2. Graduado em Filosofia com Doutorado em Ética. E-mail: jrjunges@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4675-0993>

**ABSTRACT**

*This study analyzes the perception of users with chronic conditions treated in Primary Health Care about their pathologies and medications, considering the impacts of health literacy. Using a qualitative approach and content analysis, ten users and three community health agents were interviewed in Sapucaia do Sul (RS). The findings reveal that many users do not recognize their chronic illnesses, associating them only with medication. There was low adherence to treatment, self-medication, changes in dosages without a prescription and resistance to changing eating habits. Factors such as low schooling, limited income and family involvement also have a negative influence on self-care. Inadequate understanding of the professionals' instructions entails risks to patient safety. The research highlights the need for educational actions and strategies to strengthen health literacy. A better understanding of one's own condition can promote greater therapeutic adherence and prevent clinical worsening. The study highlights the central role of literacy in the quality of life and safety of users with chronic diseases.*

**RESUMEN**

*Este estudio analiza la percepción de usuarios con condiciones crónicas atendidos en Atención Primaria de Salud sobre sus patologías y medicamentos, considerando los impactos de la alfabetización en salud. Utilizando un abordaje cualitativo y análisis de contenido, diez usuarios y tres agentes comunitarios de salud fueron entrevistados en Sapucaia do Sul (RS). Los resultados revelan que muchos usuarios no reconocen sus enfermedades crónicas, asociándolas únicamente a la medicación. Hubo baja adherencia al tratamiento, automedicación, cambios de dosis sin receta y resistencia a cambiar los hábitos alimentarios. Factores como la baja escolarización, los ingresos limitados y la implicación de la familia también influyen negativamente en el autocuidado. La comprensión inadecuada de las instrucciones de los profesionales supone un riesgo para la seguridad del paciente. La investigación pone de relieve la necesidad de acciones y estrategias educativas para reforzar la alfabetización sanitaria. Una mejor comprensión de la propia condición puede promover una mayor adherencia terapéutica y prevenir el empeoramiento clínico. El estudio subraya el papel central de la alfabetización en la calidad de vida y la seguridad de los usuarios con enfermedades crónicas.*

.....

**INTRODUÇÃO**

O termo “letramento em saúde” refere-se à capacidade de obter e compreender informações relacionadas à saúde, permitindo que indivíduos tomem decisões informadas sobre seu cuidado e bem-estar. Apesar de sua crescente relevância, ainda enfrentamos desafios significativos relacionados ao nível de conhecimento dos usuários sobre suas patologias<sup>1</sup>

Quando se associa o letramento em saúde à Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se como o letramento pode facilitar a implementação de estratégias de acompanhamento e cuidado. A APS abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, tanto no âmbito individual quanto coletivo<sup>2</sup>

Estudos indicam que um letramento inadequado em saúde leva a decisões equivocadas, piorando a condição clínica de usuários com doenças crônicas. Isso fica evidente nas internações por Condições Sensíveis à APS, que poderiam ser

evitadas pelas equipes de atendimento básico com o acompanhamento e monitoramento adequados. Em 2021, essas internações representaram cerca de 15,5% no Brasil e 14,6% na região Sul, segundo o Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROAADES). É importante notar que esses dados podem estar subnotificados devido à pandemia de COVID-19<sup>3</sup>

Apesar de a APS ser fundamental para o tratamento de doenças crônicas, a segurança do paciente na APS é pouco abordada na literatura, ao contrário do que ocorre no âmbito hospitalar. O cuidado contínuo é essencial para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com patologias incuráveis. No entanto, um dos maiores desafios na atenção primária é o letramento em saúde dos usuários, que afeta diretamente a adesão ao tratamento, a mudança de hábitos e as decisões de cuidado<sup>4</sup>

O letramento em saúde dos usuários interfere diretamente na segurança do paciente, pois influencia o modo como os usuários processam informações relacionadas à própria saúde. Com um letramento precário, decisões equivocadas podem ser tomadas, resultando em piora clínica provocada

pelo próprio usuário. A falta de conhecimento adequado sobre suas condições crônicas é um fator crítico para a segurança do paciente<sup>5</sup>

Portanto, o objetivo deste artigo é analisar a percepção de usuários em condições crônicas atendidos pela Atenção Primária sobre sua patologia e medicação e como a falta de letramento em saúde impacta no modo de lidar com essa condição e na segurança do paciente.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo com delineamento exploratório que analisa determinado problema, quando ainda não existem conhecimentos suficientes nem ideias formadas sobre a temática, buscando ter maior familiaridade com o problema a fim de torná-lo mais explícito ou construir hipóteses sobre ele<sup>6</sup>. A matriz teórica da investigação é a hermenêutica que trata de compreender os significados presentes no cenário da pesquisa, referindo-os ao seu contexto de formação e interpretação, permitindo uma leitura crítica do problema<sup>2</sup>

O campo de pesquisa foi o município de Sapucaia Do Sul (RS), localizado na região metropolitana de Porto Alegre e com população em 2021 de 142.508 habitantes. A cobertura em atenção primária de saúde conta com cinco UBS e vinte ESFs<sup>7</sup>

A coleta de dados foi realizada em três equipes de ESFs indicadas pela secretaria de saúde do município, e cada uma dessas equipes indicaram uma agente comunitária de saúde, tendo como critério ter ao menos 5 anos de atuação e ligadas aos usuários entrevistados. Cada agente escolhida indicou três usuários para as entrevistas, tendo como critério de inclusão pelo menos 10 anos de condição crônica e que a gravidade dessa condição não os impossibilite de serem entrevistados. Em duas equipes foram entrevistados um casal de usuários e um usuário individual e na terceira foram entrevistados dois casais totalizando 10 participantes. O roteiro da entrevista teve os seguintes pontos: como eles lidam com a patologia, qual a relação deles com a medicação e como eles recebem as informações sobre sua patologia. As três agentes também foram entrevistadas com questões sobre as demandas dos usuários nas ESF.

A análise de conteúdo será a técnica proposta para interpretar os dados coletados. Essa metodologia possibilita interpretar as falas das entrevistas transcritas na perspectiva da temática a ser investigada, reduzindo a variedade de temas a códigos de registro de significado que depois serão as categorias de compreensão do problema de pesquisa. A análise é processada em três etapas: pré-análise, que é realização da leitura do material e sua organização; exploração do material, onde acontece a codificação em registros conceituais norteadores; tratamento dos resultados, produzindo inferências e interpretando os resultados em categorias<sup>8</sup>

O projeto de pesquisa tem a aprovação do CEP, por ser um recorte de uma pesquisa maior intitulada "Percepção dos profissionais da atenção primária sobre a segurança do paciente em condições crônicas" aprovada com o parecer n. 3.573.810 (CEP/UNISINOS). Todos os usuários e agentes de saúde que participaram das entrevistas assinaram o termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para preservar a privacidade desses usuários, foram utilizados nomes fictícios na reprodução das falas.

## RESULTADOS

O primeiro resultado da análise é a caracterização dos usuários em condições crônicas entrevistados:

Tabela 1 - Usuários em condições crônicas entrevistados na pesquisa

	Nome	Idade	Sexo	Renda	Escolaridade	Patologia	Medicação
Casal	Zeca	75	M	R\$ 1.400/ Aposentado	Primeiro ano do Ensino Médio	Hipertensão	Furosemida
	Celia	78	F	R\$ 1.400/ Aposentado	Segundo ano do Ensino Médio	Hipertensão Dislipidemia Depressão Ansiedade	Rosuvastatina Furosemida Fluoxetina Amitriptilina

	Rosa	66	F	R\$ 350/ Pensão Alimentícia	Segundo ano do Ensino Médio	Diabetes Hipertensão Dislipidemia Cardiomegalia Depressão Ansiedade	Metformina, Insulina, Glibenclamida, Carvedilol, Fluoxetina, Furosemida Amitriptilina Sinvastatina
Casal	João	52	M	R\$ 1.400/ Encostado	Primeiro ano do Ensino Médio	Diabetes Dislipidemia	Insulina Ciprofibrato
	Maria	52	F	R\$ 1.400/ Aposentado	Primeiro ano do Ensino Médio	Diabetes Dislipidemia Ansiedade	Insulina Sinvastatina Amitriptilina
	Aurora	68	F	R\$ 1.400/ Aposentado	Primeiro ano do Ensino Médio	Hipertensão Diabetes Dislipidemia	Insulina Sinvastatina Furosemida
Casal	Anne	70	F	R\$ 1.400/ Aposentado	Primeiro ano do Ensino Médio	Hipertensão Dislipidemia	Sinvastatina Furosemida
	José	73	M	R\$ 1.400/ Aposentado	Primeiro ano do Ensino Médio	Diabetes Dislipidemia Insuficiência Renal Crônica Hipertensão Depressão Ansiedade	Insulina Sinvastatina Hemodiálise Sertralina Quetiapina
Casal	Josi	71	F	R\$ 1.400/ Aposentado	Primeiro ano do Ensino Médio	Hipertensão Dislipidemia Ansiedade	Amitriptilina Sinvastatina Enalapril
	Aladin	74	M	R\$ 1.400/ Aposentado	Primeiro ano do Ensino Médio	Hipertensão Dislipidemia Cardiopatia epilepsia	Sinvastatina Enalapril Sertralina
	Rosi	74	F	R\$ 1.400/ Aposentado	9º ano do Ensino Fundamental	Hipertensão Ansiedade	Enalapril Amitriptilina

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul

Analisando a tabela acima, podemos ver questões que podem influenciar o letramento desses usuários, como o nível de escolaridade de no máximo até o segundo ano do ensino médio e renda, que estão automaticamente ligados. O artigo mostra a dificuldade dos usuários de absorver informações dadas a eles, devido ao seu nível de escolaridade, ocasionando analfabetismo funcional no Brasil, como a deficiência básica do nosso sistema educacional<sup>9,10</sup>

A saúde mental está cada vez mais sendo evidenciada no país. Como prova disso podemos ver na tabela que quase todos os usuários têm depressão e ansiedade, questões relacionadas à saúde mental mostram que podem afetar questões relacionadas ao seu autocuidado e como eles se relacionam com seus familiares, com isso podemos ver o quanto essa temática tem relevância na vida<sup>11</sup>

A análise dos dados coletados aponta para três categorias: identificação da patologia crônica com a medicação, fatores que influenciam no modo de lidar com a condição crônica e adesão às informações dos profissionais sobre sua condição crônica.

## Identificação da patologia crônica com o uso da medicação

Um primeiro elemento que chama atenção é quando os usuários são questionados sobre o seu tipo de doença crônica, eles negam que tenham uma condição crônica e apenas se referem as medicações que usam

*“Não tenho doença crônica” (Celia)*

*“Doença crônica acho que não tenho” (José)*

*“Eu só tomo Enalapril, Omeprazol e Amitriptilina” (Josi)*

Nas falas acima percebe-se o quanto os usuários não sabem o significado do termo crônico, pois, quando questionados, eles negam a sua condição crônica, não falando de sua patologia, mas apenas citando a medicação utilizada. Isso nos mostra o quanto o letramento do usuário tem deficiência, pois o usuário não compreende o termo utilizado para as patologias que têm, o que seria o básico para a compreensão de sua condição.

Diante dessa incompreensão dos usuários, uma das questões básicas é se questionar de que forma é passado pelos profissionais aos usuários o conhecimento sobre a patologia. Embora não existam muitos estudos relacionados com essa questão de o usuário não entender o termo de doença crônica ou quando perguntado, ele sabe as medicações que utiliza, sem referir-se a sua patologia, mostrando assim uma importância maior para a medicação do que para a patologia.

Outro ponto que surge nas falas é sobre a troca da medicação sem orientação médica.

*“A gente faz assim, é que o médico dele receitou o ciprofibrato que é caro e eu tomo a sinvastatina. Aí um mês eu compro duas caixas de ciprofibrato e eu e ele tomamos. Daí no outro mês eu tenho 2 sinvastatinas e a gente toma juntos. É que eu li que não é muito bom tomar sinvastatina por um longo tempo por que dá infecção nas juntas” (Maria)*

Esta situação relatada demonstra o centramento na medicação sem compreender a sua relação com a condição crônica, apontando para a falha do letramento em saúde. O uso de estatinas, como a sinvastatina, e/ou dos fibratos, como o ciprofibrato,

deve ser avaliado individualmente devido ao risco cardiovascular e perfil lipídico do paciente. As estatinas atuam mais em hipercolesterolemia isoladas e os fibratos em hiperlipidemias mistas com triglicerídeos acima de 500 ou hipertrigliceridemia isolada. Quando indicado, o uso deve ser feito de forma contínua. Mialgias durante o uso dos medicamentos, elevação de creatinofosfoquinase (CPK) 10 vezes acima do valor normal, aumento de AST-TGO/ALT-TGP 3 vezes acima do valor normal ou o surgimento de contraindicações determinarão sua suspensão, porém apenas com indicação médica<sup>13</sup>

O casal está utilizando a medicação de forma equivocada, sem saberem das consequências que isso pode acarretar para o tratamento da sua patologia. Por mais que para eles pareça uma coisa simples, no entanto, várias questões de eficácia e efeitos medicamentosos estão envolvidos, podendo com isso acarretar um tratamento inadequado com piora do quadro clínico.

Essa atitude aponta para o nível de letramento ineficiente, pois ao ler uma informação sem compreender o seu conteúdo, a usuária resolve trocar seu tratamento medicamentoso sem a orientação médica, mostrando com isso que os usuários tomam certas condutas sem passar antes por algum profissional da saúde para que tenham uma orientação mais adequada.

Outra questão que aparece é o desconhecimento sobre os efeitos colaterais das medicações, fazendo com que a usuária não faça o tratamento adequado no relato a seguir:

*“Metformina, Insulina, Amitriptilina, Fluoxetina, glibenclamida, carvedilol e tem a furosemida, porém esse é o do xixi, eu não tomo ele quando eu vou sair porque me dá muita vontade de fazer xixi e eu quase me urino, só quando eu estou em casa que eu tomo” (Rosa).*

A não adesão é um processo em que o paciente é exposto a muitas influências que determinam sua aceitação e continuidade ao tratamento, por esse motivo a equipe de saúde precisa ficar atenta aos usuários no tratamento. Um dos aspectos do letramento que impacta na não adesão à medicação são os efeitos colaterais, como acontece com a dona Rosa que deixa de tomar um dos medicamentos por conta própria pelos efeitos colaterais do diurético que ela utiliza para controle pressórico. Contudo,

ao escolher não utilizar a medicação corretamente, fazendo uso esporádico ela está quebrando o tratamento contínuo, podendo assim prejudicar o tratamento e piorar a sua saúde<sup>14</sup>

Quando questionada se procurou o serviço de saúde para falar com o médico sobre trocar a medicação, ela relatou:

*“O médico não explicou nada, eu que sei. Mas eu creio em Deus. Tenho muita fé em Deus” (Rosa).*

Nesse relato, vemos um descontentamento em relação ao médico e, ao mesmo tempo, ressalta que ela sabe a melhor maneira de se cuidar. Demonstra resistência para buscar outro profissional de saúde da sua unidade de referência para falar sobre os efeitos colaterais da medicação e acha que seus problemas vão ser resolvidos por ela ou pela sua fé, sem uma informação adequada de como lidar com a situação.

Quando um usuário não segue o tratamento adequado ele pode ter uma descompensação da sua condição crônica como mostra nos próximos relatos:

*“Estava com a pressão e a diabetes alta e atacada dos nervos, aí do posto me mandaram direto para a UPA” (Rosa).*

*“Eu tive um derrame parcial, por causa da minha hipertensão e outra coisa que eu tive foi um infarte, quase nessa mesma época do derrame, então eu tive que colocar três stents.” (Celia)*

Nesses relatos vemos o quanto não seguir o tratamento corretamente pode fazer com que a condição crônica seja descompensada, fazendo com que as usuárias tenham uma piora clínica que as façam ir a um serviço de saúde secundário ou terciário para realizar intervenções que melhorassem sua condição clínica.

Isso mostra o quanto é importante o letramento em saúde. Pois, se o usuário conhece a sua patologia, ele é mais propenso a fazer um tratamento adequado seguindo as orientações dadas pelos profissionais de saúde, e assim reduzir a probabilidade de apresentar um agravamento na sua condição clínica e, como consequência disso, reduzir o número de internações hospitalares ou em UPAs, melhorando sua qualidade de vida <sup>16,17</sup>

## Fatores que interferem no modo de lidar com a condição crônica

Quando questionadas se os usuários sabem lidar com sua condição crônica, as agentes de saúde relatam:

*“A maioria não, principalmente pressão alta e diabete” (Agente de saúde ESF 1)*

*“Muitos não” (Agente de saúde ESF 2)*

Esses relatos são corroborados pelos fatores que interferem no modo de lidar com a condição crônica. Um dos principais fatores é o envolvimento da família, tanto para o lado positivo quanto para o negativo. Certas atitudes no modo de lidar com a sua patologia estão correlacionadas com o familiar envolvido no seu cuidado, como aparece na fala:

*“Os remédios eu tomo certinho, mas a insulina eu não estou tomando mais. A última vez que eu tomei foi no posto. O meu filho fazia a aplicação da insulina, mas eu não sei o porquê ele mudou comigo. Mas eu estou bem graças a Deus” (Rosa),*

O atrito entre ela e seu filho está prejudicando o seu autocuidado. Contudo, é importante salientar que, por mais que haja esse atrito, ela não está tomando a medicação. Isso faz refletir sobre como lidar com a patologia pode envolver várias questões e de como os usuários respondem a isso e se o letramento dela em saúde faz questionar se ela entende realmente o quanto essa atitude pode influenciar a sua condição crônica (Ribas, Araújo 2021)<sup>14</sup>.

Na análise das falas dos casais entrevistados aparecem as tensões:

*“Eu me estresso com isso, aí eu tenho que cuidar de mim e dele” (Célia)*

*“Ele não pode tomar muita água, mas ele não ouve e toma muita água. Ele faz hemodiálise de terça, quinta e sábado, aí de sábado até terça ele não faz e ele fica muito inchado porque toma muita água. E a gente fala para não tomar, mas não adianta” (Anne).*

Percebe-se o quanto as esposas estão envolvidas tanto no cuidado delas quanto de seus cônjuges, fazendo com que elas tomem a frente no cuidado do

marido, pois além de ter que lidar com sua condição crônica elas estão implicadas no acompanhamento do marido, ocasionando uma sobrecarga para elas, pois os cônjuges acabam transferindo suas responsabilidades por completo para elas<sup>19</sup>

Essa transferência no cuidado geralmente acaba sendo inconsciente para eles. Por mais que as esposas tomem a frente no cuidado, por vezes elas não conseguem fazer com que o marido faça o cuidado recomendado, como na fala trazida por Anne. Isso pode trazer a elas uma frustração, pois ela se sente impotente. Contudo, é importante salientar que seu José sabe a sua condição crônica de não poder tomar tanto líquido, porém ele o faz mesmo assim, fazendo com que se questione os motivos que o levam a não cumprir as orientações dos profissionais de saúde e da sua esposa que está ligada diretamente no cuidado dele.<sup>12, 20</sup>

Outro fator que interfere no modo de lidar com a condição crônica é a automedicação, mais abordada em questões de remédios que não são de uso contínuo. Contudo, as situações que envolvem condições crônicas tornam-se mais delicadas quando aparece a automedicação, como aparece no relato abaixo:

*“Eu não fui ao médico, comprei o remédio por conta da Hipertensão, só tomo quando eu me sinto mal” (Zeca).*

Ele fala que está tomando uma medicação de uso contínuo, porém ele só utiliza quando se sente mal, utilizando medicamentos de forma incorreta podendo acarretar o agravamento de uma doença. Esse relato mostra quanto o letramento do usuário se mostra insuficiente no cuidado de sua doença, trazendo perigos para sua saúde. Outra coisa que chama atenção, quando questionado se vai marcar consulta sua esposa relata:

*“Estou tentando levar ele para consulta” (Célia)*

Percebe-se que o seu conhecimento sobre a patologia e suas consequências e a não aplicação de um tratamento adequado com as suas complicações decorrentes mostram o quanto existe uma falta de letramento.

Além da automedicação, aparecem relatos de alteração de doses medicamentosas sem orientação

médica, demonstrada pelas falas abaixo:

*“Eu tomo tudo certinho, porém às vezes quando a pressão está meio alta aí eu tomo um meio-dia também. Tomo um de manhã, um meio-dia e um de noite, por uns dois dias, até ela normalizar, depois eu paro e volto só para os dois” (Anne).*

*“Porque eles tomam a medicação de qualquer forma, muitas vezes não sabem como tomar o remédio. As vezes o médico até explica direito como é o tratamento, mas as vezes eles esquecem e não sabem o que tomar. As vezes eles tomam medicamentos a mais do que deveria” (Agente de saúde ESF 2)*

Nesses relatos dados pela usuária e pela agente de saúde percebe-se quanto o letramento está comprometido, fazendo com que os usuários façam alterações no uso de seus medicamentos, sem terem noção sobre as consequências e os riscos que podem trazer para sua saúde. Para eles parece uma coisa simples fazer essa alteração, sem ter consciência das possíveis complicações para sua saúde. Um fator que chama a atenção é o desconhecimento dos usuários sobre os benefícios do uso correto dos medicamentos e dos malefícios de seu uso inadequado.

A doença crônica da diabetes do tipo 2 é uma condição que exige um tratamento contínuo, seja com medicação ou insulina ou os dois combinados. Entretanto nas entrevistas aparece a seguinte constatação:

*“Aí eu fiz os exames de sangue e eu estava com diabetes, e comecei com a metformina e glibenclamida, porque eu não queria fazer a insulina, sabe o que fazia para não ir para insulina, na semana do exame eu ficava 3 dias antes eu não comia nada quase, para eles não me derem injeção. E foi um dia que não dava mais eu falei para médica o que eu fazia, aí eu tive que tomar insulina” (Maria)*  
*“Não, graças a Deus não preciso utilizar insulina” (Aurora)*

As duas falas apresentam um temor de ter de usar insulina. Isso se torna palpável de maneira singular na estratégia usada por Maria quando ia fazer o exame. O letramento de Maria quanto a exigência de

exames periódicos está totalmente equivocada, por que o exame em questão é a Hemoglobina Glicada que faz um acompanhamento dos níveis de açúcar em um período de 4 meses. A estratégia que ela utilizou não teve nenhum efeito.

### **A adesão às informações dos profissionais sobre sua patologia**

Uma primeira questão é como os usuários tiram dúvidas sobre sua saúde:

*“Eu costumo ir ao posto consultar com o médico, ou quando eu vejo a agente de saúde eu costumo tirar as minhas dúvidas, porque a gente a vê com mais frequência aqui na rua, aí o acesso é mais fácil do que ir até o posto” (Rosi).*

Aparece como os usuários centram o seu cuidado no médico, mas as agentes entram para tirar dúvidas pelo seu fácil acesso. Portanto a primeira fonte de informações será geralmente as agentes comunitárias de saúde

Um ponto importante de informação sobre o uso de remédios para saúde mental padece de certos paradigmas, por mais que os usuários sejam orientados sobre a questão da utilização da medicação, tanto na importância da reconsulta para avaliar a eficácia do tratamento, quanto para o desmame medicamentoso como aparece no relato a seguir:

*“Sim, muitos param de tomar a medicação, aí quando voltam a sentir ruim eles voltam a tomar a medicação” (Agente de saúde ESF3). “Por conta própria, aí eu dei uma piorada voltei a tomar, pois não quero tomar sempre essa medicação. Assim eu faço para o remédio que eu tomo para dormir, eu tomo um dia sim outro não. Eu quero ver se eu consigo ir diminuindo. Eu sei que o certo é ver com o médico essa redução da medicação para os nervos, por causa da orientação que ele me deu. Mas as vezes as consultas demoram quase um mês para ir lá na consulta” (Josi).*

O relato da agente aponta que muitos usuários param de usar a medicação por conta própria. Podemos corroborar esse relato da agente com a fala da usuária Josi que, por mais que tenha recebido uma orientação sobre como deve proceder com o

tratamento, o modo de lidar com essa informação não seguiu a orientação dada. Ela achou mais fácil mudar seu tratamento por conta própria sem uma orientação médica, por achar que a consulta demora demais.

Essa falta de conhecimento dos efeitos que podem causar, o não seguir o tratamento adequado ou não voltar para uma consulta de reavaliação para fazer o desmame adequado da medicação, demonstra o modo como eles lidam com a informação dada a eles. Por mais que saibam o que seria necessário fazer, não seguem a orientação justificando essa atitude pela demora em agendar uma consulta (Oliveira et al, 2020)<sup>13</sup>. Quando questionada se marcou alguma consulta de retorno ela responde:

*“Ainda não” (Josi)*

Essa atitude interrompe totalmente o tratamento. Contudo quando sentem uma piora, voltam para o tratamento, mas resistem a admitir que a piora clínica está ligada ao não seguimento das orientações adequadas, como a resistência de marcar o retorno com o médico para readequar o tratamento.

Outro ponto importante em relação às informações passadas pela nutricionista aos usuários diabéticos, em que os relatos apontam para questões divergentes sobre uma alimentação adequada para sua doença crônica.

*“A maioria deles sabe, mas eles fingem não querer saber. Não acreditam que têm diabetes ou pressão alta, dizem que nem comem doces, mas eles comem. Se iludem que estão cuidando. Sabem, mas não querem admitir” (Agente da ESF 3).*

*“Eu como pão branco com banana” (Maria)*

No relato acima, podemos notar que, por mais que os usuários tenham tido uma orientação prévia da nutricionista, mesmo assim não fazem uso adequado dos alimentos. Vários fatores podem estar relacionados, como mostra também o relato da agente de saúde sobre a dificuldade de seguir o recomendado e a própria negação da sua condição crônica. Um fator que interfere fortemente no seguimento dessas recomendações é a renda e a escolaridade, quanto maior o poder aquisitivo e a escolaridade, maior a probabilidade de a pessoa ter uma alimentação mais adequada, apontando para

centralidade no letramento em saúde<sup>21</sup>

Além da renda e a escolaridade, a falta de adesão ao tratamento nutricional adequado, pode estar ligada à necessidade de mudança radical de hábitos alimentares que já fazem parte do cardápio cotidiano, como aparece no relato a seguir:

*“E não foi fácil, eu, criado no meio do mato, comia de tudo, agora a gente não pode”  
(José).*

Assim, é possível analisar o quanto a mudança de hábitos pode ser difícil para os usuários e como isso pode influenciar no modo de lidar com o recebimento de informação dada pelos profissionais de saúde sobre questões relacionadas ao novo estilo de vida que eles terão que seguir. Portanto, a falta de adesão ao tratamento pode se dar por não apresentar o entendimento necessário das escolhas estabelecidas, podendo acarretar consequências futuras na sua saúde, apontando para um defeito no letramento<sup>21</sup>

## DISCUSSÃO

Os dados apontaram para um desconhecimento da doença crônica que os usuários entrevistados padeciam, afetando diretamente o modo como eles lidam com a sua patologia e vendo a medicação que tomam como protagonista da sua patologia. Isso leva a uma visão distorcida de que, por tomar a medicação, eles não possuem mais a doença crônica, quando é o contrário, por ter uma condição crônica, eles precisam utilizar a medicação, invertendo os valores. Como consequência, não possuem um conhecimento adequado de sua patologia, que é mais do que apenas utilizar uma medicação. Esse fato aponta para a importância do letramento em saúde.

O termo letramento em saúde significa a capacidade de obter e compreender as informações dadas ao usuário sobre sua saúde. O dado da identificação de medicação com a patologia, dando protagonismo para a primeira e negando a segunda, confirma o quanto o letramento é insuficiente ao não entender o termo utilizado para sua doença, o que nos faz questionar quais fatores levam o usuário a não compreender o básico da sua patologia. Por mais que muitos deles referiram compreender as informações repassadas pelos profissionais da equipe de saúde, no entanto houve uma divergência apresentada durante os relatos deles, fazendo com

que haja um questionamento sobre o quanto é deficitário o entendimento dos usuários.<sup>8</sup>

Conforme afirma Moriya et al. (2022, p.7)<sup>17</sup> “Letramento em saúde inadequado pode acarretar menor clareza sobre suas próprias condições de saúde, o que poderia ocasionar em falta de procura e/ou adequação de intervenções”.

A troca da dose da medicação ou até mesmo do tratamento sem orientação médica pode acarretar várias consequências para a condição crônica do usuário. Isso se dá pela falta de conhecimento que o usuário tem sobre a patologia e a medicação, podendo resultar em tomada de decisão equivocada, com isso temos a segurança do paciente em risco, pois o usuário não compreende como a medicação pode prejudicar a sua saúde quando não utilizada corretamente. Conforme afirma Girão (2021, p.5)<sup>8</sup> “apenas 36,5% dos pacientes utilizam fármacos corretamente, aderem à terapêutica proposta, alteram hábitos alimentares e abandonam vícios (tabagismo/alcoolismo)”.

Nesse estudo, mostra-se que boa parte dos usuários não seguem o tratamento adequado, podendo fazer com que tenham uma piora clínica. Os fatores que fazem isso acontecer são variados, podendo ser desde a falta de vínculo com a unidade, a espera prolongada de uma consulta médica ou escolaridade muito baixa e, o mais importante, a falta de conhecimento sobre as consequências que isso pode trazer para sua saúde.<sup>2,6,9,14,19</sup>

*“O letramento funcional em saúde inadequado nos idosos avaliados, muitas vezes responsáveis pelo seu autocuidado, pode contribuir para agravos na condição de saúde e doença dessa população”.*

Analisando isso podemos ver o quanto um letramento eficiente pode influenciar na adesão do tratamento e no autocuidado, fazendo com que os usuários tenham uma qualidade de vida melhor.

Outro fator a ser discutido é a falta de utilização da medicação ou não seguir as orientações dadas. Os fatores relacionados são variados, podendo ser por informações recebidas, mas não compreendidas, ou até mesmo através de diálogos com os amigos ou vizinhos, efeitos colaterais da medicação e até mesmo ter uma resistência quanto à sua condição crônica. Juntando isso a uma escolaridade e uma condição socioeconômica relativamente baixas, temos um cenário propício para influenciar tanto

direta como indiretamente no letramento do usuário, podendo acarretar eventos adversos e fazendo com que a sua segurança seja ameaçada, por falta de conhecimento entre outros fatores. Conforme afirma Menezes et al., (2022, p.7)<sup>21</sup> “o planejamento de ações em saúde, a fim de promover o letramento funcional, faz-se necessário, tendo em vista que essas ações auxiliam na adesão e propiciam o sucesso no tratamento”.

Com isso, o letramento se torna necessário para ter sucesso no tratamento de usuários crônicos. A sua falta aponta para a dificuldade de conseguir a adesão ao que é proposto como terapêutica, cujas razões são multifatoriais que precisam ser analisadas, estando relacionadas com o letramento. Só assim o acompanhamento e o cuidado de pessoas em condições crônicas serão efetivos, impedindo que se incorra em riscos de danos aos usuários, trazendo riscos a sua saúde.<sup>3,9,15</sup>

Com isso, podemos afirmar que o letramento em saúde está intimamente ligado ao tema da segurança do paciente, pois se o usuário não tem um conhecimento adequado da sua patologia e do seu tratamento, faz com que tome decisões equivocadas, podendo incorrer em eventos adversos que podem ameaçar a sua segurança. Com letramento adequado, os usuários podem tomar decisões mais informadas e esclarecidas, sendo promotores do seu próprio cuidado e garantindo a segurança do seu tratamento. Porque, ao conhecer a sua patologia e medicação correspondente, podem perceber e conhecer os efeitos sobre o seu corpo e saber por que determinado efeito acontece<sup>21</sup>

## CONCLUSÃO

Os achados deste estudo mostraram que o nível de letramento em saúde dos usuários é insatisfatório. Isso se reflete em decisões equivocadas quanto ao tratamento. Diversos fatores contribuem para essa situação, incluindo a forma como lidam com suas patologias, a adesão às medicações para doenças crônicas e a forma como assimilam as informações fornecidas pelos profissionais de saúde. O baixo nível de conhecimento sobre suas condições de saúde representa um risco significativo à segurança do paciente, pois decisões inadequadas podem levar ao agravamento das patologias.

Para pesquisas futuras, sugere-se buscar soluções para melhorar o entendimento dos usuários sobre suas condições de saúde. Essas soluções devem

abranger desde a educação em saúde nas escolas, para que as crianças desenvolvam uma base sólida de conhecimentos sobre saúde, até o atendimento prestado nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs), onde é crucial estabelecer um vínculo forte com os usuários.

Além disso, é essencial desenvolver estratégias que ajudem os usuários e seus familiares a compreenderem a importância do letramento em saúde e o impacto que isso pode ter na qualidade de vida, especialmente para aqueles com condições crônicas. Monitorar se estão seguindo os cuidados adequados é vital para garantir a eficácia dessas intervenções.

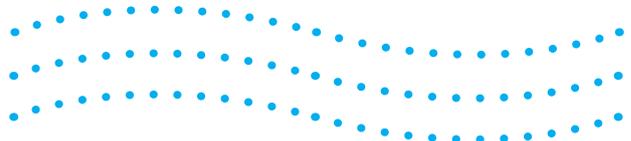
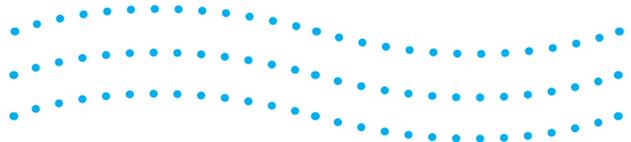
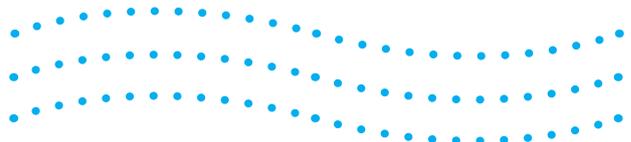
## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Desire Silva da Rocha Testa** escreveu o projeto da pesquisa, fez a coleta, transcrição e análise dos dados, escreveu a versão escrita do artigo. **José Roque Junges** orientou o desenvolvimento da pesquisa e a escrita do texto. Escreveu a discussão e fez a revisão final do artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Automedicação. 2012 [citado 2024 mai 1]. Disponível em: <https://bvmsms.saude.gov.br/automedicacao/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 22 de setembro de 2017: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2017 [citado 2024 mai 15]. Disponível em: [https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2021–2030. Brasília: MS; 2021 [citado 2024 mai 15]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Brasília: MS; 2019 [citado 2024 mai 12]. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2019/relatorio\\_pcdt\\_dislipidemia\\_cp04\\_2019.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2019/relatorio_pcdt_dislipidemia_cp04_2019.pdf)
5. Narciso AS, Guimarães Neto AC. Estratégias não farmacológicas empregadas no manejo da ansiedade em adolescentes. Rev Bras Pesq Saúde. 2023;25(3):54–64. doi:10.47456/rbps.v25i3.40573

6. Diniz ACAM, Mendes ML, Pereira AL, Bastos MA. Mais letramento em saúde, mais segurança do paciente: um estudo de caso sobre campanhas de segurança do paciente num centro hospitalar português. *Cad Ibero Am Dir Sanit.* 2022;11(3):35-51. doi:10.17566/ciads.v11i3.917
7. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS. 2021 [citado 2024 mai 20]. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>
8. Girão AC, Rodrigues AT, Lima MB, Silva JF. Análise da associação entre adesão terapêutica e letramento em saúde em hipertensos. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2021;11:e4166. doi:10.19175/recom.v11i0.4166
9. Kabir A, Nasreen H, Hossain A, Islam S, Sarker M. Health system readiness for non-communicable diseases at the primary care level: A systematic review. *BMJ Open.* 2022;12:e060387. doi:10.1136/bmjopen-2021-060387
10. Malhotra NK. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
11. Maragno CA, Mengue SS, Moraes CG, Duncan BB, Bêria JU. Teste de letramento em saúde em português para adultos. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:e190025. doi:10.1590/1980-549720190025
12. Santos TBM, Freitas BJSA. Adesão ao tratamento dietético em portadores de diabetes mellitus assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Braspen J.* 2018;33(1):76-81.
13. Oliveira DF, Sousa MMR, Castro JCC, Lima FET. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes atendidos por um Centro Integrado de Saúde. *Braz J Nat Sci.* 2020;3(3):430. doi:10.31415/bjns.v3i3.113
14. Ribas KH, Araújo AHIM. A importância da Literacia em Saúde nos Cuidados Básicos: revisão integrativa da literatura. *Pesqui Soc Desenv.* 2021;10(16):e493101624063. doi:10.33448/rsd-v10i16.24063
15. Tavariz M. Casais que enfrentam juntos doenças crônicas. *G1 Longevidade.* 2020 [citado 2024 abr 27]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/blog/longevidade-modo-de-usar/post/2020/02/04/casais-que-enfrentam-juntos-doencas-cronicas.ghtml>
16. Raimundo JS, Silva RB. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Rev Mosaico.* 2020;11(2):1-11. doi:10.21727/rm.v11i2.2184
17. Moriya KM, Pereira CLC, Lima-Costa MF. Alfabetização em saúde e sua relação com qualidade de vida, doenças crônicas autorreferidas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde entre idosos. *Pesqui Soc Desenv.* 2022;11(1):e3211124481. doi:10.33448/rsd-v11i1.24481
18. Oliveira ARF, Trindade JLA. Manejo de medicamentos de uso contínuo por idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde. *Pesqui Soc Desenv.* 2023;12(14):e76121444600. doi:10.33448/rsd-v12i14.44600
19. Scortegagna HML. Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery.* 2021;25(1):e20200262. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2020-0262
20. Simch FBL, Batista HHD, Figueiredo RM. Papel da literacia em saúde nos resultados clínicos dos idosos: uma scoping review. *Pesqui Soc Desenv.* 2021;10(11):e495101119726. doi:10.33448/rsd-v10i11.19726
21. Menezes AF, Lima JG, Oliveira VSR, Batista MJ. A enfermagem frente à alfabetização em saúde, alimentação e doenças crônicas não transmissíveis em idosos: revisão integrativa da literatura. *Pesqui Soc Desenv.* 2022;11(5):e48211528368. doi:10.33448/rsd-v11i5.28368



# INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DIABETES: INTENSIFICANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NUTRITIONAL INTERVENTION IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND DIABETES: STRENGTHENING CARE IN PRIMARY HEALTH CARE

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES: INTENSIFICANDO EL CUIDADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*Lylian Cavalcante Fonteles*<sup>1</sup>

*Karine da Silva Oliveira*<sup>2</sup>

*Helena Alves de Carvalho Sampaio*<sup>3</sup>

*Tamires Alexandre Félix*<sup>4</sup>

*Francisco Valdicélio Ferreira*<sup>5</sup>

## Como Citar:

Fonteles LC, Oliveira KS, Sampaio HAC, Félix TA, Ferreira FV. *Intervenção nutricional em pacientes com hipertensão e diabetes: intensificando o cuidado na Atenção Primária à Saúde. Sanare. 2025;24(1).*

## Descritores:

*Estratégia Saúde da Família; Doenças Crônicas; Educação Alimentar e Nutricional; Promoção da Saúde; Alimentação Saudável.*

## Descriptors:

*Family Health Strategy; Chronic Diseases; Food and Nutrition Education; Health Promotion; Healthy Eating.*

## Descriptores:

*Estrategia de Salud Familiar; Enfermedades Crónicas; Educación Alimentaria y Nutricional; Promoción de la Salud; Alimentación Saludable.*

## Submetido:

04/02/2025

## Aprovado:

13/05/2025

## Autor(a) para Correspondência:

*Lylian Cavalcante Fonteles*  
E-mail: [lylian\\_fonteles@hotmail.com](mailto:lylian_fonteles@hotmail.com).

## RESUMO

*Objetivou-se, com este estudo, contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, atendidas por uma Unidade Básica de Saúde, através de intervenções em educação alimentar e nutricional, por intermédio da Problemática pelo Arco de Charles Maguerez. Trata-se de um estudo misto, qualitativo e quantitativo, do tipo pesquisa-intervenção, utilizando como referencial metodológico a Problemática do Arco de Charles Maguerez, em suas cinco etapas: Observação da realidade; Pontos-chave; Teorização; Hipóteses de solução; e Aplicação na realidade. Identificaram-se muitas dúvidas relacionadas à alimentação adequada para pessoas com diabetes e/ou hipertensão, sendo realizadas abordagens sobre a importância da alimentação e as orientações nutricionais baseadas em uma dieta cardioprotetora. Mudanças, como perda de peso, diminuição da circunferência da cintura e melhor adesão ao consumo de frutas, foram destaques na intervenção. Concluiu-se que a intervenção contribuiu para a melhoria da saúde, além de fortalecer as ações de Educação Alimentar e Nutricional e favorecer o autocuidado entre pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.*

1. Nutricionista pelo Centro Universitário INTA (UNINTA). Especialista em caráter de Residente Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: [lylian\\_fonteles@hotmail.com](mailto:lylian_fonteles@hotmail.com). Orcid: [https://orcid.org/%200000-0002-2754-2729\\_2754-2729-0002-2754-27](https://orcid.org/%200000-0002-2754-2729_2754-2729-0002-2754-27)

2. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Nutricionista pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [karine\\_oliveira01@hotmail.com](mailto:karine_oliveira01@hotmail.com). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7278-2484>

3. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: [helena.sampaio@uece.br](mailto:helena.sampaio@uece.br). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5353-8259>

4. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bacharela em Enfermagem. E-mail: [tamiresafelix@gmail.com](mailto:tamiresafelix@gmail.com). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9297-7764>

5. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bacharel em Nutrição pelo Centro Universitário INTA (UNINTA). E-mail: [celionutri@gmail.com](mailto:celionutri@gmail.com). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6347-2844>

**ABSTRACT**

*This study aims to contribute to improve the quality of life of individuals with Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension attending a Primary Health Care Unit, through food and nutrition education interventions based on the Charles Maguerez Arch methodology. This is a mixed-methods (qualitative and quantitative) intervention-research study, using the Problematization methodology of the Charles Maguerez Arch, which consists of five steps: observation of reality, identification of key points, theorization, formulation of solution hypotheses, and application to reality. Numerous doubts were identified regarding appropriate nutrition for individuals with diabetes and/or hypertension. The intervention addressed the importance of healthy eating and provided nutritional guidance based on a cardioprotective diet. Notable outcomes included weight loss, reduced waist circumference, and increased fruit consumption. The intervention was found to contribute to improve health, strengthen food and nutrition education actions, and promote self-care among individuals with non-communicable chronic diseases.*

**RESUMEN**

*Este estudio tuvo como objetivo contribuir a la mejora de la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica, atendidas en una Unidad Básica de Salud, a través de intervenciones en educación alimentaria y nutricional mediante la Problematización por el Arco de Charles Maguerez. Se trata de un estudio mixto, cualitativo y cuantitativo, de tipo investigación-intervención, utilizando como referencia metodológica la Problematización del Arco de Charles Maguerez en sus cinco etapas: Observación de la realidad; Puntos clave; Teorización; Hipótesis de solución; y Aplicación a la realidad. Se identificaron numerosas dudas relacionadas con la alimentación adecuada para personas con diabetes y/o hipertensión, abordándose la importancia de la alimentación y las orientaciones nutricionales basadas en una dieta cardioprotectora. Entre los principales resultados de la intervención, se destacaron cambios como la pérdida de peso, la reducción de la circunferencia de la cintura y una mejor adherencia al consumo de frutas. Se concluye que la intervención contribuyó a la mejora del estado de salud, además de fortalecer las acciones de Educación Alimentaria y Nutricional y fomentar el autocuidado en personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles.*

.....

**INTRODUÇÃO**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) causam cerca de 70% de óbitos no mundo, de modo que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), essas constituem sete das dez principais causas de morte, conforme as Estimativas Globais de Saúde, em 2019<sup>1</sup>. Dados mais recentes da OMS, de 2021, apontam que as DCNT foram responsáveis por mais de 43 milhões de mortes, sendo aproximadamente 17 milhões de forma prematura (antes dos 70 anos), com maior impacto em países de baixa e média renda, o que evidencia sua relevância como prioridade global de saúde pública.

No Brasil, a mortalidade por DCNT também é elevada, causando grandes impactos aos indivíduos, às famílias e ao sistema de saúde, sobrecarregando-o. É comprovado que o aumento das DCNT se dá principalmente pelos hábitos de vida e genética do indivíduo<sup>1</sup>. O estilo de vida, assim como o tabagismo, sedentarismo, consumo exagerado de bebidas alcoólicas e a não adesão a uma dieta saudável, são considerados fatores de risco para o

desenvolvimento das doenças crônicas.

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por mudanças que evidenciam a transição epidemiológica e nutricional, com comportamento alimentar e estilo de vida inadequados, ocorrendo simultaneamente com as transformações demográficas, com declínio na fecundidade e elevado envelhecimento populacional. Com essas transições, destaca-se a incidência e prevalência das DCNT e seus fatores de risco, assim como suas complicações<sup>2</sup>. Os idosos são, em sua maioria, acometidos com doenças como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pois essas têm forte relação com o envelhecimento. Sabe-se que há outros fatores que influenciam, como o histórico familiar, hábitos de vida, aspectos psicológicos e condições socioeconômicas, que, juntamente com o tratamento inadequado, refletem nas complicações dessas doenças<sup>3</sup>. Diante do exposto, destaca-se, também, que o estado nutricional e o consumo alimentar estão diretamente ligados ao desenvolvimento ou prevenção dessas patologias, repercutindo na qualidade de vida e saúde<sup>4</sup>.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes<sup>1</sup>, o DM constitui-se em uma disfunção metabólica, caracterizado por alterações recorrentes na glicemia, decorrentes de deficiência na produção de insulina. Essa doença tem alcançado proporções epidêmicas, com estimativa de 425 milhões de pessoas com DM no mundo, e classifica-se em dois tipos: o Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) e o tipo 2 (DM2). O DM1 é autoimune, com alta carga genética, decorrente de destruição das células pancreáticas, causando um déficit completo na produção de insulina. O DM2 se dá pela ação de vários genes, com forte hereditariedade familiar, ainda não completamente esclarecida; seu desenvolvimento tem forte influência ambiental, sendo que os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo, que levam à obesidade, sobressaem-se como os principais fatores de risco<sup>1</sup>.

Já a HAS é uma DCNT definida pelos níveis pressóricos. Seu desenvolvimento é multifatorial, sendo influenciado por aspectos genéticos, ambientais e sociais, determinado por um aumento constante na pressão arterial (PA). Um dos fatores que estão diretamente relacionados à alteração da PA é o excesso de peso (sobrepeso/obesidade), que é ligado ao mau hábito alimentar e à falta de atividade física, assim como o alcoolismo e tabagismo. O desenvolvimento da HAS é mais comum em pessoas idosas, por conta de aspectos fisiológicos. Cerca de 65% dos indivíduos acima dos 60 anos apresentam a doença<sup>2</sup>.

Com a evolução das DNCT e a preocupação de direcionamento de cuidados, em 2011, o Ministério da Saúde criou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022), a fim de proporcionar a elaboração e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, plano esse que foi atualizado e ampliado com novas metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030<sup>5</sup>.

Com a alta prevalência das DCNT, com destaque para HAS e DM, observa-se a necessidade de intervenções como medidas preventivas, seja em âmbito individual, familiar ou comunitária, em que a promoção da alimentação saudável e a adesão a uma dieta equilibrada mostra-se eficaz no que diz respeito à prevenção de complicações clínicas e redução de danos<sup>6,7</sup>. Diante do exposto e em conformidade com as orientações preconizadas pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e a Sociedade Brasileira de

Diabetes, ainda há a necessidade de intervenções com o objetivo de melhoria da qualidade de vida de pacientes com DCNT.

Estudos mostram que a estratégia de realizar grupos de educação em saúde, para uma melhoria no controle e adesão ao tratamento de doenças como HAS e DM, é eficaz, proporciona mudanças no estilo de vida e trocas de conhecimento, promovendo autonomia e empoderamento no cuidado com a saúde. Os grupos também se apresentam como importantes estratégias no controle da hipertensão e diabetes, promovendo adesão ao tratamento e fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde<sup>8-10</sup>.

Dessa forma, considerando a importância da educação alimentar e nutricional, justifica-se a realização do presente estudo com o intuito de contribuir com a melhoria da qualidade de vida de pessoas com HAS e DM, em uma unidade de saúde, por meio de intervenções utilizando o Arco de Charles Maguerez.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo misto, qualitativo e quantitativo<sup>11</sup>, do tipo pesquisa-intervenção<sup>12</sup>, com um grupo de pacientes com hipertensão e diabetes, e o desenvolvimento de ações de Educação Alimentar e Nutricional, objetivando-se intensificar o cuidado na Atenção Primária à Saúde localizada em uma cidade do interior cearense, Sobral-CE, no período de setembro a novembro de 2022.

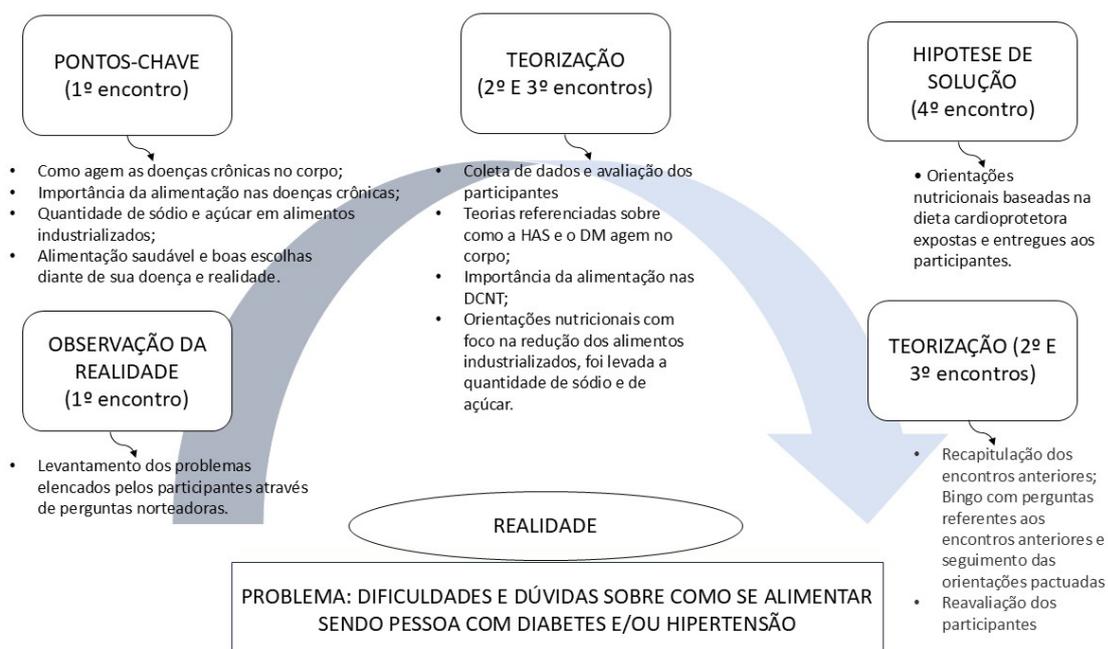
Para a construção dessa intervenção, utilizou-se o Arco de Maguerez, uma metodologia problematizadora, participativa e ativa dos sujeitos, em um processo contínuo de ensino-aprendizagem<sup>13</sup>. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez indica que a pesquisa se desenvolve a partir da observação da realidade e definição do problema. Partindo desse ponto, o processo de apropriação de informações pelos participantes é iniciado com a primeira etapa do Arco, que é a observação da realidade, na qual eles são motivados a observar e identificar aspectos relevantes, para que, em seguida, diante do achado, possam colaborar com a transformação da realidade. Após o problema ser definido, segue-se para a segunda etapa, os pontos-chave, onde deve-se refletir sobre quais são os possíveis fatores determinantes do problema, possibilitando um maior entendimento acerca das dificuldades do mesmo. Na terceira etapa, segue-se para a teorização, o que servirá de base para a

transformação da realidade, analisando e discutindo os dados que forem obtidos, para então buscar sentido para eles, levando-se em conta os problemas. Na quarta etapa, hipóteses de solução, o pesquisador irá refletir e desenvolver alternativas criativas de intervenção que solucionem o problema. E, por último, a quinta etapa, aplicação à realidade, a qual possibilitará a aplicação das propostas de soluções à realidade dos demais atores envolvidos, com os problemas previamente elencados, de modo a obter a transformação de suas realidades e de seus hábitos e práticas<sup>13-15</sup>.

O Desenvolvimento da intervenção seguiu da seguinte forma:

- 1º Etapa: Observação da realidade – Foi realizado um momento inicial com uma apresentação do que se trata a pesquisa, pactuando-se dias e horários, bem como a periodicidade dos encontros. De acordo com a observação da realidade, buscou-se encontrar a problemática juntamente com os participantes.
- 2º Etapa: Pontos-chave a serem trabalhados – Ao refletir sobre as causas existentes em relação ao problema, identificou-se, ainda no primeiro encontro, a partir do que os participantes relataram, as dificuldades e o que eles precisam compreender para obter uma alimentação saudável; foram realizadas intervenções objetivando a melhoria da saúde e dos hábitos alimentares, promovendo autonomia do indivíduo.
- 3º etapa: Teorização – Ocorreu a busca de informações a serem analisadas e avaliadas, tendo um desfecho positivo, com o auxílio teórico sobre o problema e dos pontos-chave definidos, em que se buscou uma transformação da realidade encontrada.
- 4º etapa: Hipóteses de solução – Após a busca de informações teóricas foram questionadas as possibilidades de solucionar o problema, elaborando-se as hipóteses e estratégias para produzir mudanças. A etapa de hipóteses de solução é onde relacionam-se teoria e prática, para serem construídas hipóteses e estratégias de aplicação à realidade, em busca de soluções criativas, tendo em vista o problema encontrado<sup>16</sup>.
- 5º Etapa: Aplicação à realidade – Foi realizada a implementação das estratégias de intervenção na realidade. De acordo com Esperidião e colaboradores<sup>16</sup>, essa fase possibilitará a aplicação das propostas de soluções à realidade dos demais atores envolvidos, com os problemas previamente elencados, para, assim, obter-se a transformação de seus participantes, sua realidade e de seus hábitos e práticas anteriormente falhas.

Figura 1 – Arco de Maguerez realizado a partir da intervenção em pessoas com hipertensão e diabetes.



Fonte: elaboração própria, 2023.

Ao todo, foram realizados cinco encontros com pacientes com hipertensão e diabetes. No primeiro, obteve-se um total de 20 participantes, sendo que apenas sete permaneceram assíduos em todos os encontros realizados.

No que diz respeito à adesão aos cuidados à saúde, a literatura aponta tratar-se de um fenômeno multidimensional. A Organização Mundial da Saúde elege alguns fatores que interferem nesse processo, dentre os quais se destacam aqueles relacionados ao paciente, ao tratamento, às questões socioeconômicas, relacionados aos sistemas de saúde e à doença<sup>17</sup>. Em estudo realizado por Villardi, Cyrino e Berbel<sup>18</sup>, destaca-se que a população necessita da melhoria das condições de vida, por meio da educação em saúde, porém, na prática dos serviços de saúde, observa-se grande dificuldade de adesão da população, por fatores desconhecidos e que causam desapontamento e incompreensão aos profissionais da equipe, reduzindo as possibilidades de encontro entre os atores e o processo de cuidado.

A partir do exposto, questiona-se sobre o que afetou a não adesão, neste estudo, de todos os participantes que compareceram no primeiro encontro. Acredita-se que possam ser fatores semelhantes aos descritos acima e já mostrados na literatura.

Importante destacar também que, no segundo e no último encontro, os pacientes foram submetidos a uma avaliação antropométrica (com aferição de peso e altura) e realizaram a avaliação do estado nutricional com o cálculo do índice de massa corporal, conforme preconizado pela OMS, para adultos e para idosos. Realizou-se a relação cintura/quadril, Pressão Arterial e glicemia, os quais foram aplicados no formulário de coleta de dados junto ao formulário de acompanhamento do estado nutricional e consumo alimentar do SISVAN-web, sendo todos analisados após a intervenção.

A presente pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú, CCAE: 58419522.0.0000.5053 e número: 044754/2022.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico dos usuários participantes do grupo, nas tabelas abaixo foram apresentados os dados obtidos nos formulários de coleta de dados.

Tabela 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico das pessoas com hipertensão e diabetes, participantes da intervenção, em um território no interior do Ceará, Brasil, 2022 (n=7).

OCUPAÇÃO	N	Porcentagem
Aposentado(a)	2	28,57%
Serviços gerais	2	28,57%
Do lar (dona de casa)	3	42,85%
Total	7	100,0 %
SEXO		
Masculino	1	14,3%
Feminino	6	85,7%
Total	7	100,0%
COR DA PELE/ETNIA		
Branco (caucasiano)	3	42,85%
Negro (preto)	1	14,3%
Mulato (pardo)	3	42,85%
Oriental (amarelo)	0	0,0%
Indígena	0	0,0%
Outra	0	0,0%
Total	7	100,0%
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	0	0,0%
Fundamental incompleto	1	14,3%
Fundamental completo	2	28,57%
Médio completo	2	28,57%
Superior completo	2	28,57%
Desconhecido	0	0,0%
Total	7	100,0%
ESTADO CIVIL		
Solteiro	0	0,0%
Casado/União estável	5	71,43%
Divorciado	0	0,0%
Viúvo	2	28,57%
Total	7	100,0%
NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA		
Inativo	0	0,0%
Ativo leve	2	28,57%
Ativo moderado	4	57,15%
Ativo Intenso	1	14,3%
Total	7	100,0%
TABAGISMO		
Sim	0	0,0 %
Não	7	100,0 %
Total	7	100,0 %
ETILISMO		
Sim	0	0,0%
Não	7	100,0 %
Total	7	100,0%

<b>HIPERTENSO</b>		
Sim	7	100,0%
Não	0	0,0%
Não sabe	0	0,0%
Hipertenso e diabético	4	57,15%
Total	7	100,0%
<b>DIABETES MELLITUS</b>		
Sim	4	57,15%
Não	3	42,85%
Não sabe	0	0,0%
Diabético e hipertenso	4	57,15%
Total	7	100,0%

Fonte: elaboração própria, 2023.

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa. O perfil predominante da amostra do estudo foi o seguinte: sexo feminino (85,7%); do lar (42,85%); de cor branca e parda se igualaram (42,85%); e casados (71,42%). No item escolaridade, observou-se o quantitativo igual para ensino fundamental completo, médio completo e superior completo (28,57%); ativo moderado (57,15%); não tabagista (100%) e não etilista (100%), hipertenso (100%), diabético (57,15%), hipertenso e diabético (57,15%).

A Tabela 2 mostra o comparativo da avaliação do índice de massa corporal (IMC) e relação cintura/quadril, antes e após as intervenções.

Tabela 2 – Caracterização do estado nutricional das pessoas com hipertensão e diabetes, participantes da intervenção, em um território no interior do Ceará, Brasil, 2022 (n=7).

<b>Peso Atual</b>		<b>Altura</b>		<b>IMC</b>		<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	
Primeiro encontro	Último encontro	Primeiro encontro	Último encontro	Primeiro encontro	Último encontro	Primeiro encontro	Último encontro
58,7	56,2	1,58	1,58	23,5	22,5	EUTROFIA	EUTROFIA
77,9	73,9	1,60	1,60	30,4	28,9	OBESIDADE	SOBREPESO
82,5	81	1,50	1,50	36,7	36	OBESIDADE II	OBESIDADE II
77	75	1,50	1,50	34,2	33,3	OBESIDADE I	OBESIDADE I
79	74,5	1,52	1,52	34,2	32,5	OBESIDADE I	OBESIDADE I
78	77	1,49	1,49	35,1	34,7	OBESIDADE II	OBESIDADE I
62,5	62,2	1,56	1,56	25,7	25,6	SOBREPESO	SOBREPESO
<b>Cintura</b>		<b>Quadril</b>		<b>Relação C/Q</b>		<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	
Primeiro encontro	Último encontro	Primeiro encontro	Último encontro	Primeiro encontro	Último encontro	Primeiro encontro	Último encontro
87	85	97	95	0,89	0,89	Alto	Alto
109	104	104	100	1,04	1,04	Alto	Alto
114	113	118	118	0,96	0,95	Alto	Alto
101	99	105	104	0,96	0,95	Alto	Alto
115	110	114	110	1,01	1	Alto	Alto
121	118	108	108	1,12	1,09	Alto	Alto
88	87,5	99	99	0,88	0,88	Alto	Alto

Fonte: elaboração própria, 2023.

Observou-se que, no que se refere aos aspectos relacionados à análise do IMC, foram obtidos resultados positivos, com a perda de peso de alguns participantes, o que contribuiu para a melhoria da saúde geral em pessoas com hipertensão e diabetes. Porém, a perda durante essa série temporal não impactou no estado nutricional, visto que a manutenção e perda de peso não foram monitoradas por profissional nutricionista.

Alguns autores destacam que é de suma importância a manutenção do estado nutricional de idosos, sendo um fator primordial para a prevenção de DCNT<sup>19</sup>. Em relação ao IMC, esse é um dos meios mais populares para se diagnosticar o estado nutricional, porém não prevê a composição corporal, sendo necessária a associação de outros parâmetros antropométricos a fim de analisar o risco para doenças cardiovasculares, que estão diretamente ligadas ao acúmulo de gordura central<sup>20</sup>.

Na Tabela 2, observa-se a relação cintura-quadril (RCQ), em que se considerou alta acima de 0,85, para mulheres, e 1 para homens. Essa medida é utilizada para diagnosticar obesidade central e para diagnosticar gordura visceral, complementando a avaliação e diagnóstico nutricional<sup>8</sup>.

De acordo com a OMS, a circunferência da cintura representa o acúmulo de gordura abdominal, sendo fortemente correlacionada com o tecido adiposo visceral, avaliado por métodos de imagem, a exemplo da tomografia computadorizada, e é também um marcador de risco cardiovascular<sup>21</sup>. Desse modo, considera-se que a perda de medidas da circunferência da cintura foi um bom resultado, beneficiando a saúde dos participantes com DCNT, diminuindo risco cardiovascular.

Tabela 3 – Caracterização da Pressão Arterial Sistêmica e glicemia das pessoas com hipertensão e diabetes, participantes da intervenção, em um território no interior do Ceará, Brasil, 2022 (n=7).

Pressão Arterial Sistêmica (mmHg)		Glicemia (mg/dl)	
Primeiro encontro	Último encontro	Primeiro encontro	Último encontro
120x70	120x70	190	164
120x10	110x80	150	128
140x90	110x70	126	120
140x80	120x70	374	209
130x80	120x70	220	147
130x70	120x80	164	159
120x80	110x70	127	120

Fonte: elaboração própria, 2023.

Na Tabela 3, são apresentados os comparativos relacionados à Pressão Arterial Sistêmica e glicemia capilar, no primeiro e último encontro. Nota-se que houve uma melhora em algumas medidas de PAS e também na glicemia.

Sabe-se que bons hábitos de vida, tais como: alimentação adequada, prática de exercícios, abandono de vícios como tabagismo e etilismo, bom estado nutricional, com IMC adequado e circunferência da cintura dentro dos parâmetros recomendados, são essenciais no cuidado e tratamento de DCNT. Leva-se em consideração, também, seguir o tratamento proposto pela equipe multiprofissional, seja ele medicamentoso ou não, para ajudar a controlar os níveis de PAS e glicemia, evitando complicações futuras<sup>22</sup>.

No que diz respeito ao rastreamento do consumo alimentar através das fichas do SISVAN, sabe-se que o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e o e-SUS APS disponibilizam formulários de marcadores de consumo alimentar, avaliando o consumo alimentar referente ao dia anterior. É um instrumento simples, permitindo que qualquer profissional da equipe realize e recomende práticas alimentares adequadas e saudáveis<sup>23</sup>.

Obtiveram-se os seguintes resultados demonstrados na Tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização dos participantes segundo os hábitos e consumo alimentar no dia anterior e após as intervenções, em um território no interior do Ceará, Brasil, 2022 (n=7).

Variável	N (antes)	% (antes)	N (após)	% (após)
Costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?				
Sim	0	0,0%	0	0,0%
Não	7	100,0%	7	100,0%
Hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia				
Sim	7	100,0%	7	100,0%
Não	0	0,0%	0	0,0%
Feijão				
Sim	7	100,0%	7	100,0%
Não	0	0,0%	0	0,0%
Frutas frescas				
Sim	5	71,43%	7	100,0%
Não	2	28,57%	0	0,0%
Verduras e/ou legumes				
Sim	3	48,85%	7	100,0%
Não	4	57,15%	0	0,0%
Hambúrguer e/ou embutidos				
Sim	2	28,57%	1	14,3%
Não	5	71,43%	6	85,7%
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)				
Sim	3	48,85%	1	14,3%
Não	4	57,15%	6	85,7%
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados				
Sim	1	14,3%	0	0,0%
Não	6	85,7%	7	100,0%
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo e gelatina)				
Sim	2	28,57%	1	14,3%
Não	5	71,43%	6	85,7%

Fonte: elaboração própria a partir de SISVAN, 2023.

A Tabela 4 expõe os resultados referentes à aplicação do formulário do SISVAN-web, no que diz respeito ao consumo alimentar. Os participantes responderam atentamente às perguntas do primeiro e último encontro da intervenção. No primeiro questionamento, que se refere à pergunta sobre ter costume de realizar as refeições assistindo à televisão, mexendo no computador e/ou celular, os participantes responderem “não”, achado importante, pois alguns estudos mostram que o tempo gasto em frente às telas pode se relacionar ao ganho excessivo de peso, associado ao maior consumo calórico e também ao sedentarismo<sup>24,25</sup>.

Sobre a quantidade de refeições, todos eles relataram fazer pelo menos as três refeições principais do dia. O consumo de feijão, juntamente com o arroz, é um hábito alimentar brasileiro muito forte. Esses alimentos, consumidos em conjunto, melhoram a qualidade da proteína ingerida, pois suprem os aminoácidos limitantes<sup>26</sup>. Observou-se que 100% dos participantes consomem feijão, sendo benéfico esse consumo, pois é um alimento nutritivo e rico em fibras. Além disso, 71,43% declararam consumir frutas frescas antes das intervenções

e 48,85% referiram acerca da ingestão de verduras e/ou legumes. Após as intervenções, notou-se uma evolução para 100,0% dos participantes que passaram a aderir a um melhor hábito alimentar e a consumir frutas frescas e verduras/legumes.

Em relação ao consumo de frutas e vegetais, a OMS recomenda o consumo mínimo de 400g de frutas e hortaliças por dia para a prevenção de doenças cardiovasculares, obesidade, câncer e diabetes. A dieta cardioprotetora apresenta recomendações alimentares baseadas na classificação dos alimentos por grupos. Dentre eles, destaca-se o grupo verde, constituído por verduras, frutas, legumes, leguminosas, leite desnatado e iogurte natural desnatado, os quais devem compor a base da alimentação diária. Esses elementos estão presentes em maior proporção em relação aos demais grupos<sup>27</sup>.

Analisando o consumo dos alimentos industrializados, antes das intervenções, 28,57% responderam que consomem hambúrguer e/ou embutidos; 48,85%, bebidas adoçadas como refrigerantes; 14,3%, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; e 28,57%, biscoitos, doces ou guloseimas. Após as intervenções, obteve-se uma melhora significativa em relação ao consumo de alimentos industrializados, diminuindo para 14,3%, respectivamente.

Os hábitos alimentares da população brasileira vêm passando por transformações, e as mudanças que observamos envolvem a substituição de alimentos *in natura* ou minimamente processados de origem vegetal e preparações culinárias à base desses alimentos, por produtos industrializados prontos para consumo. Dessa forma, observa-se um desequilíbrio da oferta de nutrientes e alta ingestão calórica, que, conseqüentemente, aumentam de forma geral as DCNT<sup>23</sup>.

A dieta cardioprotetora vem com recomendações alimentares que são divididas de acordo com o grau de processamento, contendo em suas orientações apenas alimentos *in natura*, minimamente processados e processados<sup>27</sup>.

A HAS e o DM são as doenças crônicas que mais acometem a população, elas se sobressaem entre os principais problemas de saúde pública na atualidade, por sua relação com a morbimortalidade e, principalmente, com as grandes síndromes geriátricas<sup>28</sup>. Desse modo, como forma de melhorar a qualidade de vida desses usuários, foram realizadas intervenções sobre educação alimentar e nutricional utilizando o Arco de Charles Maguerez como método,

o qual é uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da Problematização. O Arco apresenta cinco etapas que acontecem a partir da realidade social: a observação da realidade, os pontos-chave, a teorização, as hipóteses de solução e aplicação à realidade, que estão descritas a seguir<sup>13</sup>.

### 1º Etapa: Observação da realidade

No primeiro momento houve um acolhimento, com a participação do profissional de educação física, que realizou um alongamento com os presentes no grupo, os quais, em sua maioria, foram pessoas acima dos 50 anos, predominando as mulheres. Em seguida, os participantes foram informados acerca dos objetivos e como o projeto seria desenvolvido, pactuando, assim, os dias, horários e periodicidade que os encontros seriam realizados. Logo após isso, foram expostas algumas perguntas norteadoras com o intuito de obter os pontos-chave a serem trabalhados e, assim, atuar intervindo junto a eles. Nesse momento houve bastante interação dos participantes.

Destacam-se, aqui, as seguintes perguntas norteadoras:

1. Você sabe qual o papel da alimentação no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e do diabetes?

2. Você costuma comer frutas e verduras? Com que frequência?

3. Quais as suas dificuldades em manter uma alimentação saudável?

Na primeira pergunta, os participantes responderam que “quem tem diabetes não pode consumir açúcar e massa”, e “quem tem hipertensão não pode consumir sal”. Trouxeram também dúvidas sobre quais frutas poderiam consumir, sobre uso de adoçantes e quantidade de açúcar e sal nos alimentos. Também surgiu a dúvida de como as doenças crônicas agem no organismo. Muitos não sabiam como funcionava o diabetes e a hipertensão no organismo.

Na pergunta seguinte, a maioria respondeu que consumia pelo menos 1x ao dia uma porção de frutas; quanto às verduras, já não houve muitas respostas positivas, alguns consumiam no almoço, mas alguns negaram consumo durante o dia.

Na última pergunta, os participantes relataram que têm dificuldades nas escolhas dos alimentos, nas quantidades, e alguns relataram dificuldades

financeiras, alegando que tinham que comer o que fosse mais acessível financeiramente.

De acordo com as perguntas norteadoras, buscou-se considerar a realidade de todos, escutando suas dificuldades e dúvidas sobre como se alimentar sendo pessoa com diabetes e/ou hipertensão e intervir com soluções para os problemas.

## 2º etapa: Pontos-chave

Ainda no primeiro encontro, diante dos problemas elencados pelos participantes, foram definidos também os pontos-chave a serem trabalhados nos encontros seguintes. Em cada encontro temático foi abordado como agem as doenças crônicas no organismo, a importância da alimentação para a prevenção das DCNT, quantidade de sódio e açúcar em alimentos industrializados, estimulando os pacientes a uma alimentação saudável, mostrando como fazer boas escolhas diante de sua condição crônica e realidade, através de orientações nutricionais repassadas.

## 3º etapa: Teorização

No segundo encontro, buscou-se levar teorias referenciadas em que, primeiramente, houve uma exposição dialogada sobre as DCNT, abordando conceitos e enfatizando a gravidade e suas consequências. Segundo Malta e colaboradores<sup>29</sup>, as DCNT atingem pessoas de todas as classes socioeconômicas e, de forma mais considerável, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis. Atualmente, no Brasil, as DCNT correspondem a mais de 70% das causas de óbito.

Nesse momento, como forma de abordar o DM e a HAS detalhadamente, foram expostas as figuras do pâncreas e do coração, para falar de suas funções, relacionando os órgãos às patologias. Ao abordar o DM, foi exposta a figura do pâncreas, órgão que é responsável pela produção de insulina no corpo. A insulina é um hormônio produzido no pâncreas, cuja função é transportar a glicose da corrente sanguínea para o interior das células do organismo. A falta da insulina ou o uso ineficiente desse hormônio leva a um estado de hiperglicemia (alto nível de glicose no sangue)<sup>30</sup>.

No caso da HAS, foi exposta a figura do coração, com a finalidade de explicar como o coração trabalha na função de circular o sangue para o corpo e como ocorre a doença. A HAS é definida por apresentar

níveis elevados de pressão sanguínea nos vasos arteriais. É uma condição crônica que exige que o coração desempenhe um trabalho maior do que o normal, para que todo o sangue chegue às periferias corporais e a órgãos vitais, cumprindo sua função<sup>31</sup>. Logo em seguida, foi explicado como a alimentação é importante no tratamento da HAS e do DM. É sabido que a adesão a uma alimentação adequada é essencial para a prevenção de complicações clínicas e redução de danos decorrentes do aumento da resistência à insulina e do aumento da pressão arterial.

Ao final desse encontro foram aplicados os formulários de coleta de dados, em que foram obtidas informações como, por exemplo, ocupação, idade, sexo, cor da pele, estado civil, escolaridade, nível de atividade física, tabagismo, etilismo, diagnóstico da doença, dados antropométricos (peso e altura), avaliação do estado nutricional com cálculo do índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura e quadril e também foi feito o rastreamento nutricional com enfoque no SISVAN-web em cada participante.

Após a exposição sobre a importância da alimentação nos cuidados com as doenças crônicas, no terceiro encontro abordaram-se orientações nutricionais com foco na redução dos alimentos industrializados, onde foram levadas as quantidades de sódio e de açúcar em alguns alimentos industrializados, causando impacto sobre o quantitativo do consumo. Nesse mesmo encontro, realizou-se uma oficina de colagem, com o semáforo da alimentação, em que o objetivo foi estimular o maior consumo de alimentos *in natura*. Nesse momento, foram apresentadas figuras de alguns alimentos, de modo que os participantes interagiram classificando-os em como consumi-los, colando as figuras de acordo com as cores do semáforo: prefira (verde), modere (amarelo) e evite (vermelho). Ao final, foi abordada a importância do fracionamento das refeições e o benefício de uma alimentação saudável.

O estudo de Bortolini e colaboradores<sup>32</sup> enfatiza que a alimentação inadequada é um dos principais fatores de risco desencadeadores de doenças no mundo, sendo observado que também é um fator de risco para o aumento da mortalidade<sup>32</sup>.

O aumento na incidência das DCNT é causado por mudanças nos hábitos alimentares, que se dá com a substituição de alimentos *in natura* e minimamente processados por alimentos industrializados prontos (processados ou ultraprocessados), ricos em sódio,

açúcar e gorduras. Essas modificações desenvolvem desequilíbrios nutricionais acarretando o aumento de obesidade, DM, HAS, doenças cardiovasculares e câncer<sup>33</sup>. O cuidado de pacientes hipertensos e diabéticos exige atenção no consumo alimentar relacionado a açúcares, gorduras saturadas e sódio, que são encontrados principalmente em alimentos industrializados. Esses alimentos, se consumidos em excesso, podem contribuir para o surgimento e complicações das patologias<sup>6</sup>.

Enfatiza-se que, para a manutenção da saúde e prevenção de doenças, que seja seguida a regra de ouro do guia alimentar para a população brasileira: prefira sempre o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados<sup>23</sup>. Haja vista que uma alimentação saudável é essencial para atender às exigências que o corpo demanda, desempenhando um efeito metabólico ou fisiológico contribuindo para a saúde. Desse modo, para além de nutrir o corpo, alimentar-se bem envolve distintos aspectos, como valores culturais, sociais, afetivos e sensoriais, contribuindo também para a prevenção do desenvolvimento de doenças crônicas<sup>34</sup>.

Atentando-se para a situação-problema, notou-se que, além do desprovimento de informações e esclarecimentos sobre as doenças, a ausência de sintomas favorece o descumprimento das recomendações médicas e nutricionais, dentre elas, a realização de uma dieta equilibrada, justificando essa falha com a questão financeira, alegando que tinham que comer o que fosse mais acessível financeiramente. Em seu estudo, Nogueira e colaboradores também encontraram dificuldades de seguimento do tratamento nutricional, trazendo razões que podem justificar essa baixa adesão, dentre elas: a baixa escolaridade, que dificulta o entendimento das orientações, o baixo poder aquisitivo, moradia solitária, vínculo fragilizado com os profissionais, ausência de sintomas e fatores psicossociais. Com isso, trazem a educação em saúde como uma das ferramentas eficazes para proporcionar um atendimento integral e equânime ao indivíduo<sup>35</sup>.

Nesse sentido, a educação em saúde é um meio relevante para promover conversas educativas, trocar informações e tirar dúvidas dos usuários, seja por meio de uma sala de espera na Unidade Básica de Saúde ou grupos focais. Esse método busca informar o indivíduo sobre os principais cuidados para promover, prevenir e recuperar a saúde<sup>6</sup>. Assim, as ações de Educação Alimentar e Nutricional são uma

estratégia para promover saúde e prevenir doenças, ampliando o conhecimento e discussão, debatendo sobre nutrição, empoderando e desenvolvendo autonomia dos indivíduos de forma grupal, sobre temáticas relacionadas à alimentação, hábitos de vida, influenciando em suas escolhas, resultando em mudanças positivas e duradouras no comportamento alimentar<sup>36</sup>.

#### 4º etapa: Hipóteses de solução

Algumas medidas foram necessárias para a melhora da qualidade de vida desses pacientes, buscando uma forma de permitir a construção do conhecimento destes em uma ação-reflexão-ação, caracterizando-se essa última como uma ação transformadora, em algum grau. Dessa forma, elaborou-se, diante dos problemas elencados e temas trabalhados nos encontros, uma hipótese que pode ser aplicada dentro desse contexto. Foi preparado, com base na dieta cardioprotetora, um material contendo orientações nutricionais para ser entregue aos participantes da pesquisa.

Assim, no quarto encontro, após toda a exposição e interação feita nos encontros anteriores, foram expostas, em um cartaz, as orientações nutricionais baseadas na dieta cardioprotetora e foi feita a pactuação, com os participantes, do seguimento dessas orientações, que foram entregues de forma impressa. Também foi dialogado sobre como o estado nutricional influencia na saúde, sobre a importância da prática de atividade física, ingestão hídrica e cuidados com a saúde mental, para a melhoria da saúde e melhor controle de suas condições crônicas. Na pactuação, também foi combinado um próximo momento, no final do mês seguinte, para ver como se deu o seguimento das orientações e avaliação dos encontros.

A dieta cardioprotetora, também conhecida como Dica BR, foi elaborada contendo recomendações nutricionais das diretrizes em práticas alimentares condizentes com a realidade da população brasileira, focando principalmente na pessoa com risco cardiovascular ou com doenças cardiovasculares, que, em seu cuidado, possam ter a melhor composição de alimentos e distribuição de nutrientes. A alimentação cardioprotetora é recomendada para pessoas com sobrepeso, obesidade, HAS, DM, dislipidemias e doenças cardiovasculares<sup>27</sup>.

## 5º Etapa: Aplicação à realidade

No quinto e último encontro, realizou-se uma recapitulação dos encontros anteriores, aberto para perguntas, caso tivessem, e em uma dinâmica de um bingo. Foram realizados questionamentos aos participantes, referentes aos encontros anteriores, e sobre o seguimento das orientações pactuadas, em que eles só marcariam a cartela se acertassem a pergunta. A interação foi ótima e todos os participantes contribuíram nas respostas.

No seguimento do encontro, foi entregue aos participantes um questionário semiestruturado e solicitado o preenchimento individualmente. O questionário é composto de questões para uma melhor compreensão e os possíveis impactos dos momentos, e também avalia o grau de satisfação dos mesmos, baseado na escala de Likert<sup>37</sup>. As avaliações foram positivas, de forma que todos marcaram a opção “satisfeito” nas perguntas objetivas do questionário, e, no questionamento subjetivo, não houve respostas escritas. Logo após, foi realizado agendamento para reavaliar individualmente cada participante, em data posterior, em que se aplicou novamente os formulários de coleta de dados e o rastreamento nutricional pelo SISVAN-web.

Ao finalizar a intervenção, percebeu-se que os participantes ficaram satisfeitos com os momentos desenvolvidos a partir do Arco de Maguerez. A vivência dessa prática permitiu esclarecer dúvidas e trabalhar as dificuldades acerca das doenças crônicas e, assim, com o aprendizado, os usuários participantes podem efetivar o tratamento não farmacológico, com autonomia no cuidado com suas patologias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho contribuiu para a melhoria da saúde e o melhor controle das patologias dos participantes do estudo. Assim, com o conhecimento que foi compartilhado sobre alimentação, esses pacientes poderão colocar em prática o que foi aprendido, como também repassar seus conhecimentos.

Observou-se que a educação em saúde é uma estratégia efetiva através da educação alimentar e nutricional, que pode ser considerada uma ferramenta de ação educativa na promoção de hábitos alimentares saudáveis. Diante disso, os resultados

positivos vão além de soluções imediatas, sendo necessária a continuidade de ações de educação em saúde para que os usuários se mantenham munidos de informações verídicas, gerando autonomia do cuidado em saúde.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

**Lylían Cavalcante Fonteles** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Karine da Silva Oliveira, Helena Alves de Carvalho Sampaio** e **Tamires Alexandre Félix** contribuíram com o delineamento da pesquisa, a redação e revisão crítica do manuscrito. **Francisco Valdicélio Ferreira** contribuiu com a revisão crítica do manuscrito e redação final.

## REFERÊNCIAS

1. Confortin SC, Andrade SR, Draeger VM, Meneghini V, Schneider IJC, Barbosa AR. Premature mortality caused by the main chronic noncommunicable diseases in the Brazilian states. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1588-94.
2. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(3):516-658.
3. Ribeiro DR, Calixto DM, Silva LL, Alves RPCN, Souza LMC. Prevalência de Diabetes *Mellitus* e hipertensão em idosos. *Artigos@.* 2020;14:e2132.
4. Silva, JCM. A influência das mídias sociais sobre o comportamento alimentar: uma revisão. Brasília, DF. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2021.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília; 2021.
6. Bastos MN, Junior GJ, Araujo MMM. Alimentação de diabéticos e hipertensos: desafios e recomendações. *REVISE-Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde.* 2019.4. 00.
7. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Pública.* 2020;44(8):e32.
8. Silva GB, Sousa IS, Landim LASR, Oliveira LMN. Nutritional status and the incidence of chronic

- diseases in the elderly: an integrative review. *RSD*. 2020;9(10):e7029109038.
9. Alves MS, Araújo MCF, Nascimento MP, Ribeiro FC, Rebouças PT, Santos TA, et al. Grupo Terapêutico com Idosos Sobre o Autocuidado nas Doenças Crônicas. *J Health Sci*. 2016;18(1):52-5.
10. Casagrande K, Zandonai RC, Matos CH, Wachholz LB, Mezadri T, Grillo LP. Avaliação da efetividade da educação alimentar e nutricional em idosos. *RBOE*. 2018;12(73):591-7.
11. Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto contexto - enferm*. 2017;26(3):e1590016.
12. Oyadomari JCT, Silva PL, Mendonça Neto OR, Riccio EL. Pesquisa intervencionista: um ensaio sobre as oportunidades e riscos para pesquisa brasileira em contabilidade gerencial. *Ad Sci Appl Account*. 2014;7(2):244-65.
13. Bordenave JD, Pereira AMP. Estratégias de ensino-aprendizagem. 25ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
14. Berbel NAN. Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: Ed INP/UEL; 1999.
15. Colombo AA. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. *Semin Cienc Soc Hum*. 2007;28(2):121-46.
16. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):172-7.
17. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. 2003 [citado 28 de maio de 2023]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencefullreport.pdf>
18. Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NAN. A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica; 2015. 118 p.
19. Lira S, Goulart RM, Alonso AC. A relação entre estado nutricional e presença de doenças crônicas e seu impacto na qualidade de vida de idosos: revisão integrativa. *Rev Atenção à Saúde*. 2017;15(53):81-6.
20. Santos MM, Lima TR. Associação entre estado nutricional e risco cardiovascular de sujeitos assistidos pela clínica de nutrição do UNIVAG. *Mostra Nutri* [Internet]. 16º de fevereiro de 2022 [citado 20 de dezembro de 2022];8. Disponível em: <https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/mostranutri/article/view/1831>
21. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO consultation on obesity. World Health Organisation: Geneva, Switzerland; 1998.
22. Santana BS, Rodrigues BS, Stival MM, Volpe CRG. Arterial hypertension in the elderly accompanied in primary care: profile and associated factors. *Esc Anna Nery*. 2019;23(2):e20180322.
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília; 2014.
24. Simplicio APM, Lavôr LCC, Rodrigues LARL, Sousa PVL, Ibiapina CRLS, Frota K MG. Consumo alimentar e sua associação com aspectos sociodemográficos e de estilo de vida em adultos e idosos: um estudo de base populacional. *REAS*. 2023;15(6):e10388.
25. Maia EG, Gomes FMD, Alves MH, Huth YR, Claro RM. Hábito de assistir à televisão e sua relação com a alimentação: resultados do período de 2006 a 2014 em capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(9):e00104515.
26. Pereira RLMR, Sampaio JPM. Estado nutricional e práticas alimentares de idosos do Piauí: dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN Web. *RECIIS*. 2023;13(4).
27. Ministério da Saúde. Hospital do Coração. Alimentação Cardioprotetora. Brasília: MS; 2018.
28. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(11):3829-40.
29. Malta DC, Andrade SSC A, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190030.
30. Castanhola ME, Piccinin A. Fisiopatologia da diabetes e mecanismo de ação da insulina: revisão de literatura [Internet]. *In: IX JORNACITEC - Jornada Científica e Tecnológica* [acesso 17 de janeiro de 2023]. 2020. Disponível em: <http://www.jornacitec.fatecbt.edu.br/index.php/IXJTC/IXJTC/paper/viewFile/2154/2804>

31. Queiroz MG, Aquino MLA, Brito ADL, Medeiros CCM, Simões MOS, Teixeira A, et al. Hipertensão arterial no idoso - doença prevalente nesta população: uma revisão integrativa. *Braz J Dev.* 2020;6(4):22590-8.

32. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Pan Salud Pública.* 2020;44:e39.

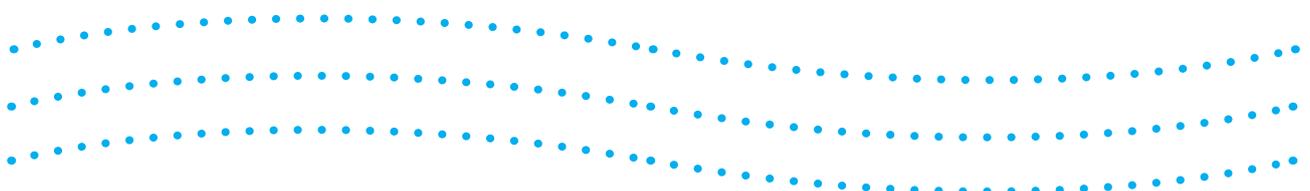
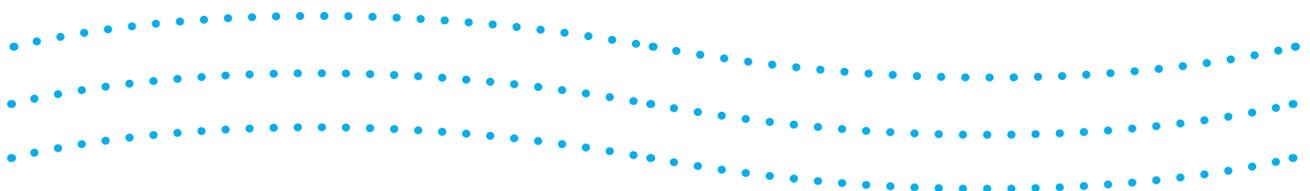
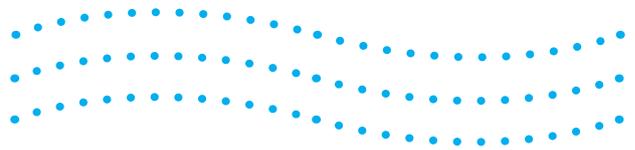
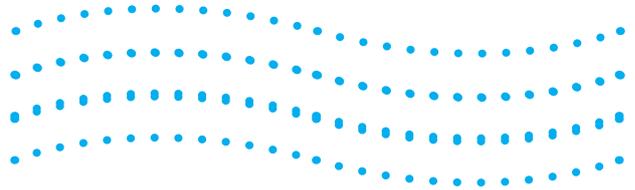
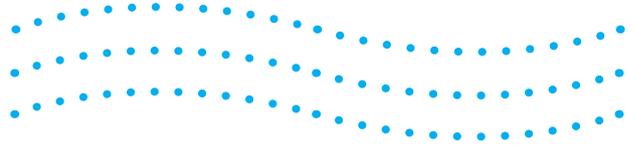
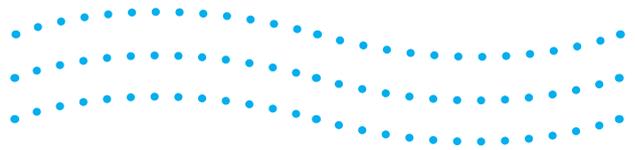
33. Martins PFA. Alimentos ultraprocessados: uma questão de saúde pública. *CCS.* 2023;29(1):14-7 .

34. Dias SS, Simas L, Lima Junior LC. Alimentos funcionais na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. *BOCA.* 2020;4(10):54-61.

35. Silva Nogueira W, Casseb GE, Pastana TL, Rocha Reis G, Amarijo Corrêa SV, Vulcão Machado MG, et al. Estratégias de educação em saúde e adesão ao tratamento nutricional anti-hipertensivo: relato de experiência baseado no arco de maguerez. *Braz J Health Review.* 2020;3(5):12616-2.

36. Bezerra RKC, Souza DLA, Silva JCS, Pinto NS, Mendes CFA. Percepção de Usuários Hipertensos e Diabéticos Sobre Práticas de Educação Alimentar e Nutricional em um Grupo de Hiperdia no Sertão Cearense. *Saúde e Desenv Human.* 2022;10(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i1.7629>

37. Albaum G. The Likert scale revisited. *J Market Res Society.* 1997;39(2)1-21.



# RESSONÂNCIA DA VACINA CONTRA A COVID-19: RELAÇÃO ESPACIAL COM MORTALIDADE, VIOLÊNCIA E ATUAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE

COVID-19 VACCINE RESONANCE: SPATIAL RELATIONSHIP WITH MORTALITY, VIOLENCE, AND COMMUNITY HEALTH WORKER ENGAGEMENT

RESONANCIA DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19: RELACIÓN ESPACIAL CON LA MORTALIDAD, LA VIOLENCIA Y LA ACTUACIÓN DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer <sup>1</sup>  
 Sidney Feitoza Farias <sup>2</sup>  
 Alice Maria Correia Pequeno <sup>3</sup>  
 Regina Glaucia Lucena Aguiar Ferreira <sup>4</sup>  
 Ana Patrícia Pereira Morais <sup>5</sup>  
 Elaine Ferreira do Nascimento <sup>6</sup>  
 Aisha K. Yousafzai <sup>7</sup>  
 André Luiz Sá de Oliveira <sup>8</sup>

## Como Citar:

Vieira-Meyer APGF, Farias SF, Pequeno AMC, Ferreira RGLA, Morais APP, Nascimento EF, et al. Ressonância da vacina contra a covid-19: relação espacial com mortalidade, violência e atuação do agente de saúde. *Sanare*. 2025;24(1).

## Descritores:

Covid-19; Violência urbana; Agentes Comunitários de Saúde; Vacinação; Análise espacial.

## Descriptors:

Covid-19; Urban violence; Community Health Workers; Vaccination; Spatial analysis.

## Descriptores:

Covid-19; Violencia urbana; Agentes Comunitarios de Salud; Vacunación; Análisis espacial.

## Submetido:

02/03/2025

## Aprovado:

19/05/2025

## Autor(a) para Correspondência:

Anya Pimentel Gomes Fernandes  
 Vieira-Meyer  
 Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz Ceará  
 Rua São José, S/N - Precabura, CEP:  
 60.700-000 - Eusébio/CE, Brasil.  
 anyavieira10@gmail.com

## RESUMO

A dinâmica da covid-19 provocou danos e impôs grandes desafios à saúde da população. Este estudo analisa a relação espacial entre a mortalidade por covid-19, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), violência urbana, promoção da saúde e a ressonância da vacina no município de Fortaleza. Dados primários foram derivados de questionários aplicados aos Agentes Comunitários de Saúde, e os secundários, como vacinação, taxas de homicídios e IDH por bairros, extraídos dos indicadores oficiais do município. Para tanto, utilizou-se o método da estatística espacial. Os resultados mostraram uma heterogeneidade espacial na distribuição da taxa de mortalidade por covid-19 no período analisado. A ressonância da vacinação foi mais forte nas regiões menos vulneráveis e com menores índices de violência urbana. A diminuição dos serviços de promoção da saúde (ações dos agentes no território) não ocorreu de forma homogênea, sendo predominante em locais mais vulneráveis. A análise espacial pode ampliar a percepção dos gestores em suas tomadas de decisão, bem como na implementação e monitoramento de políticas.

1. Odontóloga. Doutora em Odontologia (Universidade de Toronto/Canadá). Pós-doutora em Saúde Pública (University of California, Berkeley/USA e Harvard University/USA). Pesquisadora Especialista da Fundação Oswaldo Cruz Ceará – Fiocruz/CE. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4237-8995>

2. Psicólogo. Doutor em Saúde Pública (Fiocruz/PE e Universidade de Manchester/UK). Analista de Gestão em Saúde – Docente/Pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3650-154X>

3. Geóloga. Doutora em Saúde Pública (FSP/USP) e Pós-doutora em Educação (PPGE/UECE). Servidora Pública da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Renasf/UECE. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4248-1610>

4. Odontóloga. Doutora em Saúde Pública (FSP/USP). Professora Associada da Universidade Federal do Ceará (UFC). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4225-7958>

5. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública (Faculdade de Saúde Pública/USP). Pós-doutora em Saúde da Família (Fundação Oswaldo Cruz Ceará – Fiocruz/CE). Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Renasf/UECE. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6188-7897>

6. Doutora em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. Assistente social. Docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas/UFPI. Coordenadora do grupo de Estudos Interseccionalidade, Saúde, Raça, Gênero/Sexualidade e Classe. (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Piauí). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1632-9148>

7. Bioquímica. Doutora pelo Instituto de Saúde da Criança, University College London (UCL) – London University. Professora Titular no Departamento de Saúde Global e Populações da Harvard T.H. Chan School of Public Health. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1592-8923>

8. Graduado em Geoprocessamento. Doutor em Saúde Pública (Fiocruz/PE). Especialista em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – EpiSUS (Fiocruz Brasília/MS). Tecnologista Pleno em Saúde Pública – Docente/Pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães (Núcleo de Estatística e Geoprocessamento/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Pernambuco). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2483-550X>

**ABSTRACT**

*The covid-19 dynamics caused significant harm and posed major challenges to public health. This study analyzes the spatial relationship between mortality by covid-19, Human Development Index (HDI), urban violence, health promotion, and vaccine resonance in the municipality of Fortaleza. Primary data were collected through questionnaires administered to Community Health Workers, while secondary data – such as vaccination rates, homicide rates, and neighborhood HDI – were obtained from the municipality's official indicators. For such, spatial statistical methods were employed. The results revealed spatial heterogeneity in the distribution of covid-19 mortality rates during the period analyzed. Vaccine resonance was stronger in less vulnerable regions with lower levels of urban violence. The reduction in health promotion services (health workers' activities within the territory) did not occur uniformly, being more pronounced in more vulnerable areas. Spatial analysis can enhance policymakers' awareness in their decision-making processes, as well as in the implementation of policies and in monitoring these policies.*

**RESUMEN**

*La dinámica de la covid-19 provocó daños e impuso grandes desafíos a la salud de la población. Este estudio analiza la relación espacial entre la mortalidad por covid-19, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), la violencia urbana, la promoción de la salud y la resonancia de la vacuna en el municipio de Fortaleza. Los datos primarios se obtuvieron mediante cuestionarios aplicados a los Agentes Comunitarios de Salud, y los datos secundarios – como vacunación, tasas de homicidio e IDH por barrios – se extrajeron de los indicadores oficiales del municipio. Para el análisis, se utilizó el método de estadística espacial. Los resultados mostraron una heterogeneidad espacial en la distribución de la tasa de mortalidad por covid-19 durante el período analizado. La resonancia de la vacunación fue más intensa en las regiones menos vulnerables y con menores índices de violencia urbana. La disminución de los servicios de promoción de la salud (acciones de los agentes en el territorio) no se produjo de manera homogénea, siendo más predominante en zonas más vulnerables. El análisis espacial puede ampliar la percepción de los gestores en sus procesos de toma de decisiones, así como en la implementación y monitoreo de políticas públicas.*

.....

**INTRODUÇÃO**

A dinâmica da covid-19 provocou danos à saúde da população, produzindo impactos na mortalidade, morbidade e nos custos para o setor saúde, sejam esses decorrentes do tratamento e reabilitação dos indivíduos, como também dos anos potenciais de vidas perdidas<sup>1,2</sup>. No primeiro ano da pandemia, o Brasil já ocupava a 2ª posição no ranking dos países mais afetados, com mais de 35,4 milhões de casos e 690.124 mortes<sup>3</sup>. Ao final de 2022, ao se observar o comportamento da doença na região Nordeste, o estado do Ceará apresentava-se como o segundo em casos e mortes por covid-19 (1.407.310 casos e 28.020 mortes), sendo sua capital, Fortaleza, o município mais relevante nessa estatística<sup>4</sup>.

Indubitavelmente, o enfrentamento da pandemia de covid-19 tem sido um desafio para países que apresentam profundas desigualdades sociais, ressaltando-se suas possíveis repercussões sobre os indicadores de violência e criminalidade, historicamente maiores em cenários de vulnerabilidade social<sup>5</sup>. Contudo, estudos apontam que países com sistemas de saúde universais têm maior capacidade

de resposta a epidemias, por oferecerem cobertura universal de serviços aos cidadãos<sup>6</sup>. No Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) pode resolver 85% dos problemas de saúde mais comuns da comunidade<sup>7</sup>, a APS deve ser percebida como estruturante.

Contudo, a pandemia trouxe à tona uma série de desafios para a APS, organizada prioritariamente pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui, entre seus partícipes, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS são pessoas da comunidade que favorecem, entre outras ações no território, o acesso da população aos serviços, mediando a construção de vínculos entre as famílias e as equipes da ESF<sup>8</sup>. Dessa forma, o ACS tem papel importante e inovador na interação entre unidades de saúde e comunidades desiguais, violentas e com governança limitada do Estado, cenário esse acentuado com a pandemia de covid-19.

A violência é um problema social grave que afeta diversas áreas, incluindo o ambiente de trabalho. No contexto da saúde, os ACS são profissionais que atuam em áreas vulneráveis e, muitas vezes, estão expostos a situações de violência durante o desempenho de suas funções<sup>9</sup>. Importante frisar

que a violência ameaça a vida, compromete a saúde e limita o acesso aos cuidados de saúde. Ela permeia tanto o cotidiano das famílias quanto o processo de trabalho dos profissionais da ESF, podendo interferir negativamente nas atividades do ACS<sup>10-12</sup>. Devido à magnitude desse agravo, faz-se necessária constante vigilância e monitoramento, dentre outros meios, mediante análises espaciais.

Retomando o impacto da covid-19 nos territórios, observa-se que a doença não afetou apenas a saúde da população, mas também sua dinâmica econômica e social. As medidas de bloqueio total ou parcial para a contenção da doença resultaram em elevada escala de perdas de empregos, implicando desaceleração econômica<sup>13,14</sup>. Somente com o advento da vacinação os indicadores da covid-19 começaram a reduzir, embora ainda existam dificuldades para a distribuição equitativa dos imunobiológicos em escala global, o que se constitui em um desafio para acesso às vacinas entre os habitantes de cada país<sup>15</sup>. Diante desse cenário, observa-se que são escassos os estudos sobre o alcance desse processo de vacinação na mortalidade por covid-19 nos diferentes territórios do Brasil, como em Fortaleza.

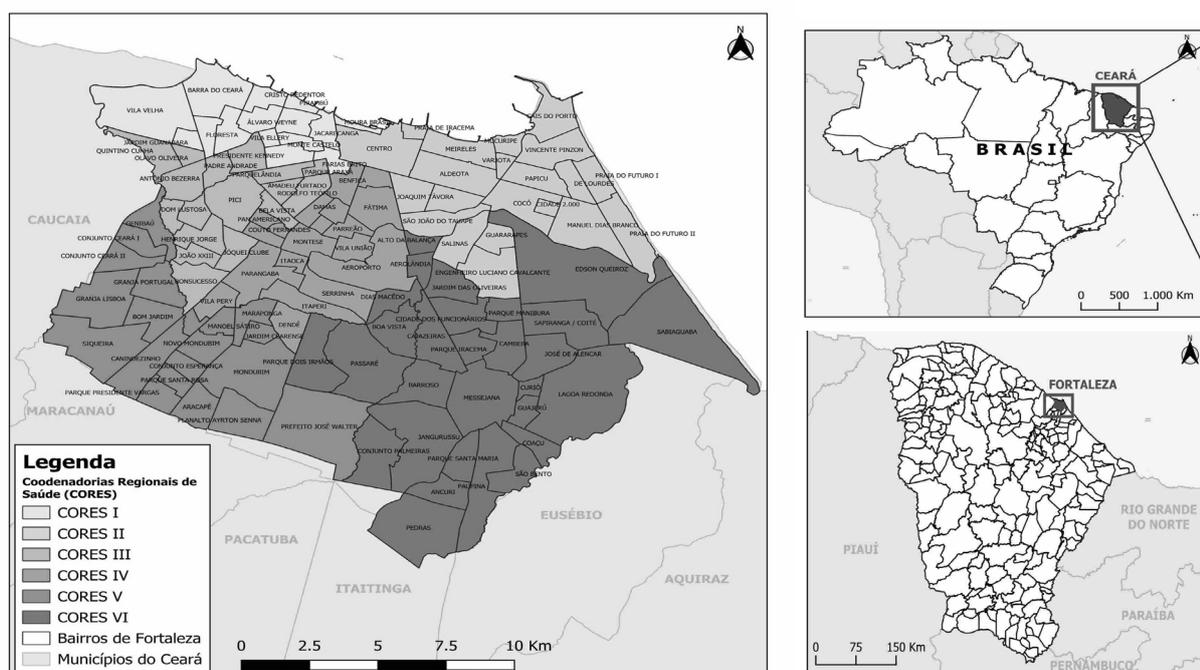
É inegável a utilidade do espaço nas análises de saúde, especialmente na identificação de áreas problemáticas e de agregados populacionais expostos ao risco de ocorrência de agravos relacionados à saúde, os quais requerem um enfoque maior para a execução de ações de prevenção, intervenção e promoção à saúde<sup>16-18</sup>. Nesse contexto, a utilização de modelos espaciais torna-se eficaz na compreensão do território, essencial para a rápida e assertiva resposta demandada pela saúde pública.

Portanto, considerando-se o exposto, este estudo tem como objetivo compreender a relação espacial da mortalidade por covid-19 com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a violência urbana, bem como investigar as atividades de promoção da saúde realizadas pelos ACS, no território, observando a ressonância do processo de vacinação no município de Fortaleza.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e transversal, tendo como unidades espaciais de análise os 121 bairros do município de Fortaleza-CE, distribuídos em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) (Figura 1). Essas áreas possuem diferenças no tocante aos indicadores sociais e características de ocupação do espaço geográfico. O período analisado foi de 1º de março de 2020 a 30 de junho de 2022.

Figura 1 – Mapa do município de Fortaleza-CE, dividido por bairros e regionais de saúde.



Fonte: elaboração própria, 2024.

A pesquisa baseia-se em dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados no período entre maio e agosto de 2021, mediante questionários aplicados aos ACS, no município de Fortaleza. Dentre as perguntas formuladas, incluiu-se uma relacionada às atividades desenvolvidas na função de ACS. Indagou-se, com o advento da covid-19, se as seguintes ações de promoção da saúde aumentaram, diminuíram ou se mantiveram, em termos de frequência: visitas domiciliares, atividades de Promoção da Saúde em grupos específicos (grávidas, alunos, diabéticos, hipertensos, idosos etc.) e atividades do Programa Saúde na Escola. Os mapas com os dados espaciais da percepção dos ACS frente às atividades desenvolvidas foram gerados através do método IDW (*Inverse Distance Weighted*), representando a distribuição da proporção de diminuição ou aumento das atividades exercidas.

Os dados secundários que subsidiaram a produção do mapa referente à taxa de homicídios anual média dos cinco anos anteriores à pandemia de covid-19 (2015 a 2019), por bairro de Fortaleza, foram obtidos junto à Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Fortaleza, e o Índice de Desenvolvimento Humano foi extraído de documento da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico de Fortaleza. O método IDW foi utilizado para a geração do mapa da mortalidade por homicídios.

Construiu-se o banco de dados de mortalidade por covid-19 com base nos boletins epidemiológicos divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, que também possuíam dados populacionais de cada bairro. Calculou-se a taxa de mortalidade mensal média para cada bairro por trimestre. Devido às flutuações aleatórias observadas nos coeficientes brutos, o cálculo da taxa de mortalidade por covid-19, por bairros de Fortaleza, foi ajustado pelo método bayesiano empírico local e, posteriormente, foram gerados mapas temáticos quantitativos categorizados pelo método de quartis.

Utilizaram-se indicadores referentes ao IDH e taxa de homicídios nos últimos cinco anos anteriores à pandemia – variáveis independentes, sendo essas relacionadas à distribuição espacial da mortalidade por covid-19 nos bairros de Fortaleza – variável dependente. Para essa análise, utilizou-se o método da estatística espacial de Moran Bivariada, que identifica se os valores observados de duas variáveis em uma determinada região possuem uma associação com os valores das mesmas variáveis em

regiões vizinhas, verificando a existência de um padrão espacial global e local entre duas variáveis diferentes. Para a correlação espacial bivariada, os resultados dos clusters espaciais foram gerados da seguinte maneira: a) não significativo: bairros que não formaram agrupamentos espaciais devido às suas diferenças não possuírem significância estatística ( $p > 0,05$ ); b) alto-alto: clusters formados por bairros com altos valores da variável dependente e altos valores da variável independente; c) baixo-baixo: clusters formados por bairros com baixos valores da variável dependente e baixos valores da variável independente; d) baixo-alto: clusters formados por bairros com baixos valores da variável dependente e altos valores da variável independente; e) alto-baixo: clusters formados por bairros com altos valores da variável dependente e baixos valores da variável independente<sup>17,19</sup>.

A base cartográfica digital vetorial contendo a informação dos bairros de Fortaleza, no formato *shapefile* (.shp), foi coletada no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no sistema geodésico de referência SIRGAS 2000 e no sistema de projeção em coordenadas geodésicas (Lat/Long). Na análise dos dados, foram utilizados os softwares QGIS 3.16.10, GeoDa 1.8 e Microsoft Excel.

Para os dados primários, obteve-se aprovação pelo comitê de ética da Universidade Estadual do Ceará (Parecer n.º 4.658.133), em abril de 2021. Para os dados secundários, não foi necessária submissão/aprovação por um comitê de ética em pesquisa, como recomenda a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

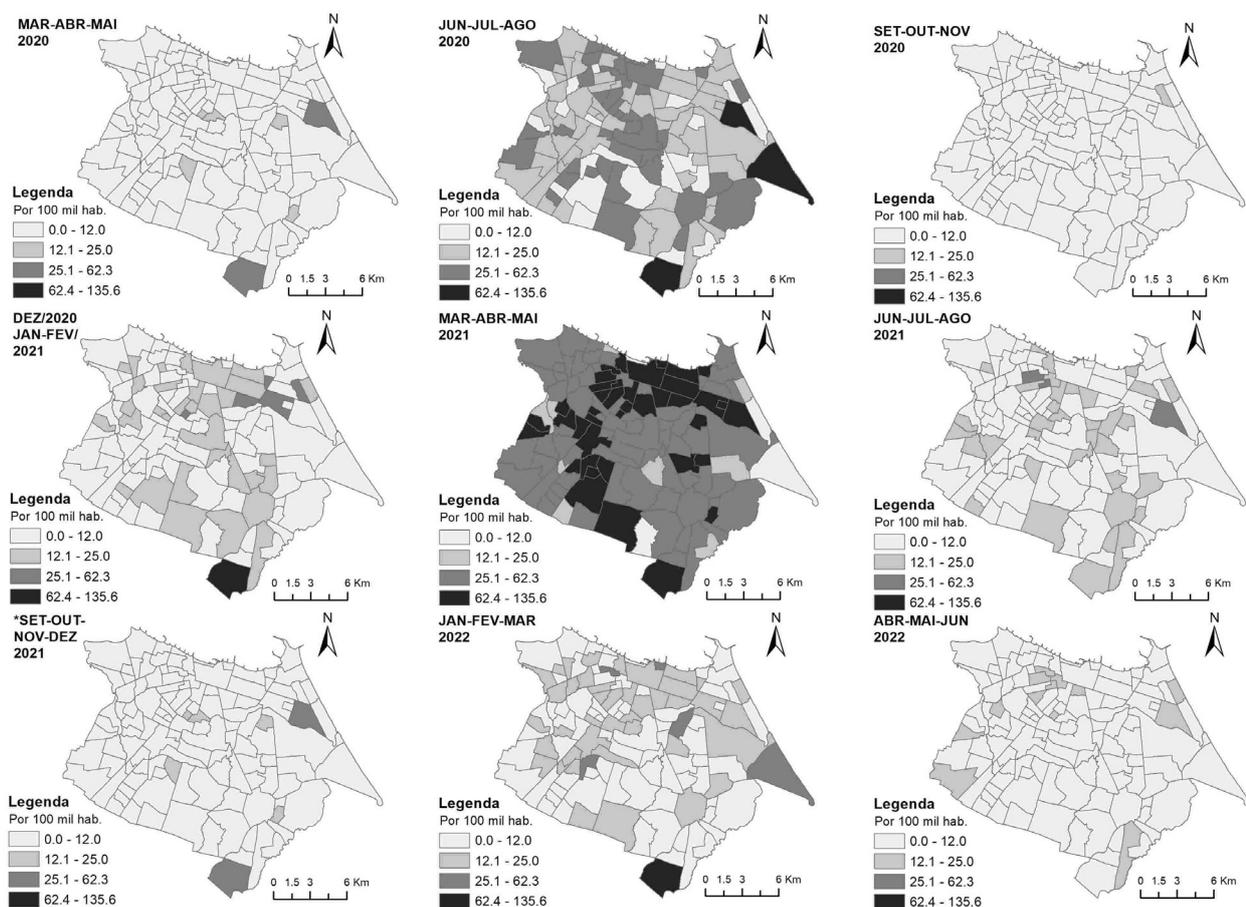
## RESULTADOS

Foram registrados no período do estudo (1º de março de 2020 a 30 de junho de 2022) 11.326 óbitos por covid-19, distribuídos entre as seis regiões e 121 bairros do município de Fortaleza, sendo os bairros de Mondubim (n=246 – CORES V); Prefeito José Walter (n=236 – CORES V); Barra do Ceará (n=232 – CORES I); Aldeota (n=224 – CORES II); e Vila Velha (n=223 – CORES I), os cinco com maiores ocorrências de óbitos em números absolutos. Analisando a taxa de mortalidade trimestral média, destacaram-se, entre as cinco maiores taxas, os bairros de Pedras – CORES VI (62,8), Manoel Dias Branco – CORES II (49,3), Centro – CORES II (30,8), Prefeito José Walter – CORES V (30,4) e Jacarecanga – CORES I (29,3). Do

total de 121 bairros, 120 (99,2%) apresentaram ocorrência de óbitos por covid-19 já no primeiro trimestre do estudo (março a maio de 2020), ficando apenas o bairro de Lourdes (Regional II) sem nenhum registro de óbito. O referido bairro passou a registrar seus primeiros óbitos no trimestre seguinte (junho a agosto de 2020).

A dinâmica de distribuição da taxa de mortalidade por covid-19 entre os recortes dos nove trimestres do estudo apresentou uma heterogeneidade espacial durante todos os recortes, ressaltando-se que, nos últimos trimestres do estudo, essa heterogeneidade foi menor, ou seja, apresentou uma concentração mais homogênea, com baixa taxa de mortalidade. Ao longo de toda a série histórica, ficou evidente que existiram diferenças entre todos os trimestres, na dinâmica da distribuição dos clusters de bairros com maiores coeficientes de mortalidade (Figura 2). Analisando-se os trimestres que se destacaram com maiores taxas de mortalidade por covid-19, no primeiro trimestre (março/abril/maio de 2020) houve concentração dos óbitos nos bairros situados nas CORES I, II, V e VI. Já no segundo trimestre (junho/julho/agosto de 2020), as maiores taxas de mortalidade se concentraram nos bairros das CORES II e VI.

Figura 2 – Distribuição dos clusters de bairros com maiores taxas de mortalidade por covid-19 – março de 2020 a junho de 2022, agrupada por trimestres\* (exceto de setembro a dezembro/2021).

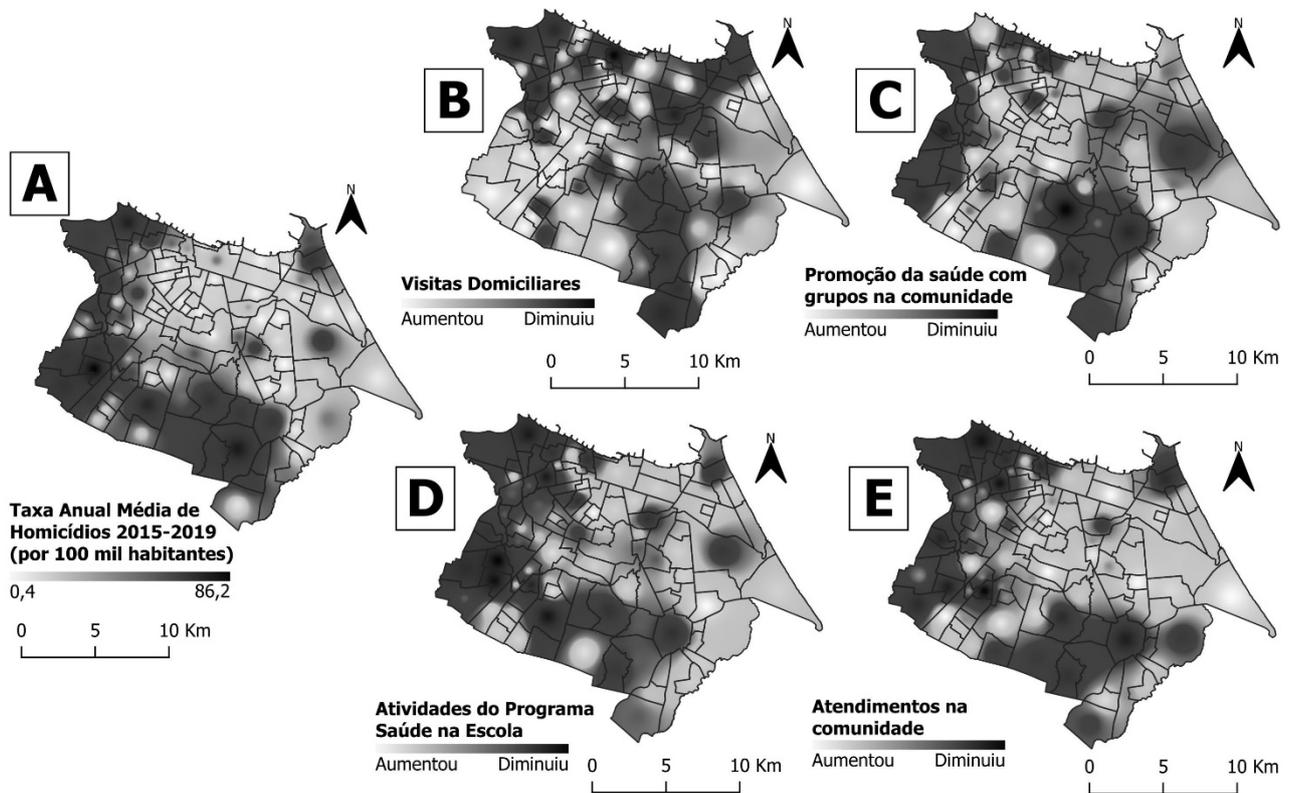


Fonte: elaboração própria, 2024.

Destaca-se o 5º trimestre dessa série histórica espacial (janeiro a março de 2021) – período em que se iniciou a vacinação contra a covid-19 nos grupos de risco na capital – como o período com maiores taxas de mortalidade nos bairros do município, coincidindo com a disseminação da variante P1. Observa-se no mapa que as maiores taxas de mortalidade se concentraram nos bairros da CORES II, que são tradicionalmente reconhecidos como áreas de alto poder aquisitivo. Observa-se ainda a presença de aglomerados espaciais de bairros com elevada mortalidade, que se localizam na porção sul do município, especialmente nas regionais de saúde III, V e VI, sendo as duas últimas reconhecidas como áreas de maior vulnerabilidade social. Isso evidencia a disseminação do vírus em diversos espaços do município.

A violência urbana, evidenciada na presente pesquisa pelas taxas de homicídio nos cinco anos anteriores à pandemia, concentrava-se nas CORES I, III, V e VI, sendo as CORES I, V e VI conhecidas por maior vulnerabilidade social (Figura 3 – Mapa A).

Figura 3 – Distribuição das taxas de homicídio dos cinco anos anteriores à pandemia de covid-19 (2015-2019) por bairro do município de Fortaleza (Mapa A); e frequência do aumento ou diminuição das atividades exercidas pelos ACS em seus processos de trabalho (Mapas B, C, D e E).

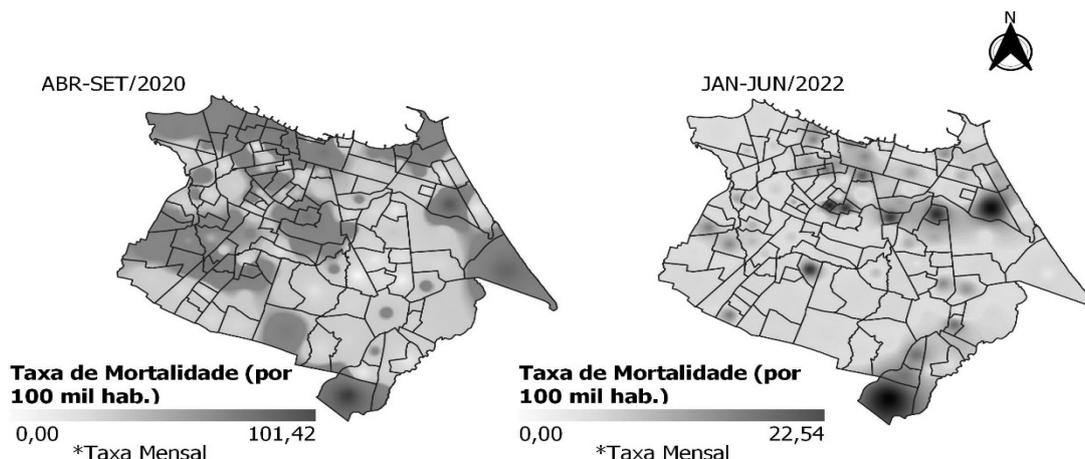


Fonte: elaboração própria, 2024.

Sobre as atividades exercidas pelos ACS em seus processos de trabalho (Figura 3 – Mapas B, C, D e E), verificou-se diminuição expressiva das visitas domiciliares, das atividades comunitárias de promoção da saúde, bem como das atividades relacionadas ao Programa Saúde na Escola e atendimentos na comunidade. Essa redução foi maior nas Regionais I, III, V e VI, também consideradas áreas com maiores índices de violência (homicídios) e menores valores de IDH.

Analisando-se a ressonância do processo de vacinação no município de Fortaleza em relação à mortalidade por covid-19, foram produzidos dois mapas (Figura 4). O primeiro, referente ao período de abril a setembro de 2020 (antes da vacinação no município); o segundo, referente ao período de janeiro a junho de 2022 (quando a vacinação já havia sido ofertada a todos os grupos populacionais do município e em todos os seus territórios). Observa-se uma heterogeneidade espacial em ambos os mapas e uma diferença da distribuição espacial da mortalidade nos dois períodos, indicando que o processo de vacinação não teve ressonância homogênea nos diversos territórios do município.

Figura 4 – Dinâmica espacial da mortalidade por covid-19 no período antes da vacinação (abril a setembro de 2020) e após a oferta da vacina contra a covid-19 a todos os grupos populacionais e geográficos do município de Fortaleza (janeiro a junho de 2022).

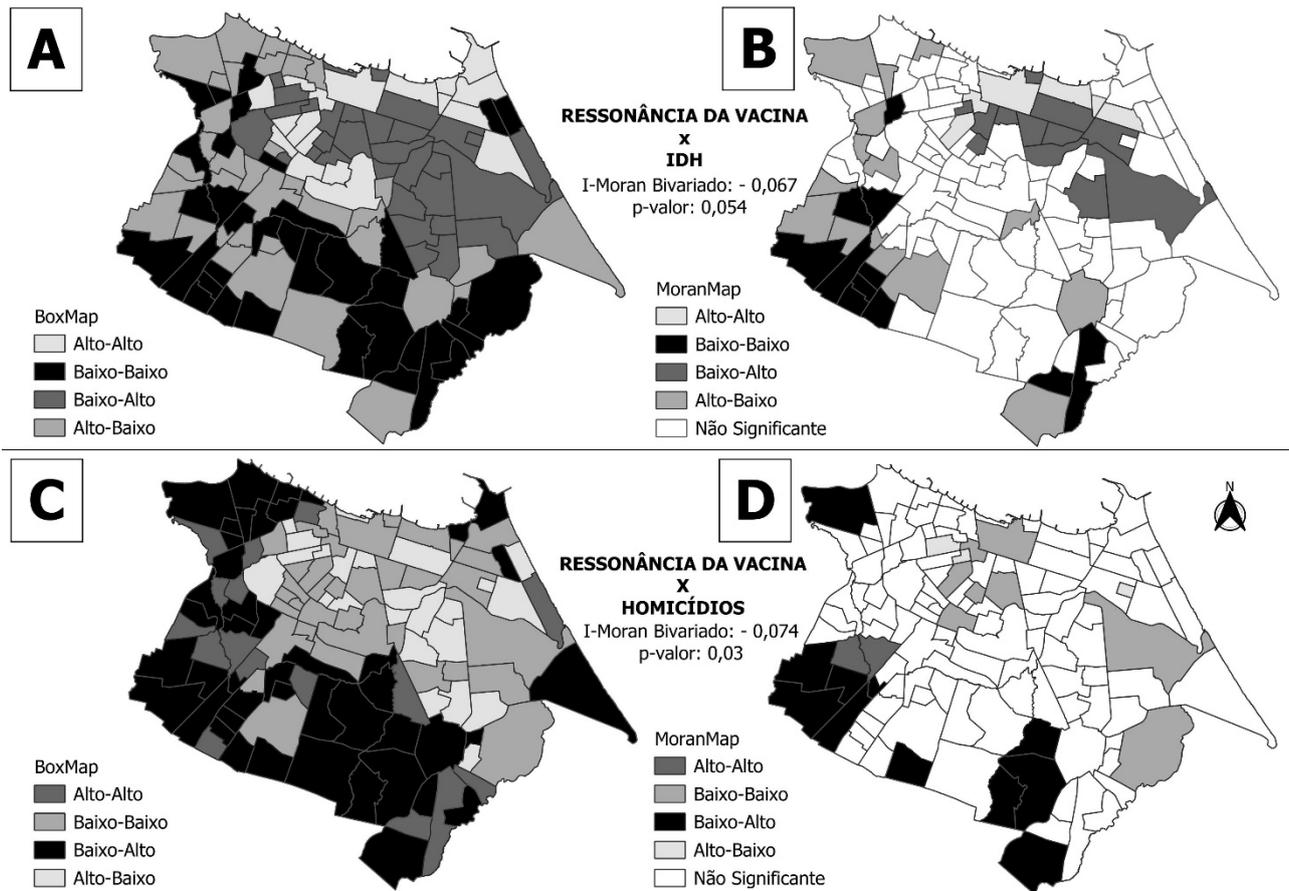


Fonte: elaboração própria, 2024.

Para tentar compreender a existência da relação da ressonância do processo de vacinação no município com a taxa de homicídio (*proxy* de violência urbana) e IDH, utilizou-se a análise de dependência/autocorrelação espacial pela estatística espacial de Moran bivariada global e local (Figura 5). O índice de Moran global bivariado foi de -0,067 ( $p=0,054$ ) e -0,074 ( $p=0,032$ ) para a relação da ressonância da vacina contra a covid-19 com IDH e violência urbana, respectivamente. Apesar do índice da correlação espacial bivariada ser fraco, nota-se, de maneira global, uma relação inversa entre violência urbana e a ressonância da vacinação, demonstrando que áreas mais violentas tiveram menor ressonância do processo de vacinação na mortalidade por covid-19 em seu território.

Analisando essas relações localmente (Figura 5), dois mapas foram criados para cada relação bivariada (Box Map e Moran Map). O Box Map (mapas A e C) apresenta a relação bivariada para todos os bairros, enquanto o Moran Map (mapas B e D) evidencia graficamente apenas os bairros onde as relações foram localmente significantes. Destaca-se no Box Map que os bairros em preto (baixo-baixo para relação ressonância vacinação e IDH; e baixo-alto para a relação ressonância vacinação e taxa de homicídio) concentram-se nas CORES I, III, V e VI. Quando se observa o Moran Map, nota-se que os bairros pretos se concentram nas CORES V e VI. Esses dados evidenciam que a ressonância da vacinação tem relação com os indicadores de IDH e violência (homicídio) dos territórios, sendo essa relação mais pronunciada nas CORES V e VI, reconhecidamente

Figura 5 – Relação entre a ressonância da vacina, IDH e a violência urbana.



Fonte: elaboração própria, 2024.

## DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou questões importantes sobre a ressonância da vacinação na mortalidade por covid-19 e a oferta de serviços de saúde, nos diversos territórios, durante a pandemia, em uma metrópole brasileira. Ficou claro que a diminuição dos serviços de saúde (aqui, investigados pelas ações dos ACS no território) não ocorreu de forma homogênea, sendo predominante em locais mais vulneráveis. Ademais, a ressonância da vacinação foi mais forte nas regiões menos vulneráveis e com menores índices de violência urbana. Esses fatos demonstram que as questões sociais influenciaram no desdobramento das questões de saúde da população durante o período pandêmico, aumentando as iniquidades em saúde da população.

A ocorrência de óbitos decorrentes da doença, em Fortaleza, foi, de forma geral, mais prevalente nos bairros considerados “nobres” da cidade, a exemplo da Regional II. Contudo, regiões com IDH baixos não ficaram imunes à pandemia e tampouco à mortalidade vinculada a ela. Acredita-se que,

para além de questões relativas à virulência do coronavírus e fatores biológicos individuais, outros elementos estejam envolvidos na mortalidade por covid-19, tais como IDH, a violência no território e a presença do Estado na oferta de ações e serviços de saúde. Nesse sentido, o papel do ACS, enquanto representante do Estado, transcende orientações técnicas, uma vez que esses profissionais contribuem para a conscientização das famílias para seguirem protocolos sanitários, incluindo a vacinação<sup>20</sup>. Eles ainda são um “termômetro” interessante para se mensurar a capacidade de capilarização do Estado em ambientes vulneráveis (e.g., altos indicadores de violência e baixo IDH).

Souza Filho e colaboradores<sup>21</sup> sugerem a desigualdade e a segregação de renda como fatores associados às taxas de mortalidade por covid-19 nas grandes cidades brasileiras. Aquelas em que a desigualdade e a segregação foram mais evidentes sofreram um impacto mais significativo do coronavírus. Sendo as associações entre covid-19 e desigualdade/segregação influenciadas por distintos

aspectos sociais e condições de vida das famílias (renda, educação, acesso a serviços essenciais de saúde), aspectos que são teoricamente relevantes para o controle dessas associações. De acordo com Tavares e Betti<sup>22</sup>, a alta desigualdade de renda prejudica a coesão social e a confiança da população em seus governantes, o que afeta negativamente a capacidade de resposta às crises sanitárias.

Segundo o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE)<sup>23</sup>, há uma menor taxa de homicídios nos bairros onde a população possui melhores condições de renda, alfabetização e infraestrutura domiciliar. Ademais, os bairros em que existe uma maior taxa de extrema pobreza e concentração populacional de jovens (15 a 24 anos) possuem maiores índices de homicídios. Adicionalmente, observa-se que as regiões das cidades onde há maiores carências de serviços públicos relacionados à educação, saúde, lazer, cultura e segurança constituem-se em locais favoráveis à criminalidade, devido, sobretudo, ao abandono pelo poder público desses territórios<sup>24</sup>. Corroborando nesse sentido, Kleinschmitt e colaboradores<sup>25</sup> destacam que locais em que ocorrem graves violações de direitos humanos e sobreposições de múltiplas carências econômicas e sociais tornam-se terreno fértil para a violência se desenvolver.

Na Estratégia Saúde da Família, os ACS são atores-chave no enfrentamento de crises sanitárias, como a pandemia de covid-19, devido ao amplo conhecimento do território em que atuam e a proximidade com as famílias acompanhadas<sup>26</sup>. Esses atores têm, portanto, um papel fundamental para o controle dos grupos de risco, para a realização de atendimento/monitoramento, cadastramento das famílias, busca ativa de casos suspeitos e para a conscientização das medidas a serem tomadas para reduzir a disseminação da covid-19<sup>27</sup>. No presente estudo, observa-se que o fato de ter ocorrido um decréscimo nas seguintes atividades: visitas domiciliares, atividades comunitárias de promoção da saúde, atendimentos na comunidade e ações relacionadas ao Programa Saúde na Escola, em áreas com maiores índices de violência (homicídios) e menores IDH, faz com que se considere a hipótese da relação inversamente proporcional entre a presença do Estado (por meio das atividades do ACS) e esses índices.

A despeito da oferta universal da vacina contra a covid-19 no município de Fortaleza, em 2021, observou-se uma disparidade geográfica na ressonância

da imunização: regiões socioeconomicamente privilegiadas apresentaram maior adesão, enquanto áreas com elevados índices de violência e menor IDH tiveram cobertura reduzida. Hipotetiza-se, pois, que o acesso heterogêneo aos imunizantes, condicionado por barreiras estruturais e sociais, contribuiu para essa assimetria. Entre os fatores limitantes, destacam-se: a dificuldade de trafegabilidade em territórios controlados por grupos criminosos, a escassez de recursos para deslocamento até os postos de vacinação, a desinformação sobre a eficácia da vacina e a influência de discursos políticos contrários à imunização (o então presidente da república era de extrema direita e explicitamente contrário ao processo de vacinação). Adicionalmente, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, essencial para a mobilização populacional, foi comprometida nessas áreas. Embora não haja dados desagregados, por bairro, que comprovem diretamente a desigualdade nas taxas de imunização, infere-se que a combinação desses elementos impactou a efetividade da vacinação, refletindo-se em padrões desiguais de mortalidade por covid-19 no município.

Reforçando tais achados, ao se analisar a influência da ocorrência de homicídios sobre a vacinação, constatou-se que, nas CORES I, V e VI, nas quais as taxas de homicídios mostraram-se maiores, a ressonância da vacina na população estudada foi menor, o que sugere a interferência negativa da violência sobre o acesso das pessoas à vacinação. Tal achado remete à hipótese de que a violência seja um dos fatores que dificultaram a vacinação de moradores em territórios vulnerabilizados. Nossos resultados também apontam para a hipótese da violência como fator dificultador do processo de trabalho do ACS, reduzindo sua atuação ou até mesmo impedindo-o de atuar como agente promotor de saúde na comunidade. Isso pode acarretar inúmeras consequências sobre a saúde da população, como, por exemplo, a não sensibilização/conscientização das pessoas acerca da importância da vacinação contra a covid-19, ocasionando menor procura pelo imunizante, reduzindo, conseqüentemente, o alcance da vacina.

A violência presente nos processos de trabalho em saúde se apresenta, portanto, como um grande desafio. Unidades de saúde situadas em locais de grande insegurança e vulnerabilidade social tendem a apresentar importante risco de violência para os trabalhadores de saúde<sup>28</sup> e, conseqüentemente, de afetar sua capacidade de cuidar da comunidade

adscrita. De acordo com Velloso e colaboradores<sup>29</sup>, em razão da grande aproximação dos profissionais das ESF com a realidade da população atendida, a problemática da violência, vivenciada pelas comunidades, passa a influenciar, ainda que indiretamente, o funcionamento dos serviços e o cotidiano dos trabalhadores.

De fato, a violência se configura como um grave problema de saúde pública por seu impacto na morbimortalidade<sup>30</sup>, ameaçando a vida, comprometendo a saúde e impactando a demanda de serviços públicos de saúde<sup>31</sup>. Ademais, pode limitar o acesso aos cuidados de saúde nos diversos territórios de vulnerabilidade e nos espaços de governança limitada, visto que, nestes últimos, o Estado não consegue prover, em sua totalidade, os direitos sociais e as liberdades individuais<sup>32</sup>.

Nossos achados ratificam os de Souza e Freitas<sup>33</sup>, que indicam que a exposição à violência pode interferir no planejamento e na organização do trabalho do ACS, comprometendo, muitas vezes, as ações de prevenção e promoção da saúde da população, a exemplo das ações de enfrentamento à covid-19 no território, como as visitas domiciliares, atendimentos à comunidade e vacinação, dentre outras. Importante destacar que a presente pesquisa não ocorreu sem limitações, próprias da metodologia empregada. Por envolver dados secundários, está sujeita a viés de informações, como subnotificação de casos ou irregularidades no preenchimento do banco de dados.

O estudo detalhou a análise espacial da difusão da mortalidade por covid-19 no município de Fortaleza-CE como um caminho metodológico capaz de fornecer respostas em tempo real à saúde pública. Sabendo-se da existência de diferentes situações epidemiológicas na capital, assim como muitas disparidades regionais, são necessários estudos epidemiológicos com modelos espaciais e temporais cujos achados embasam aplicação imediata por meio de modelos matemáticos clássicos, estatísticos, geoestatísticos e espaciais. Para tal, lançou-se mão do georreferenciamento, que consiste em uma ferramenta útil para a vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e sua associação a determinantes sociais, em micro ou macro análise espacial<sup>34</sup>.

Os mapas apresentam a distribuição espacial de indicadores, contribuindo para uma percepção visual mais clara, subsidiando gestores nas tomadas de decisões e implantação e acompanhamento

de políticas pertinentes. Processos como esses são essenciais para o adequado planejamento e fortalecimento de sistemas de saúde compatíveis com as necessidades da população, contribuindo para o desenvolvimento de sistemas mais resilientes e preparados para responder a fatores estressores agudos e crônicos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da diminuição das ações dos ACS nos territórios investigados, constatou-se uma redução, de forma heterogênea, da oferta de serviços de saúde nos diversos bairros de Fortaleza-CE, durante a pandemia de covid-19, sendo mais predominante em locais mais vulneráveis. Foi possível verificar também que a ressonância da vacinação foi maior nas regiões menos vulneráveis e com menores taxas de homicídio, o que denota a influência de questões sociais no desdobramento das questões de saúde da população durante a pandemia, contribuindo para aumentar as iniquidades em saúde. O fato de a ressonância da vacinação ter sido inferior nas regiões com maiores taxas de homicídios sugere a possível interferência da violência no acesso do ACS às áreas mais vulneráveis e, conseqüentemente, na realização das atividades de promoção à saúde, visitas domiciliares e atendimentos na comunidade, deixando-a menos assistida, inclusive no tocante à vacinação contra a covid-19.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

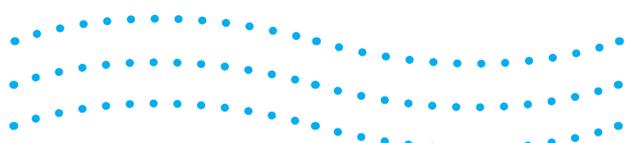
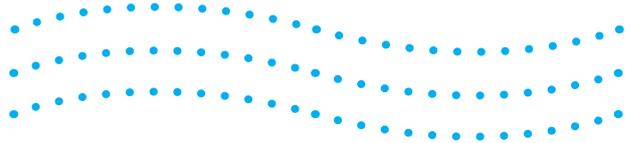
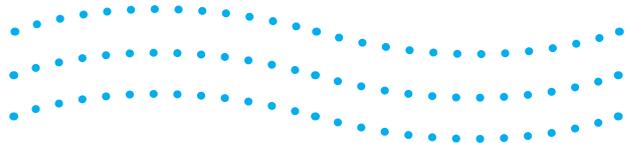
**Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer** contribuiu com a concepção e delineamento do trabalho, participação na discussão dos resultados, redação do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. **Sidney Feitoza Farias** contribuiu com a concepção e delineamento do trabalho ou participação da discussão dos resultados; redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo, revisão das referências bibliográficas e aprovação da versão final do manuscrito. **Alice Maria Correia Pequeno** contribuiu com a concepção e delineamento do trabalho, participação na discussão dos resultados, redação do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. **Regina Gláucia Lucena Aguiar Ferreira** atuou na discussão dos resultados, redação do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo

e aprovação da versão final do manuscrito. **Ana Patrícia Pereira Morais** contribuiu com a concepção e delineamento do trabalho, participação na discussão dos resultados, redação, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. **Elaine Ferreira do Nascimento** contribuiu com a concepção e delineamento do trabalho, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. **Aisha K. Yousafzai** atuou na redação, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. **André Luiz Sá de Oliveira** contribuiu com a concepção e delineamento do trabalho, construção do banco de dados, geração dos mapas e análise espacial, participação na discussão dos resultados, redação, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- Daughton CG. Wastewater surveillance for population-wide Covid-19: The present and future. *The Science of the Total Environment*. 2020;20(736):139631. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139631>
- Sims N, Kasprzyk-Hordern B. Future perspectives of wastewater-based epidemiology: monitoring infectious disease spread and resistance to the community level. *Environmental International*. 2020;(139):105689. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105689>.
- Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Inf Dis*. 2020;20(5):533-34. DOI: [https://10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://10.1016/S1473-3099(20)30120-1)
- Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. [citado 20 de julho de 2022]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- Bertoni E. Qual o impacto da pandemia nos índices de criminalidade? [Internet]. [citado 15 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/04/14/qual-o-impacto-da-pandemia-nos-indices-de-criminalidade>
- Guimarães C. A importância de um sistema de saúde público e universal no enfrentamento à epidemia [Internet]. [acesso 17 de julho de 2020]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-importancia-de-um-sistema-de-saude-publico-e-universal-no-enfrentamento-a>
- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]; 2007 [citado 20 de julho de 2022]. v. 8. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro8.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro8.pdf)
- Ferreira CM, Silva MRF, Pessoa VM, Nuto SDAS. As estratégias de sobrevivência à violência utilizadas pelos agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Prom Saúde*. 2021;34. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.11152>
- Velloso ISC, Araújo MT, Rocha AM, Alves MA. Visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. *REME*. 2005;9(4):302-8.
- Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):682-8.
- Velloso ISC, Araújo MT, Rocha AM, Alves MA. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na Interface com a violência. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(4):446-71.
- Casselmann B, Cohen P. A widening toll on jobs: this thing is going to come for us all. *The New York Times* [Internet]; 2020 [citado 22 de julho de 2022]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/04/02/business/economy/coronavirus-unemployment-claims.html>
- International Labour Organization. ILO Monitor: Covid-19 and the world of work. Second Edition. Updated estimates and analysis [Internet]. Geneva, Switzerland: Autor; 2020 [citado 22 de julho de 2022]. Disponível em: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_740877.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_740877.pdf)
- Souza LEPP, Buss PM. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(9):e00056521.
- Santos SM, Barcellos C, Carvalho MS, Flôres R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(5):1141-51.
- Druck S, Carvalho MS, Câmara G, Monteiro AVM. Análise Espacial de Dados Geográficos. Brasília: EMBRAPA; 2004.

19. Pereira C. Geoprocessamento e Modelos espaciais. In: Workshop Da Especialização Em Modelagem Matemática, 1., 2004, Ijuí – SC. Anais [...]. Ijuí: UESC; 2004.
20. Maciel JAC, Castro-Silva II, Farias MR. Análise inicial da correlação espacial entre a incidência de COVID-19 e o desenvolvimento humano nos municípios do estado do Ceará no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:E200057.
21. Lotta GS, Pires RRC. Categorizando Usuários “Fáceis” e “Difíceis”: Práticas Cotidianas de Implementação de Políticas Públicas e a Produção de Diferenças Sociais. Dados [Internet]. 2020 [acesso 28 maio 2022];63(4):e20190112. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/cKV4L7jPJwPyFT87HLq7LkN/?lang=pt>
22. Sousa Filho JFd, Silva UM, Lima LL, Paiva ASS, Santos GF, Andrade RFS, et al. Associação da desigualdade urbana e segregação de renda com a mortalidade por COVID-19 no Brasil. *PLoS ONE.* 2022;17(11):e0277441. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277441>
23. Tavares FF, Betti G. The pandemic of poverty, vulnerability, and COVID-19: Evidence from a fuzzy multidimensional analysis of deprivations in Brazil. *World Dev.* 2021;139: 105307.
24. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Textos para Discussão n. 113. Ceará: IPECE; 2015.
25. Peres MFT, Cardia N, Mesquita Neto P, Santos PC, Adorno S. Homicídios, desenvolvimento socioeconômico e violência policial no município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2008;23(4):268-73.
26. Kleinschmitt SC, Lima JF, Wadi YM. Relação entre o crescimento da desigualdade social e dos homicídios no Brasil: o que demonstram os indicadores. *Rev Interseções.* 2011;13(1): 65-90.
27. Lotta G, Coelho VS, Brage E. How COVID-19 Has Affected Frontline Workers in Brazil: A Comparative Analysis of Nurses and Community Health Workers. *JCPA.* 2020:1-11.
28. Soares CSA, Fonseca CLR. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. *J Manag Prim Health Care.* 2020;12:1-11.
29. Campos AS, Pierantoni CR. Violência no trabalho em saúde: um tema para a cooperação internacional em recursos humanos para a saúde. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2010;4(1):86-92.
30. Velloso ISC, Araújo MT, Rocha AM, Alves MA. Visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. *REME.* 2005;9(4):302-8.
31. Dantas AV. Coronavírus, o pedagogo da catástrofe: lições sobre o SUS e a relação entre público e privado. *Trab educ saúde.* 2020;18(3):e00281113. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00281>
32. Machado CB, Daher DV, Teixeira ER, Acioli S. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. *Rev Enferm UERJ.* 2016;24(5):1-6.
33. Krasner SD, Risse T. External Actors, State-Building, and Service Provision in Areas of Limited Statehood: Introduction. *Governance.* 2014;27(4).
34. Souza LJR, Freitas MSC. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2011;35(1):96-109.
35. Ribeiro MA, Albuquerque IMN, Paiva GM, Vasconcelos JPC, Araújo MAVF, Vasconcelos MIO. Georreferenciamento: ferramenta de análise do sistema de saúde de Sobral - Ceará. *Sanare.* 2015;13(2).



# MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL (2013 A 2021): ANÁLISE DESCRITIVA

BREAST CANCER MORTALITY IN NORTHERN BRAZIL (2013 TO 2021): A DESCRIPTIVE ANALYSIS

MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EM LA REGIÓN NORTE DE BRASIL (2013 A 2021): ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Alessandra Guimarães Farias <sup>1</sup>

Giovanna Ferreira da Silva <sup>2</sup>

Sérgio Beltrão de Andrade Lima <sup>3</sup>

Patrícia Danielle Lima de Lima <sup>4</sup>

Symara Rodrigues Antunes <sup>5</sup>

Danielle Cristinne Azevedo Feio <sup>6</sup>

## Como Citar:

Farias AG, Silva GF, Lima SBA, Lima PDL, Antunes SR, Feio, DCA. Sanare. 2025;24(1).

## Descritores:

Câncer de Mama; Perfil Epidemiológico; Região Norte.

## Descriptors:

Breast Cancer; Epidemiological Profile; North Region.

## Descriptores:

Câncer de Mama; Perfil Epidemiológico; Región Norte.

## Submetido:

27/03/2025

## Aprovado:

29/05/2025

## Autor(a) para Correspondência:

Sérgio Beltrão de Andrade Lima  
E-mail: [sergiobeltrao@ufpa.br](mailto:sergiobeltrao@ufpa.br)

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama é o tumor maligno mais comum em mulheres. Fatores sociais ligados à mortalidade incluem condições socioeconômicas desfavoráveis, fator que resulta em diagnósticos em estágios avançados. No Brasil, exceto tumores de pele não melanoma, é a neoplasia mais prevalente entre mulheres em todas as regiões. **OBJETIVO:** Este estudo visa analisar o perfil de mortalidade por câncer de mama e identificar as características predominantes relacionadas a esses óbitos. **METODOLOGIA:** Utilizou-se a plataforma DATASUS/TABNET, da qual foram extraídos dados de janeiro de 2013 a dezembro de 2021. As variáveis analisadas foram sexo, raça/cor, faixa etária, escolaridade e estado civil. **RESULTADOS:** O estudo identificou 6.300 óbitos no período, com destaque para Rondônia, Amazonas e Tocantins. A média regional de óbitos aumentou de 78,4 (2013) para 115,4 (2021), sendo notável o aumento durante a pandemia de covid-19. Em 2018, as taxas de mortalidade aumentaram, exceto em Rondônia. Em 2020, Amazonas liderou as taxas de óbitos, seguido por Tocantins, enquanto Amapá teve as menores taxas. Predominantemente, mulheres (98%) foram afetadas, principalmente na faixa etária de 50 a 59 anos (26,1%), com 8 a 11 anos de escolaridade (29,5%) e casadas (36,3%). **CONCLUSÃO:** Evidencia-se que a população mais acometida pelo câncer de mama na região Norte é composta de mulheres pardas, de 50 a 59 anos, com 8 a 11 anos de escolaridade, casadas. A pesquisa destaca a necessidade urgente de políticas públicas eficazes, considerando a influência crucial do acesso aos serviços de saúde.

1. Biomédica pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Belém, PA, Brasil. E-mail: [fariasalessandra16@gmail.com](mailto:fariasalessandra16@gmail.com). ORCID: [0009-0005-9157-6420](https://orcid.org/0009-0005-9157-6420).

2. Biomédica pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Belém, PA, Brasil, e-mail: [giovannaferreira734@gmail.com](mailto:giovannaferreira734@gmail.com), ORCID: [0000-0002-1061-6285](https://orcid.org/0000-0002-1061-6285).

3. Sanitarista, Doutor em Biologia Parasitária na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará - UEPA, Professor da Universidade Federal do Pará - UFPA, Altamira, PA, Brasil, e-mail: [sergiobeltrao@ufpa.br](mailto:sergiobeltrao@ufpa.br), ORCID: [0000-0002-9531-2482](https://orcid.org/0000-0002-9531-2482).

4. Biomédica, Doutora em Genética e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Pará, Professora da Universidade do Estado do Pará UEPA, Belém, PA, Brasil. e-mail: [patricia.lima@uepa.br](mailto:patricia.lima@uepa.br), ORCID: [0000-0002-1068-2813](https://orcid.org/0000-0002-1068-2813).

5. Biomédica, Doutora em Neurociências e Biologia Celular pela Universidade Federal do Pará, Professora do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia UNIFAMAZ, Belém, PA, Brasil, e-mail: [symara@gmail.com](mailto:symara@gmail.com), ORCID: [0000-0001-7346-0700](https://orcid.org/0000-0001-7346-0700).

6. Biomédica, Doutora em Neurociências e Biologia Celular pela Universidade Federal do Pará, Professora do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia UNIFAMAZ, Belém, PA, Brasil. e-mail: [daniellefeio@yahoo.com.br](mailto:daniellefeio@yahoo.com.br), ORCID: [0000-0002-0490-3704](https://orcid.org/0000-0002-0490-3704).

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Breast cancer is the most common malignant tumor in women. Social factors linked to mortality include unfavorable socioeconomic conditions, which often lead to diagnoses at advanced stages. In Brazil, except for non-melanoma skin tumors, it is the most prevalent neoplasm among women across all regions. **OBJECTIVE:** This study aims to analyze breast cancer mortality patterns and identify predominant characteristics associated with these deaths. **METHODOLOGY:** Data were extracted from the DATASUS/TABNET platform, covering January 2013 to December 2021. Analyzed variables included sex, race/ethnicity, age group, education level, and marital status. **RESULTS:** The study identified 6,300 deaths during the period, with notable concentrations in Rondônia, Amazonas, and Tocantins. The regional mortality average rose from 78.4 (2013) to 115.4 (2021), with a marked increase during the COVID-19 pandemic. In 2018, mortality rates increased across all states except Rondônia. By 2020, Amazonas had the highest death rates, followed by Tocantins, while Amapá recorded the lowest. The majority of deaths occurred among women (98%), particularly those aged 50-59 years (26.1%), with 8-11 years of education (29.5%), and who were married (36.3%). **CONCLUSION:** The most affected population in Northern Brazil consists of mixed-race (Parda) women, aged 50-59, with 8-11 years of education, and married. The findings underscore the urgent need for effective public policies, emphasizing the critical role of healthcare access.

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mama es el tumor maligno más común en mujeres. Factores sociales relacionados con la mortalidad incluyen condiciones socioeconómicas desfavorables, lo que resulta en diagnósticos en etapas avanzadas. En Brasil, excluyendo los tumores de piel no melanoma, es la neoplasia más prevalente entre mujeres en todas las regiones. **OBJETIVO:** Este estudio tiene como objetivo analizar el perfil de mortalidad por cáncer de mama e identificar las características predominantes relacionadas con estos fallecimientos. **METODOLOGÍA:** Se utilizó la plataforma DATASUS/Tabnet, de la cual se extrajeron datos de enero de 2013 a diciembre de 2021. Las variables analizadas fueron sexo, raza/color, grupo etario, nivel de escolaridad y estado civil. **RESULTADOS:** El estudio identificó 6.300 fallecimientos en el período, con destaque para Rondônia, Amazonas y Tocantins. El promedio regional de muertes aumentó de 78,4 (2013) a 115,4 (2021), siendo notable el aumento durante la pandemia de COVID-19. En 2018, las tasas de mortalidad aumentaron, excepto en Rondônia. En 2020, Amazonas lideró las tasas de fallecimientos, seguido por Tocantins, mientras que Amapá presentó las tasas más bajas. Predominantemente, las mujeres (98%) fueron afectadas, principalmente en el grupo etario de 50 a 59 años (26,1%), con 8 a 11 años de escolaridad (29,5%) y casadas (36,3%). **CONCLUSIÓN:** Se evidencia que la población más afectada por el cáncer de mama en la región Norte está compuesta por mujeres pardas, de 50 a 59 años, con 8 a 11 años de escolaridad y casadas. La investigación resalta la necesidad urgente de políticas públicas eficaces, considerando la influencia crucial del acceso a los servicios de salud.

.....

**INTRODUÇÃO**

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequentemente diagnosticada em mulheres, e se dá a partir do crescimento celular desordenado em qualquer região da mama, mais comumente detectado nos lóbulos mamários. Os fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer de mama incluem aumento da idade, uso de hormônios, uso de álcool, tabagismo, além de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 (genes supressores de tumor), sendo o tipo histológico mais comum o Carcinoma Ductal Invasivo (1) sendo uma das principais causas de morte por câncer feminino. A avaliação dos parâmetros prognósticos, como subtipo histológico e presença de biomarcadores, é fundamental, tendo

a imuno-histoquímica um importante papel, com consequentes melhorias no tratamento. O presente estudo objetivou determinar o perfil histopatológico e molecular do câncer de mama em mulheres assistidas em centro de oncologia. Trata-se de um estudo documental, analítico e retrospectivo, que utilizou prontuários de mulheres com câncer de mama atendidas em um centro de oncologia do Agreste Pernambucano, nos anos de 2014 a 2016. O estudo contou com 180 prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer de mama. Observou-se uma prevalência de mulheres pardas (81,66%).

Embora os exames diagnósticos sejam disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o desafio primordial no contexto do câncer de mama reside na obtenção de um diagnóstico precoce (2).

Os fatores sociais relacionados à mortalidade por câncer de mama incluem condições socioeconômicas desfavoráveis, consequentes dificuldades no acesso a procedimentos diagnósticos e tratamentos apropriados, fator que leva a prognósticos menos favoráveis, sobrevida reduzida e maior propensão ao óbito (3). Estudos clínicos que evidenciam a eficácia do rastreamento por mamografia na redução das taxas de mortalidade pelo câncer de mama estabeleceram essa tecnologia como padrão-ouro no controle da doença (4).

Os tipos de tratamento para o câncer de mama são divididos em tratamento local, como cirurgia, radioterapia, além de reconstrução mamária, enquanto o tratamento sistêmico baseia-se em quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (5,6).

Os dados mais recentes sobre a carga global de câncer de mama indicam 2,26 milhões de novos casos em 2020, dessa forma é possível estabelecê-lo como a principal causa de mortalidade por câncer entre mulheres (7). No Brasil, ao desconsiderar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama emerge como a neoplasia mais prevalente entre mulheres de todas as regiões, com taxas mais elevadas nas regiões Sul e Sudeste. Para cada ano do triênio 2023-2025, foram projetados 73.610 novos casos. Tais números resultarão em uma taxa ajustada de incidência de 41,89 casos por 100.000 mulheres (8).

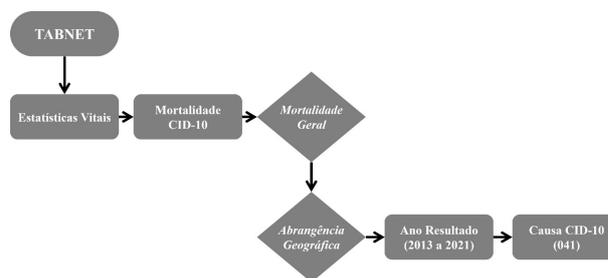
Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é a realização de uma análise epidemiológica sobre a mortalidade decorrente de câncer de mama na Região Norte do Brasil. O escopo dessa pesquisa consiste em identificar as principais características predominantes entre os indivíduos que evoluíram a óbito devido a essa neoplasia durante o período compreendido entre os anos de 2013 e 2021.

## METODOLOGIA

O estudo realizado trata-se de uma análise socioepidemiológica descritiva e quantitativa, realizada através de dados secundários de óbitos por câncer de mama ocorridos na região Norte do Brasil entre os anos de 2013 e 2021. Os dados foram obtidos por meio da plataforma eletrônica TABNET, no período de 05 de maio a 03 de junho de 2023, conforme fluxograma apresentado na Figura 01. A plataforma refere-se a um tabulador desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a fim de gerar informações das

bases de dados do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Figura 01.** Fluxograma de obtenção de dados da plataforma TABNET.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os dados secundários de mortalidade foram extraídos através das estatísticas vitais, a partir das quais foram selecionados dados de mortalidade desde 1996 pela CID-10 – C50 (neoplasias malignas de mama), nos estados do Pará, Roraima, Acre, Amapá, Amazonas, Tocantins e Rondônia, que compreendem a região Norte do Brasil. As variáveis selecionadas para óbitos por residência segundo município foram sexo; cor/raça; faixa etária; faixa de escolaridade e estado civil.

Estabeleceram-se, como critérios de inclusão, dados de óbitos de indivíduos residentes na região Norte do Brasil, ocorridos no período de 2013 a 2021, e atribuídos à neoplasia maligna da mama. Como critérios de exclusão, foram considerados óbitos notificados fora do intervalo temporal estabelecido e em estados situados fora da região alvo do estudo, além de óbitos por outros tipos de cânceres.

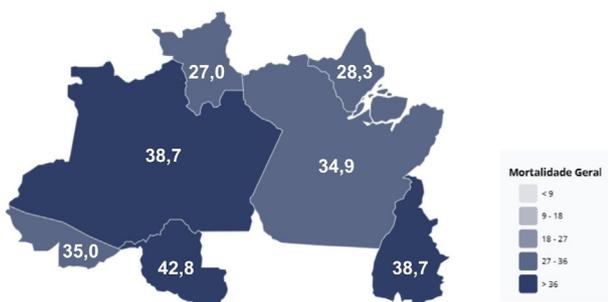
Ademais, foram considerados dados de projeções populacionais anuais de 2013 a 2021, além de dados populacionais do censo de 2022, obtidos através de banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para cálculos de taxa de mortalidade por 100.000 habitantes. Vale ressaltar que os dados foram coletados no sistema no período de 03 de outubro de 2023 a 14 de outubro de 2023, e posteriormente foram exportados para o *Microsoft Excel 2019*. Além disso, procedeu-se à elaboração de gráficos e tabelas para realizar uma avaliação descritiva, para a qual foram empregadas medidas como percentual, médias e desvio padrão.

A submissão e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa não foram requeridas, uma vez que o estudo se baseou exclusivamente em dados provenientes de fontes secundárias e públicas.

## RESULTADOS

O presente estudo obteve registros de óbitos relacionados ao câncer de mama por meio da plataforma DATASUS/TABNET. No intervalo temporal de 2013 a 2021, a região Norte do Brasil apresentou um total de 6.300 óbitos notificados. Ao considerar dados populacionais do censo de 2022, observou-se que as taxas de mortalidade por 100.000 habitantes foram mais proeminentes nos estados de Rondônia, Amazonas e Tocantins ( $n=42,8$ ,  $n=38,7$  e  $n=38,7$ , respectivamente). Já os menores índices de mortalidade geral compreendem os estados de Roraima ( $27,0/100.000$  habitantes) e Amapá ( $28,3/100.000$  habitantes). Conforme apresentado na Figura 02, esses resultados indicam uma maior proeminência de óbitos relacionados ao câncer de mama nos estados de Rondônia, Amazonas e Tocantins em comparação com os demais da região Norte.

**Figura 02.** Mapa do índice de mortalidade geral por câncer de mama por unidade de federação da Região Norte, Brasil, no período de 2013 a 2021. Dados apresentados por 100.000 habitantes.



Fonte: Elaborada pelos autores, com dados do DATASUS (8) e IBGE (9).

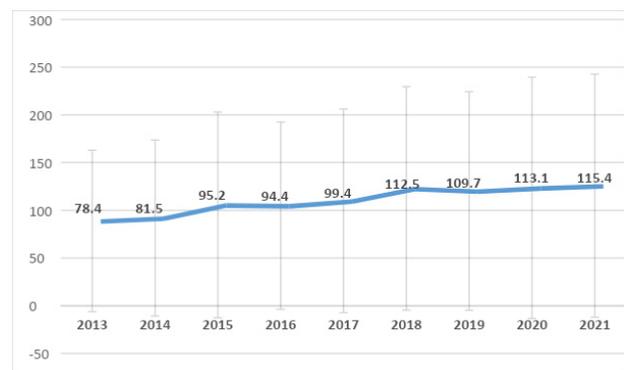
No período de 2013 a 2021, observa-se um aumento progressivo na série temporal dos óbitos notificados na Região Norte como um todo. Inicialmente, a média era de 78,4 óbitos notificados em 2013, já em 2021 a média era de 115,4 óbitos notificados.

Uma análise comparativa ao longo dos anos revela a presença de flutuações na média de óbitos ao longo do tempo, vide Figura 03. De maneira abrangente, os anos que apresentaram os maiores impactos em relação ao aumento do número de mortes por câncer de mama foram 2015 (com um acréscimo de 16,8% em relação a 2014) e 2018 (com um aumento de 13,2% em relação a 2017).

Durante o período inicial da pandemia de COVID-19

(2020-2021) houve significativo aumento no número total de óbitos por câncer de mama notificados em relação ao ano de 2019 (pré-pandemia). No ano de 2020, o número total de óbitos por câncer de mama aumentou em 3,1% em comparação ao ano de 2019; o aumento foi ainda maior no ano de 2021 (5,2%), o que indica impacto substancial do período pandêmico nos números totais de óbitos por neoplasia maligna de mama na região Norte do Brasil.

**Figura 03.** Gráfico com a média de óbitos por câncer de mama, na Região Norte do Brasil, no período de 2013 a 2021, conforme ano de ocorrência.



Fonte: Elaborada pelos autores, com dados do DATASUS (8) e IBGE (9).

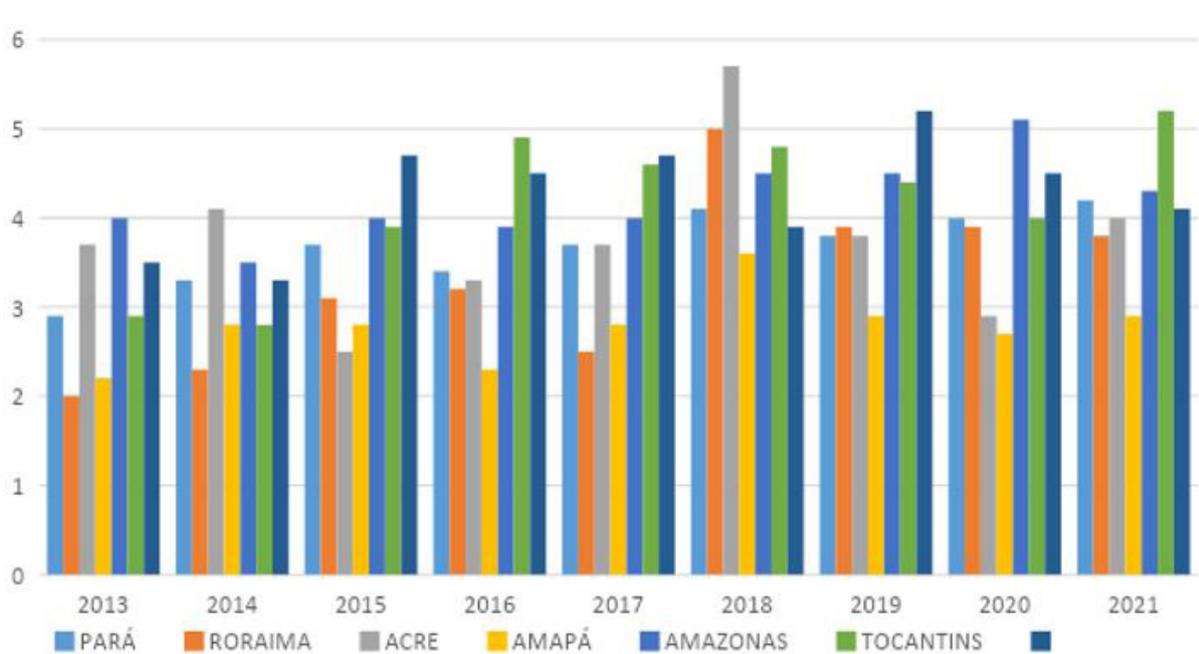
Na análise de taxas de mortalidade por ano, o ano que registrou resultados mais expressivos foi o ano de 2018, a partir do qual houve aumento nas taxas de óbitos por 100.000 habitantes em todos estados, exceto o estado de Rondônia, que apresentou diminuição de 17% em relação à taxa de óbitos por 100.000 habitantes do ano de 2017. No ano de 2018, o Acre apresentou a maior taxa de mortalidade entre os sete estados desde 2013 ( $5,7/100.000$  habitantes), aumento de 54% em relação ao ano de 2017.

Entre as menores médias de óbitos por 100.000 habitantes destacam-se o estado do Amapá ( $2,7/100.000$  habitantes), o estado de Roraima ( $3,3/100.000$  habitantes) e o estado do Pará ( $3,6/100.000$  habitantes), apesar de o estado do Pará ser o estado mais populoso da região Norte ( $8.121.025$  habitantes).

Nos anos que compreendem o início da pandemia de COVID-19 (2020-2021), o estado do Amazonas destacou-se como maior taxa de óbitos por 100.000 habitantes entre os sete estados analisados em 2020 ( $5,1/100.000$  habitantes), e no ano de 2021 obteve a segunda maior taxa de óbitos por 100.000 habitantes ( $4,3/100.000$  habitantes), atrás apenas

do estado de Tocantins (5,2/100.000 habitantes). O estado do Amapá apresentou a menor taxa de óbitos em 2020 (2,7/100.000 habitantes) e em 2021 (2,9/100.000 habitantes), conforme apresentado na Figura 04.

**Figura 04.** Gráfico da taxa de óbitos por câncer de mama a cada 100.000 habitantes, por unidade de federação da região Norte, Brasil, de 2013 a 2021.



Fonte: Elaborada pelos autores, com dados do DATASUS (8) e IBGE (9).

As características demográficas são apresentadas na Figura 05. O segmento populacional predominantemente afetado consistiu no sexo feminino, o qual representou 98% do total de óbitos. No entanto, vale salientar que a plataforma de extração de dados empregada não incorpora informações referentes a indivíduos transgênero.

No que tange à variável racial, observou-se uma disparidade, com a prevalência de afetados distribuída entre os grupos étnicos, destacando-se a maioria entre os pardos (63,8%) e brancos (26,9%). Por outro lado, os grupos de indivíduos amarelos (0,2%), indígenas (2,1%) e pretos (4,9%) apresentaram menor mortalidade pela patologia analisada.

Acerca da variável da faixa etária, observou-se que a população mais impactada é constituída por indivíduos com idades compreendidas entre 50 e 59 anos (26,1% do total de óbitos notificados). Em sequência, destacam-se indivíduos situados nas faixas etárias de 40 a 49 anos, os quais representaram 21,6% do total de óbitos. Indivíduos de 60 a 69 anos registraram 19,4%. As faixas etárias menos afetadas englobam indivíduos com menos de 20 anos, para os quais a incidência é quase nula (0,1%), e aqueles de 20 a 29 anos, com uma taxa de 1,3%.

**Figura 05.** Tabela com a distribuição total dos óbitos segundo características sociodemográficas, região Norte do Brasil (2021-2023).

VARIÁVEIS	N	%
<b>SEXO</b>		
FEMININO	6.210	98
MASCULINO	88	2
<b>COR/RAÇA</b>		
BRANCO	1.709	26,9
PRETO	308	4,9
AMARELO	12	0,2
PARDO	4.046	63,8
INDÍGENA	133	2,1
IGNORADO	92	1,4
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
< 20 ANOS	5	0,1
20 A 29 ANOS	84	1,3
30 A 39 ANOS	579	9,2
40 A 49 ANOS	1.359	21,6
50 A 59 ANOS	1.646	26,1
60 A 69 ANOS	1.219	19,4
70 A 79 ANOS	815	12,9
≥ 80 ANOS	593	9,4

<b>ESCOLARIDADE</b>		
NENHUMA	689	10,9
1 A 3 ANOS	1.110	17,6
4 A 7 ANOS	1.289	20,5
8 A 11 ANOS	1.859	29,5
≥ 12 ANOS	895	14,2
IGNORADO	458	7,3
<b>ESTADO CIVIL</b>		
SOLTEIRO	1.960	31,1
CASADO	2.285	36,3
VIÚVO	952	15,1
SEPARADO	360	5,7
OUTRO	495	7,9
IGNORADO	248	3,9

Fonte: Elaborada pelos autores, com dados do DATASUS (8) e IBGE (9).

No que diz respeito à variável de escolaridade, constatou-se que os indivíduos mais suscetíveis foram aqueles que cursaram entre 08 e 11 anos de estudo, equivale, aproximadamente ao ensino fundamental completo e ensino médio incompleto, correspondente a 29,5% do total. Em segundo lugar, situam-se os indivíduos com uma escolaridade entre 04 e 07 anos, corresponde ao ensino fundamental incompleto, com uma taxa de 20,5%. Indivíduos que não apresentaram escolaridade alguma, representaram 10,9% do total de óbitos notificados.

Conforme os dados apresentados, o segmento demográfico mais impactado pela mortalidade de câncer de mama na região Norte do Brasil, no período de 2013 a 2021, consiste em mulheres autodeclaradas pardas, situadas na faixa etária entre 50 e 59 anos, com histórico educacional abrangendo de 08 a 11 anos de estudo, e que mantêm estado civil de casadas.

## DISCUSSÃO

O presente estudo trouxe a análise da mortalidade por câncer de mama entre os anos de 2013 e 2021, na região Norte do Brasil, a partir da qual evidenciou-se aumento significativo no número de óbitos pela patologia a partir do ano de 2018 na região analisada. Esse tipo de dado reflete a necessidade da execução de políticas públicas voltadas para a realidade da região Norte do Brasil.

Em estudos consultados, foi demonstrado que a sobrevivência após o diagnóstico de câncer de mama está intimamente relacionada ao acesso ao tratamento e

ao diagnóstico precoce da patologia, os quais estão diretamente ligados aos fatores socioeconômicos das populações afetadas (10). De acordo com dados do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) (11,12), o IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) da região Norte do Brasil é de 0,730, o segundo menor IDHM do país, atrás apenas da região Nordeste. Tal dado pode influenciar negativamente no que diz respeito ao acesso ao diagnóstico precoce da doença e ao tratamento adequado devido às distâncias dos centros especializados em oncologia, e a escassez desses.

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) revelam maiores taxas de incidência de câncer de mama nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (8). Contudo, taxas menores identificadas na região Norte do Brasil podem representar subnotificações latentes, uma vez que o indivíduo residente nos interiores da região, que possui pouco ou nenhum acesso ao diagnóstico precoce, pode evoluir a óbito por causas secundárias ao câncer de mama, sem nunca entrar nas estatísticas. Há que se considerar ainda que as regiões Sul e Sudeste do Brasil figuram como grandes detentoras de ferramentas diagnósticas, fator que justifica maior registro e consequente maior percepção de incidência da neoplasia em questão em relação às demais regiões do país (2,3,13).

Ressalta-se que as atualizações nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Mastologia recomendam o rastreamento mamográfico anual para mulheres entre os 40 e os 74 anos como estratégia preferencial do diagnóstico precoce do câncer de mama (14), exame que não é amplamente disponível nas regiões mais afastadas dos grandes centros, como comumente ocorre na região Norte.

Nesse contexto, quanto a tendência consideravelmente crescente na média de óbitos por câncer de mama nos anos de 2020 e 2021, os dados deste estudo estão de acordo com outras pesquisas que também associam a causa à redução significativa no número de mamografias de rastreamento para diagnóstico precoce do câncer de mama nos anos iniciais da pandemia de COVID-19 (2020-2021) (15,16) o câncer de mama foi o segundo tipo oncológico mais incidente no Brasil, bem como a segunda principal causa de mortalidade dentre as neoplasias. Apesar das ações de rastreamento oncológico implementadas no país atingirem elevados percentuais de cobertura, com o advento da COVID-19 e as consequentes medidas voltadas ao controle e cuidado dos pacientes atingidos pelo coronavírus, houve redução da

assistência geral de saúde fornecida em nível primário para a população brasileira. Assim, questiona-se qual o impacto da pandemia de COVID-19 no rastreamento dessa neoplasia. Objetivo: Compreender os efeitos da pandemia de COVID-19 no rastreamento do câncer de mama no Brasil. Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico observacional analítico ecológico, que analisou a incidência de casos de COVID-19 e o rastreamento do câncer de mama, considerando o Brasil e suas regiões federativas de 2018 a 2021. Os dados secundários foram obtidos através do Painel de Casos da COVID-19 e do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN/DATASUS. Esse declínio contribuiu para o aumento nos diagnósticos de estágios mais avançados da doença, fator potencial de impacto no que diz respeito às estratégias de tratamento, o qual contribuiu para um considerável aumento nas taxas de mortalidade por câncer de mama nesse período.

Ademais, dados do estudo em questão destacaram o estado do Amazonas como a mais elevada taxa de óbitos por 100.000 habitantes entre os sete estados analisados durante o ano de 2020 (5,1/100.000 habitantes). Essa situação foi atribuída à redução e - em um curto momento - ao completo fechamento dos serviços de oncologia na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) durante o ápice do período de isolamento social, uma medida adotada em resposta à intensificação da pandemia (17,18).

Em conformidade com as características do câncer de mama, a população predominantemente afetada consiste no sexo feminino, embora seja importante salientar que tal predisposição não é exclusiva desse gênero. É relevante observar que, embora a plataforma utilizada para a coleta de dados disponha apenas de dados de mulheres e homens cis, e não apresente informações específicas sobre mulheres e homens transgêneros, essa discussão se faz necessária. Isso se justifica pelo fato de que, para a transição de gênero, faz-se uso de terapia de reposição hormonal, o que representa um fator de risco para a patologia em análise (19).

Em relação às características demográficas da população, este estudo apontou maior mortalidade em indivíduos pardos (64,2%), no espaço temporal e geográfico analisados. De acordo com dados do IBGE, o Brasil apresenta alto grau de miscigenação entre as raças, e 51,1% dos brasileiros se apresentam como pardos e pretos (9). Entretanto, os dados desta pesquisa revelam que apenas 4,8% dos óbitos ocorridos na região Norte, de 2013 a 2021 atingiram

peças pretas. Tal dado pode ser justificado pelo fato de boa parte dos indivíduos pretos se identificarem como pardos. Ademais, fatores genéticos devem ser estudados a fim de elucidar completamente possíveis pré-disposições relacionadas à raça.

Quanto aos óbitos por faixa etária, a análise proposta demonstrou que as faixas etárias mais afetadas de 2013 a 2021, na região Norte do Brasil, foram as de 50 a 59 anos e de 40 a 49 anos (26,1% e 21,5%, respectivamente). Tais dados conversam com um estudo descritivo recente em que as principais faixas etárias atingidas pelo câncer de mama, na região Norte do Brasil, de 2009 a 2014, encontravam-se entre 40 e 59 anos (20) é fundamental alertar e orientar a população feminina sobre a importância e criar métodos de prevenção, sendo o estudo de sua epidemiologia fundamental para o desenvolvimento de políticas que favoreçam o diagnóstico precoce. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é descrever o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de mama na região Norte do Brasil no período de 2009 a 2014. Método: O estudo epidemiológico apresenta natureza descritiva e foi realizado por meio da coleta de dados disponíveis no Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS).

Ao tratar-se do cenário nacional, a faixa etária aumenta. De acordo com dados do estudo descritivo referenciado, nos anos entre 1998-2002 e 2008-2012 a mortalidade por câncer de mama, nas capitais do Brasil, foi mais expressiva em indivíduos que possuíam idade igual ou superior a 70 anos (3). Para saber se esses dados representam maior longevidade da população diagnosticada nas capitais brasileiras em relação à população diagnosticada na região Norte, é necessária a realização de estudos a fim de traçar a idade do diagnóstico e a idade dos óbitos.

Quanto à mortalidade por faixa de escolaridade, consta que indivíduos que possuem escolaridade inferior estão sujeitos a limitações no acesso aos serviços de saúde (21). O estudo em tela apontou a faixa de escolaridade de 8 a 11 anos (ensino fundamental completo e ensino médio incompleto) como a mais notificada. A dificuldade para obtenção de informações a respeito do câncer de mama pode ser fator determinante para a sobrevivência dos indivíduos, uma vez que terão o diagnóstico postergado. Além disso, o número significativo de notificações da referida faixa de escolaridade pode significar subnotificações latentes de faixas etárias ainda menores, ao considerar que indivíduos sem acesso

às devidas informações evoluem a óbito sem nunca terem recebido o diagnóstico.

Em relação ao estado civil, o a investigação realizada apontou maior mortalidade em indivíduos casados e solteiros. A esse respeito, a qualidade devida de pessoas diagnosticadas com câncer de mama está diretamente ligada ao apoio familiar (22–24). Tanto quanto o impacto emocional é fator determinante na adesão do tratamento, e pode contribuir para a longevidade das pessoas diagnosticadas. Mulheres casadas que não recebem o devido apoio de seus parceiros, bem como mulheres solteiras que não recebem apoio de familiares, tornam-se vulneráveis frente ao excruciante tratamento (25).

O presente estudo possui como limitação a ausência de dados de ano de diagnóstico e tipo histológico de câncer de mama, bem como a ausência de dados dos anos de 2022 e 2023. Sugere-se, assim, mudanças na plataforma de extração, a fim de que haja maior detalhamento dos dados e inclusão de variáveis igualmente relevantes, tais como dados de gênero, ocupação e paridade.

## CONCLUSÃO

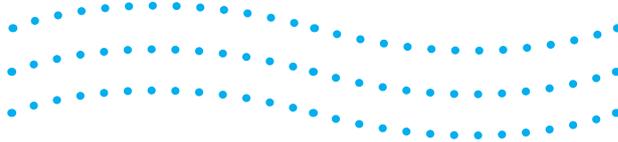
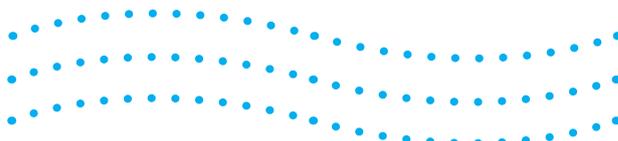
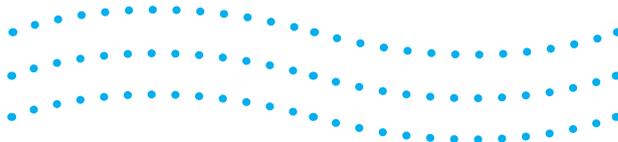
Portanto, a pesquisa aqui apresentada proporcionou uma análise fundamentada no perfil epidemiológico de óbitos por câncer de mama na região Norte do Brasil. Os resultados expostos refletem a complexidade desse cenário ao destacar números expressivos de mortalidade em regiões pouco exploradas. As discussões levantadas elevam a necessidade de políticas públicas efetivas voltadas para a região Norte, visto que o acesso aos serviços de saúde na região tem impacto relevante em relação à mortalidade por câncer de mama.

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de abordagens individualizadas de prevenção e controle em consonância com as características demográficas específicas de cada população. Pontuamos, ainda, a importância de pesquisas capazes de elucidar completamente os mecanismos envolvidos, e esperamos que os pontos destacados embasem estudos futuros.

## REFERÊNCIAS

1. Souza JLPD, Oliveira LGDM, Silva RCGD, Peres AL. Perfil histopatológico e molecular do câncer de mama em mulheres assistidas em centro de oncologia do Agreste Pernambucano. VITTALLE, ISSN 1413-3563, Rio Grande, Brasil. 20 de dezembro de 2019;31(2):38–46.
2. Bernardes NB, Sá ACFD, Facioli LDS, Ferreira ML, Sá ORD, Costa RDM. Câncer de Mama X Diagnóstico / Breast Cancer X Diagnosis. IDOnline. 27 de fevereiro de 2019;13(44):877–85.
3. Costa LDLN, Sardinha AHDL, Verzaro PM, Lisbôa LLC, Batista RFL. Mortalidade por Câncer de Mama e Condições de Desenvolvimento Humano no Brasil. Rev BrasileiraDeCancerologia [Internet]. 3 de julho de 2019 [citado 18 de março de 2025];65(1). Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/50>
4. Teixeira LA, Araújo Neto LA. Câncer de mama no Brasil: medicina e saúde pública no século XX. Saude soc. 2020;29(3):e180753.
5. Pontes BF, Silva MTD, Silveira SSDD, Silva BMSD, Cerqueira MDRAD, Quitete JB. Políticas Públicas e Fatores de Risco para o Câncer Cervical: Vulnerabilidades de um grupo de mulheres trabalhadoras. Em: Políticas Públicas, Educação e Diversidade: Uma Compreensão Científica do Real [Internet]. 1º ed Editora Científica Digital; 2020 [citado 11 de março de 2025]. p. 917–34. Disponível em: <http://www.editoracientifica.com.br/articles/code/200801094>
6. Cerqueira IC, Silva NG, Oliveira ELC. Perfil Epidemiológico do Câncer de Mama Feminina na Região Norte, no ano de 2020. FACIT Business and Technology Journal [Internet]. 2021;1(27). Disponível em: <https://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1038/702>
7. Wilkinson L, Gathani T. Understanding breast cancer as a global health concern. The British Journal of Radiology. 1º de fevereiro de 2022;95(1130):20211033.
8. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. INCA; 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>
9. IBGE. Estatísticas Sociais. População [Internet]. 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>
10. Ferreira ADSS, Cintra JRD, Fayer VA, Nogueira MC, Júnior CB, Bustamante-Teixeira MT, et al. Breast cancer survival and the health system in Brazil: an analysis of public and private healthcare. Front Oncol. 25 de maio de 2023;13:927748.
11. IPEA. Atlas do Índice de Vulnerabilidade Econômica [Internet]. 2010. Disponível em: <https://ivs.ipea.gov.br/#/atlas>

12. Insitituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Evolução do IDHM e de Seus Índices Componentes no período de 2012 a 2017. Brasília, DF: IPEA; 2019.
13. Rodrigues FOS, Cruz MDC, Amaral BRD, Felicíssimo LDL, Teodoro LC, Pereira MD, et al. Epidemiologia da mortalidade por câncer de mama no Brasil entre os anos de 2009 e 2019 e a influência de aspectos socioeconômicos e demográficos. RSD. 12 de outubro de 2021;10(13):e296101321314.
14. Urban LABD, Chala LF, Paula IBD, Bauab SDP, Schaefer MB, Oliveira ALK, et al. Recommendations for the Screening of Breast Cancer of the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, Brazilian Society of Mastology and Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Association. Rev Bras Ginecol Obstet. agosto de 2023;45(08):e480-8.
15. Alves AA, Santos DAU, Fonseca WB, Silva JLD. Os efeitos da pandemia de COVID-19 no rastreamento de Câncer de mama no Brasil: um estudo epidemiológico observacional. Braz J Develop. 24 de janeiro de 2023;9(1):4571-86.
16. Lima SBDA, Sousa Júnior CPD, Sobral RVS, Bezerra JDM, Ampuero NFD, Malaquias AC, et al. Monitoramento de casos da Doença de Chagas Aguda no Brasil: um estudo descritivo. RSD. 18 de março de 2022;11(4):e27311427487.
17. Costa Cunha K. Acesso a um Serviço de Oncologia: Estudo de Mulheres com Câncer de Mama. Belém. Pará. Brasil. Belém; 2013.
18. Costa IN, De Carvalho LIA, De Oliveira KF, Pereira GV, Pereira HV, Maia JG, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com Câncer de Mama atendidos em hospital de referência no Amazonas durante a pandemia de 2020. Braz J Develop. 16 de maio de 2023;9(05):16529-42.
19. Mendonça WJR, Mendonça NJ, Lima PMAP. Rastreamento de câncer de mama em transgêneros: uma revisão integrativa de literatura. RSD. 27 de dezembro de 2022;11(17):e245111738953.
20. Nunes ADF, De Castro AG, Da Silva SA, Reis Júnior PM, Bitencourt EL. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL NO PERÍODO DE 2009 A 2014. Rev Pat Tocantins. 27 de junho de 2020;7(1):44-51.
21. Pecinato V, Jacobo A, Silva SGD. Tendência temporal de mortalidade por neoplasia maligna de mama e de colo de útero em Passo Fundo, Rio Grande do Sul: uma análise segundo faixa etária e escolaridade, 1999-2019. Epidemiol Serv Saúde. 2022;31(3):e2022440.
22. Fangel LMV, Panobianco MS, Kebbe LM, Almeida AMD, Gozzo TDO. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. Acta paul enferm. 2013;26(1):93-100.
23. Furlan VLA, Sabino Neto M, Abla LEF, Oliveira CJR, Lima AC de, Ruiz BF de O, et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. Quality of life and self-esteem after mastectomy in patients who did or did not undergo breast reconstruction. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(2):264-9.
24. Lôbo SA, Fernandes AFC, Almeida PCD, Carvalho CMDL, Sawada NO. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. Acta paul enferm. dezembro de 2014;27(6):554-9.
25. Enríquez Reyna MC, Vargas Flores MDLÁ. Factores personales que afectan la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del noreste de México: Personal factors that affect quality of life of women with breast cancer from the northeast of Mexico. Hisp Health Care Int. junho de 2018;16(2):70-5.



# MORTALIDADE POR QUEDAS EM IDOSOS DO ESTADO DO CEARÁ: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL NO PERÍODO DE 2017 A 2021

MORTALITY FROM FALLS IN ELDERLY PEOPLE IN THE STATE OF CEARÁ: CHARACTERISTICS AND TIME DISTRIBUTION FROM 2017 TO 2021

MORTALIDAD POR CAÍDAS EN ANCIANOS EN EL ESTADO DE CEARÁ: CARACTERÍSTICAS Y DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE 2017 A 2021

Renato Ribeiro de Oliveira <sup>1</sup>

Maria Célia de Freitas <sup>2</sup>

## Como Citar:

Oliveira RR, Freitas MC. Mortalidade por quedas em idosos do Estado do Ceará: características e distribuição temporal no período de 2017 a 2021. *Sanare*. 2025;24(1).

## Descritores:

Pessoa Idosa; Mortalidade; Acidentes por quedas; Epidemiologia; Distribuição temporal.

## Descriptors:

Aged; Mortality; Accidental Falls; Epidemiology; Temporal Distribution.

## Descriptores:

Anciano; Mortalidad; Accidentes por caídas; Epidemiología; Distribución temporal.

## Submetido:

19/01/2024

## Aprovado:

24/01/2025

## Autor(a) para Correspondência:

Renato Ribeiro de Oliveira  
Universidade Estadual do Ceará - Av.  
Dr. Silas Mungubas, 1700 - Itaperi,  
Fortaleza, Ceará. CEP: 60.714.903  
E-mail: renato.ribeiro@aluno.uece.br

## RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever a distribuição temporal e as características dos óbitos por quedas em idosos do Estado do Ceará, no período de 2017 a 2021. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo. A população pesquisada foram os óbitos de idosos por quedas entre os anos de 2017 a 2021 no Estado do Ceará, por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Sistema Único de Saúde (SUS). No período de 2017 a 2021, foram identificados 1.941 óbitos por quedas em adultos mais velhos. Observou-se maior incidência de óbitos por quedas no ambiente hospitalar (n= 1530, 78,9%). Com relação ao sexo, os resultados apontaram maior incidência em mulheres. Quanto à faixa etária, observou-se o predomínio de óbitos em idosos com idade igual ou superior a 80 anos. observou-se tendência crescente na mortalidade por quedas em idosos com 80 anos ou mais no Estado do Ceará entre os anos de 2017 a 2021. Esses achados sugerem que são necessárias estratégias para redução dos óbitos por quedas, principalmente entre os idosos com idade mais avançada. Tais estratégias devem focar nos grupos mais vulneráveis, ou seja, com maior risco para quedas.

1. Graduando de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. E-mail: renato.ribeiro@aluno.uece.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6525-6638>

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE. E-mail: celia.freitas@uece.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4487-1193>

**ABSTRACT**

*The aim of this study is to describe the temporal distribution and characteristics of deaths from falls in elderly people in the state of Ceará, from 2017 to 2021. This is an epidemiological, descriptive and retrospective study. The study population was elderly deaths due to falls between 2017 and 2021 in the state of Ceará, through the Mortality Information System (SIM) of the Unified Health System (SUS). In the period from 2017 to 2021, 1,941 deaths from falls in older adults were identified. There was a higher incidence of deaths from falls in the hospital environment (n= 1530, 78.9%). With regard to gender, the results showed a higher incidence among women. As for age group, there was a predominance of deaths in elderly people aged 80 years or over. There was an upward trend in mortality due to falls in elderly people aged 80 and over in the state of Ceará between 2017 and 2021. These findings suggest that strategies are needed to reduce deaths from falls, especially among older people. These strategies should focus on the most vulnerable groups, i.e. those most at risk of falls.*

**RESUMEN**

*El objetivo de este estudio es describir la distribución temporal y las características de las muertes por caídas en personas mayores en el estado de Ceará entre 2017 y 2021. Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo y retrospectivo. La población de estudio fueron las muertes de ancianos por caídas entre 2017 y 2021 en el estado de Ceará, a través del Sistema de Información de Mortalidad (SIM) del Sistema Único de Salud (SUS). Entre 2017 y 2021, se identificaron 1.941 muertes por caídas en adultos mayores. Hubo una mayor incidencia de muertes por caídas en el ámbito hospitalario (n= 1530, 78,9%). En cuanto al género, los resultados mostraron una mayor incidencia entre las mujeres. En cuanto al grupo de edad, hubo un predominio de muertes en ancianos de 80 años o más. Hubo una tendencia al aumento de la mortalidad por caídas en ancianos de 80 años o más en el estado de Ceará entre 2017 y 2021. Estos hallazgos sugieren que se necesitan estrategias para reducir las muertes por caídas, especialmente entre las personas mayores. Estas estrategias deben centrarse en los grupos más vulnerables, es decir, aquellos con mayor riesgo de caídas*

.....

**INTRODUÇÃO**

As quedas lideram mundialmente as causas de morbimortalidade na população idosa, impondo uma carga para os idosos vitimados, a família e a sociedade. Além disso, são as principais responsáveis por hospitalizações, incapacidades funcionais, maiores níveis de dependência e isolamento social<sup>1</sup>. No Brasil, entre 1996 e 2021, foram registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 167.439 notificações de óbitos de idosos por quedas<sup>2</sup>.

Segundo o Estatuto da Pessoa Idosa, é considerada pessoa idosa o cidadão com idade igual ou superior a 60 anos<sup>3</sup>. Conforme o boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais em 2020. As projeções apontam que em 2050, a população idosa representará cerca de 30% da população do Brasil<sup>4</sup>.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, as quedas representam um importante problema de saúde pública e constituem o tipo de acidente mais grave entre a população idosa. Além disso, são a principal causa de óbito por acidentes em indivíduos com mais de 65 anos<sup>5</sup>. Estima-se ainda

que um terço das pessoas idosas caia todos os anos e a ocorrência de complicações aumenta conforme a pessoa idosa vai envelhecendo e, em 24% dos casos, as quedas evoluem para óbitos no período de um ano<sup>6</sup>.

O monitoramento dos óbitos por quedas entre idosos constitui uma ação relevante para a tomada de medidas de promoção, prevenção e intervenção desses acidentes, como também para a formulação de estratégias direcionadas aos cuidados à população idosa, sobretudo, considerando as repercussões no Sistema Único de Saúde e na sociedade geral<sup>7</sup>. Assim, a realização de pesquisas que visem analisar a distribuição e características das mortes por queda poderá contribuir para melhor elaboração de políticas públicas de saúde à pessoa idosa.

Portanto, o estudo teve como objetivo descrever a distribuição temporal e as características dos óbitos por quedas em idosos, no Estado do Ceará, no período de 2017 a 2021.

## MÉTODOS

### Delimitação

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, acerca da distribuição temporal e das características das mortalidades por quedas em idosos na população cearense, entre os anos de 2017 a 2021. O Estado do Ceará está localizado na porção oriental do Nordeste e, no ano de 2022 possuía uma população estimada de 8.791.688 de habitantes, com densidade demográfica de 59,05 habitantes por km<sup>2</sup>. O Estado possui cerca de 184 municípios, divididos em 5 grandes regiões de saúde, a citar: Fortaleza, Sertão Central, Litoral Leste, Norte e Cariri<sup>8</sup>.

### Participantes

A população do estudo foi constituída por notificações de óbitos por quedas em idosos entre os anos de 2017 a 2021 no Estado do Ceará, sendo extraídos no mês de novembro de 2023, por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde. Os dados foram coletados por dois pesquisadores independentes para identificar possíveis inconsistências.

### Variáveis

Para a coleta e análise dos resultados, foram selecionadas as notificações dos óbitos por local de ocorrência (hospital; outros estabelecimentos de saúde; domicílio; via pública; outros locais; local ignorado), sexo (masculino; feminino), faixa etária (em anos: 60 a 69, 70 a 79, 80 ou mais), raça (branca, preta, amarela, parda, ignorada), escolaridade (em anos: 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11, 12 ou mais, ignorado), estado civil (solteiro; viúvo; casado; separada; outro; ignorado) e por local, segundo a Unidade da Federação (Ceará), classificado na causa CID-BR-10: 105 Quedas. Os dados foram importados do sítio eletrônico do DATASUS e organizados com o uso do programa Microsoft Excel Office 2016.

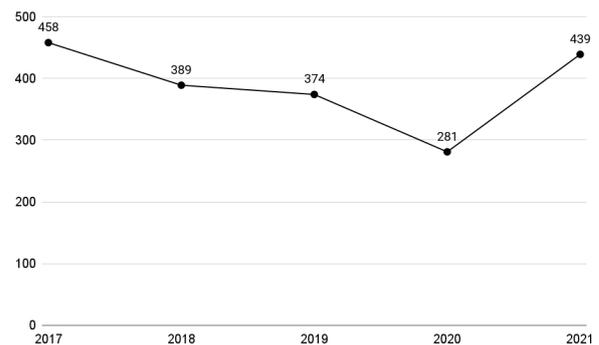
### Aspectos éticos

Como se trata de dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), não houve necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

Foram observados 1.941 óbitos por quedas em adultos mais velhos durante os anos de 2017 a 2021 no Estado do Ceará. Sendo observado o aumento de 158 casos, quando comparados os anos de 2020 e 2021.

**Figura 1** - Distribuição temporal dos óbitos por quedas entre os anos de 2017 a 2021. Fortaleza, Ceará, Brasil.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS). Elaborado pelos autores (2024).

Vale ressaltar que foi observada maior incidência de óbitos por quedas em hospitais (n= 1530, 78,9%), seguido de 318 (16,38%) casos em domicílio, 52 (2,67%) em outros locais, 22 (1,1%) em outros estabelecimentos de saúde, 16 (0,8%) em via pública e 3 (0,15%) de casos ignorados, demonstrado na tabela 1.

**Tabela 1** – Notificações de óbitos por quedas de acordo com os locais de ocorrência. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Local de ocorrência							
Ano do Óbito	Hospital	Outro estabelecimento de saúde	Domicílio	Via pública	Outro	Ignorado	Total de óbitos
2017	362	4	68	6	17	1	458
2018	304	4	72	3	6	0	389
2019	309	2	51	2	10	0	374
2020	211	7	49	1	11	2	281
2021	344	5	78	4	8	0	439
	1530	22	318	16	52	3	1941
Total	(78,9)	(1,1)	(16,38)	(0,8)	(2,67)	(0,15)	(100,00)

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS). Elaborado pelos autores (2024).

Foram observados 585 (30,13%) óbitos em sujeitos com nenhuma escolaridade, seguido de 514 (26,48%) entre 4 e 7 anos de escolaridade, 431 (22,20%) entre 1 a 3 anos de escolaridade, 196 (10,09%) com registros ignorados, 171 (8,8%) entre 8 a 11 anos de escolaridade e 44 (2,26%) entre 12 ou mais anos de escolaridade. Quanto ao estado civil, foram observados 753 (38,8%) dos óbitos entre sujeitos viúvos, 691 (35,6%) em indivíduos casados, 338 (17,4%) em indivíduos solteiros, 74 (3,8%) com estado civil ignorado, 68 (3,5%) em indivíduos separados judicialmente e 17 (0,9%) em indivíduos que declararam “outro” como estado civil, demonstrado na tabela 2.

**Tabela 2** - Notificações de óbitos por quedas segundo escolaridade e estado civil. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Escolaridade	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado	Outro	Ignorado	Total
Nenhuma	114	173	267	7	8	16	585 (30,13%)
1 a 3 anos	69	162	158	14	4	24	431 (22,20%)
4 a 7 anos	95	204	190	23	1	1	514 (26,48%)
8 a 11 anos	30	66	55	15	2	3	171 (8,80%)
12 anos e mais	8	20	7	6	0	3	44 (2,26%)
Ignorado	22	66	76	3	2	27	196 (10,09%)
	338	691	753	68	17	74	1.941
Total	(17,4%)	(35,6%)	(38,8%)	(3,5%)	(0,9%)	(3,8%)	(100,00%)

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS). Elaborado pelos autores (2024).

Com relação ao sexo, foram observados 906 (46,67%) dos casos no sexo masculino e 1035 (53,33%) casos no feminino. Quanto à faixa etária foram observados 291 (15%) óbitos em idosos com idade entre 60 e 69 anos, 467 (24,05%) com idade entre 70 e 79 anos e 1.183 (60,95%) em idosos com idade igual ou superior a 80 anos. Quando comparados às raças, observou-se o predomínio em idosos pardos, com 1.350 óbitos (69,55%), seguidos por 528 (27,2%) de brancos, 43 (2,21%) com raça ignorada, 18 (0,92%) em pretos e 2 (0,10%) em idosos autodeclarados amarelos, conforme tabela 3.

**Tabela 3** – Características demográficas de óbitos por quedas segundo sexo, raça e faixa etária. Fortaleza, Ceará, Brasil.

variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	906	46,67
Feminino	1035	53,33
<b>Raça</b>		
Branca	528	27,2
Preta	18	0,92
Amarela	2	0,10
Parda	1.350	69,55
Ignorada	43	2,21
<b>Faixa etária</b>		
60 a 69 anos	291	15
70 a 79 anos	467	24,05
80 anos ou mais	1.183	60,95

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS). Elaborado pelos autores (2024).

## DISCUSSÃO

Apesar de haver um fluxo contínuo de redução das mortalidades por quedas nos últimos anos no Ceará, pode-se observar um aumento exponencial da mortalidade por quedas a partir de 2021. Corroborando com os achados, estudos também relataram tendência no aumento das taxas de internação e mortalidade por quedas acidentais no Brasil<sup>9</sup>.

Nota-se ainda que o ambiente hospitalar foi o local de ocorrência mais frequente dos casos notificados de óbitos por quedas. É importante considerar que os pacientes hospitalizados, geralmente possuem um perfil mais fragilizado, com presença de condições clínicas desfavoráveis, devido às comorbidades, polifarmácia e tempo prolongado de permanência hospitalar, aumentando a sua suscetibilidade às quedas<sup>10</sup>.

Houve a menor incidência de óbitos classificados como “local ignorado” durante o período estudado. Esse achado pode refletir uma significativa melhoria na qualidade da informação ao longo dos anos e pode explicar, em parte, o aumento das taxas nas outras classificações<sup>11</sup>. Quanto à escolaridade, resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, no qual o predomínio de óbitos por quedas foi em idosos com nenhuma escolaridade ou escolaridade

máxima de sete anos<sup>12</sup>. Em outro estudo, o grau de instrução educacional foi classificado como um preditor robusto da limitação da mobilidade, sendo a maior escolaridade um fator de proteção<sup>13</sup>.

A característica demográfica que prevaleceu entre os idosos vítimas de quedas foi o sexo feminino. Assim como outros estudos, a prevalência de óbitos nessa população está associada às diferenças na composição corporal das mulheres quando comparadas aos homens, assim como a maior incidência de osteoporose, devido às alterações hormonais no período do climatério e pós-menopausa, o que interfere no equilíbrio postural, perda do tônus muscular, e conseqüentemente, torna as mulheres mais vulneráveis às quedas<sup>14-15</sup>.

Além disso, houve tendência de aumento dos óbitos por quedas entre os idosos com 80 anos ou mais e da raça parda. Dados diferentes foram identificados nos Estados Unidos, os quais apresentaram tendência de óbitos por quedas em idosos brancos<sup>16</sup>. Tais diferenças nas distribuições de óbitos podem ter resultado, em parte, das diferenças na composição racial de cada país. A maior ocorrência dos óbitos em idosos com a idade avançada pode estar relacionada às alterações fisiológicas resultantes do processo de senescência, caracterizada por comprometimentos que alteram o funcionamento musculoesquelético<sup>7</sup>.

Em relação ao estado civil, os óbitos por quedas ocorreram principalmente entre idosos viúvos, corroborando dados da literatura. O fato de residir sozinho poderá delegar aos idosos atividades que, quando associadas às instabilidades posturais, causam maior exposição a situações de riscos para quedas, o que pode explicar a maior incidência de óbitos em indivíduos viúvos, quando comparados a indivíduos casados<sup>7, 13</sup>.

Os achados apresentados por este trabalho reforçam os desafios do sistema de saúde e indicam a necessidade de elevar os cuidados relacionados à prevenção de riscos para quedas em idosos. Destaca-se ainda que diminuir o crescimento da mortalidade por quedas em idosos encontra-se entre as metas do plano de ações e estratégias para o enfrentamento de doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil<sup>17</sup>.

O estudo apresenta limitações. O Sistema de Informação sobre Mortalidade não abrange a totalidade das notificações de óbitos, não incluindo os dados sobre mortalidade por quedas nos anos de 2022 e 2023. Somam-se a isso, a divulgação apenas da causa básica do óbito, limitando a avaliação de

outras causas e a possibilidade de subnotificação de óbitos. No entanto, as limitações não inviabilizam os dados apresentados e a pesquisa.

## CONCLUSÃO

Em conclusão, observou-se maior incidência de mortalidade por quedas em idosos com 80 anos ou mais, e do sexo feminino no Estado do Ceará, entre os anos de 2017 a 2021. Esse aumento pode refletir as mudanças no perfil sociodemográfico, associado ao envelhecimento populacional. Dessa maneira, são necessárias estratégias para redução dos óbitos por quedas, principalmente entre os idosos com idade mais avançada, como a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que possibilita a identificação do risco de quedas e oferece orientações para o autocuidado.

Além disso, a análise dos óbitos por quedas entre idosos, segundo ano e local de ocorrência, revelou que o principal local de ocorrência do evento foi o hospital, que assim, enfatiza a necessidade de maiores estratégias de prevenção às quedas no ambiente hospitalar. Portanto, uma vez que as quedas possuem caráter evitável, de causalidade complexa, envolvendo fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais, se faz necessário instituir medidas específicas de prevenção direcionadas aos grupos mais vulneráveis, ou seja, com maior risco para quedas.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

**Renato Ribeiro de Oliveira** contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo, a redação e a revisão crítica do manuscrito. **Maria Célia de Freitas** contribuiu com a orientação, delineamento do estudo e revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- Monteiro YCM, Vieira MAS, Vitorino PVO, Queiroz SJ, Policena GM, Souza ACS. Trend of fall-related mortality among the elderly. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20200069. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0069>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Tecnologia da Informação a serviço do SUS. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Brasília: Ministério da Saúde, 1996. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Estatuto da Pessoa Idosa: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2022. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/estatuto-da-pessoa-idosa.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/boletim tematico/sau%20idoso%20outubro%202022-1.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/boletim%20tematico/sau%20idoso%20outubro%202022-1.pdf)
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Quedas em Idosos: Prevenção. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008. <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>
- Freitas EV. Tratado de geriatria e gerontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
- Silva FMA, Safons MP. Mortalidade por quedas em idosos no Distrito Federal: características e tendência temporal no período 1996-2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2022; 31(1). <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100003>.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades e Estados: Ceará. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>
- Stolt LROG, Kolisch DV, Tanaka C, Cardoso MRA, Schmitt ACB. Internação hospitalar, mortalidade e letalidade crescentes por quedas em idosos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2020;54(76). [doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001691](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001691)
- Luzia MF, Prates CG, Bombardelli CF, Adorna JB, Moura GMSS. Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2019;40(esp):e20180307. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180307>.
- Abreu DROM, Novaes ES, Oliveira RR, Mathias TAF, Marcon SS. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. *Ciênc saúde colet.*, 2018; 23(4). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.09962016>
- Gonçalves ICM, Freitas RF, Aquino EC, Carneiro JA, Lessa AC. Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000-2019. *Rev bras epidemiol.*, 2022; 25(24). [doi.org/10.1590/1980-549720220031.2](https://doi.org/10.1590/1980-549720220031.2)
- Nascimento CF, Duarte YAO, Lebrão ML, Chiavegatto Filho ADP. Individual and Neighborhood Factors Associated With Functional Mobility and

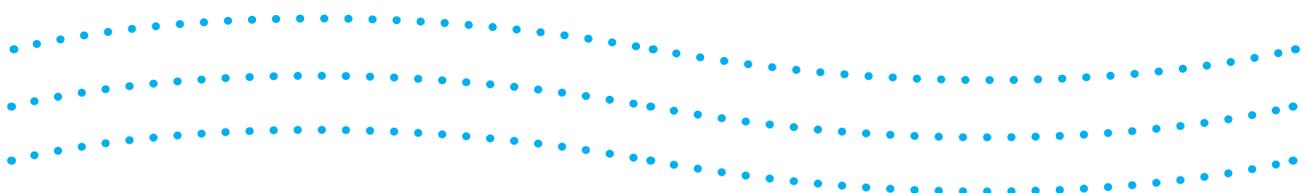
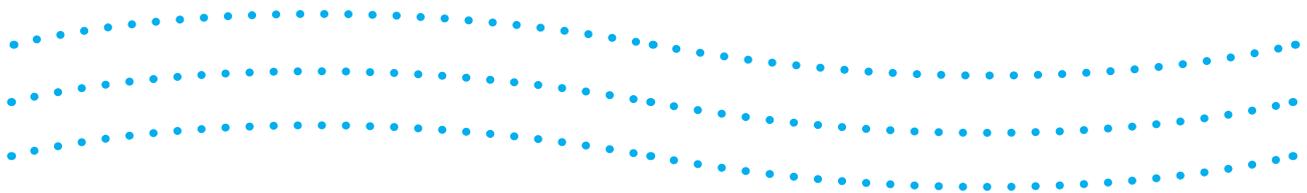
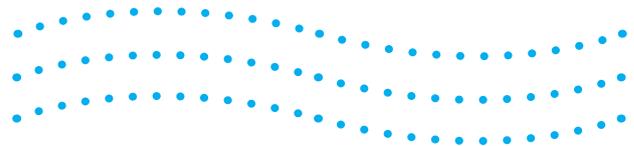
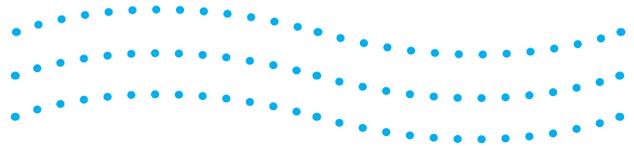
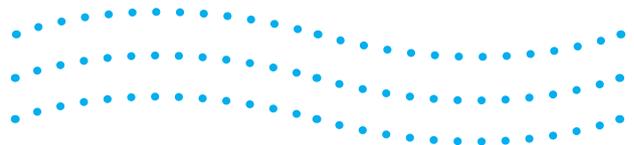
Falls in Elderly Residents of São Paulo, Brazil: A Multilevel Analysis. *J Aging Health.*, 2018;30(1):118-139. [doi:10.1177/0898264316669229](https://doi.org/10.1177/0898264316669229)

14. Santos-Lozada AR. Trends in Deaths From Falls Among Adults Aged 65 Years or Older in the US, 1999-2020. *JAMA*, 2023; 329(18):1605-1607. [doi: 10.1001/jama.2023.3054](https://doi.org/10.1001/jama.2023.3054).

15. Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farias-Antúnez S, Ribeiro CG, Miranda VIA, *et al.* Falls among older adults in the South of Brazil: prevalence and determinants. *Rev Saúde Pública*, 2018; 52(22). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000103>

16. Burns E, Kakara R. Deaths from falls among persons aged >65 years – United States, 2007-2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2018; 67(18): 509-514. <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6718a1>.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não-Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcmt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcmt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view)



# PERFIL DO EGRESSO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DO CEARÁ

PROFILE OF GRADUATES FROM MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY PROGRAMS AT A HOSPITAL IN THE NORTHERN REGION OF CEARÁ

PERFIL DEL EGRESADO DE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIAS MULTIPROFESIONALES DE UM HOSPITAL EN LA REGIÓN NORTE DE CEARÁ

Lucas Teixeira de Sousa Santos <sup>1</sup>

Keila Maria Carvalho Martins <sup>2</sup>

Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque <sup>3</sup>

Tiago Sousa de Melo <sup>4</sup>

## Como Citar:

Santos LTS, Martins KMC, Albuquerque RAS, Melo TSM. Perfil do egresso dos programas de residências multiprofissionais de um hospital da região norte do Ceará. *Sanare* 2025;24(1).

## Descritores:

Residência Multiprofissional; Egressos; Formação em Saúde.

## Descriptors:

Multiprofessional Residency; Graduates; Health Education.

## Descriptores:

Residencia Multiprofesional; Egresados; Formación en Salud.

## Submetido:

16/02/2025

## Aprovado:

29/05/2025

## Autor(a) para Correspondência:

Keila Maria Carvalho Martins  
Rua Antônio Rodrigues Magalhães,  
359 Dom Expedito, Sobral-Ceará,  
CEP: 62050-100  
Email: keilamcm@gmail.com

## RESUMO

O objetivo do estudo é descrever o perfil de egressos dos programas de residências multiprofissionais em urgência e emergência e neonatologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, instituição executora dos Programas de Residências Multiprofissionais em Neonatologia e Urgência e Emergência. Participaram do estudo 53 egressos das residências de neonatologia e urgência e emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/UNINTA. A coleta foi realizada durante os meses de setembro a dezembro de 2022, através de um questionário na plataforma google forms®. Os resultados foram armazenados no Software Microsoft Excel® 2019 e analisados por meio da estatística descritiva. Quanto ao perfil identificado, observou-se predominância do sexo feminino, com composição majoritária por enfermeiros, seguidos por fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos. A maioria dos egressos ingressou na residência entre 21 e 25 anos de idade, sendo solteira, de cor parda e residente na região Nordeste. Provenientes, em sua maioria, de universidades privadas, encontram-se atualmente empregados, com jornada superior a 40 horas semanais. Para grande parte dos participantes, a residência multiprofissional representou o primeiro vínculo de trabalho.

1. Egresso do Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia do Centro Universitário Inta UNINTA/Santa Casa de Misericórdia de Sobral. E-mail: tei.lucasenfer@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7009-2121>

2. Docente do Centro Universitário Inta UNINTA. E-mail: keilamcm@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5954-473X>

3. Docente do Centro Universitário Inta UNINTA. E-mail:rosaliceas@hotmail.com .ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2569-3723>

4. Docente do Centro Universitário Inta UNINTA. E-mail:tiagosousam@gmail.com .ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7772-5283>

**ABSTRACT**

*The objective of this study is to describe the profile of graduates from the multiprofessional residency programs in emergency care and neonatology at the Santa Casa de Misericórdia de Sobral. This is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach. The research was conducted at the Santa Casa de Misericórdia de Sobral, the institution responsible for implementing the Multiprofessional Residency Programs in Neonatology and Emergency Care. The study included 53 graduates from the neonatology and emergency care residency programs at Santa Casa de Misericórdia de Sobral/UNINTA. Data collection took place between September and December 2022, through a questionnaire distributed via the Google Forms® platform. The results were stored using Microsoft Excel® 2019 and analyzed through descriptive statistics. Regarding the identified profile, there was a predominance of females, with a majority of nurses, followed by physiotherapists, nutritionists and pharmacists. Most of the graduates entered the residency between 21 and 25 years of age, were single, of mixed race and lived in the Northeast region. Most of them came from private universities and are currently employed, working more than 40 hours per week. For most of the participants, the multidisciplinary residency represented their first employment relationship.*

**RESUMEN**

*El objetivo del estudio es describir el perfil de egresados de los programas de residencias multiprofesionales en Urgencias y Emergencias y Neonatología de la Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Se trata de una investigación exploratoria y descriptiva, con enfoque cuantitativo. La investigación se realizó en la Santa Casa de Misericórdia de Sobral, institución ejecutora de los Programas de Residencias Multiprofesionales en Neonatología y Urgencias y Emergencias. Participaron en el estudio 53 egresados de las residencias en Neonatología y Urgencias y Emergencias de la Santa Casa de Misericórdia de Sobral/UNINTA. La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de septiembre y diciembre de 2022, mediante un cuestionario en la plataforma Google Forms®. Los resultados fueron almacenados en el software Microsoft Excel® 2019 y analizados mediante estadística descriptiva. En cuanto al perfil identificado, se observó un predominio del sexo femenino, con una mayoría de enfermeras, seguidas de fisioterapeutas, nutricionistas y farmacéuticas. La mayoría de los graduados ingresaron a la residencia entre los 21 y los 25 años, eran solteros, mestizos y residían en la región Nordeste. La mayoría provenía de universidades privadas y actualmente trabaja, con una jornada laboral de más de 40 horas semanales. Para la mayoría de los participantes, la residencia multidisciplinaria representó su primera relación laboral.*

.....

**INTRODUÇÃO**

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) trata-se de uma especialização em nível de pós-graduação, sendo caracterizada pela realização através do trabalho em saúde. De forma recente, a ampliação de políticas de formação demanda atenção particular, valendo-se da importância de capacitar profissionais que estejam em sintonia com a defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Assim, a RMS nasce com intenção de construir uma formação em saúde voltada para a diversidade e complexidade das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) em seu cotidiano<sup>1</sup>.

Do ponto de vista histórico, a primeira residência com caráter multiprofissional teve início em 1976, no Estado do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, no Centro de Saúde Escola Murialdo. A residência denominada Residência Integrada em Saúde Coletiva agregou junto a classe médica profissionais de enfermagem, serviço social e medicina veterinária.

Entretanto, por motivos políticos e econômicos da época, teve seu declínio no final da década de 90, depois da regulamentação nacional da residência médica do Centro de Saúde Murialdo, em 1983. Os motivos que levaram ao fim da residência multiprofissional transitaram entre o tempo de duração e a remuneração, que passou a diferir entre os médicos e os demais profissionais, já que a medicina estava regulamentada e garantia por lei reajuste salarial, enquanto a bolsa das outras classes profissionais era congelada<sup>2</sup>.

Assim, as Residências Multiprofissionais só vieram a ser instituídas no Brasil no ano de 2005, com a promulgação da Lei nº 11.129, que estabelece como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para educação em serviço e destinada a outras categorias da saúde, que não médicas. Sendo um programa de cooperação intersetorial para qualificar jovens profissionais da saúde ao mercado de trabalho dentro do SUS. Além disso, deve ser desenvolvida em caráter de dedicação

exclusiva, com supervisão docente-assistencial, com responsabilidade compartilhada entre os setores da educação e saúde<sup>3</sup>.

Apenas em 2009, a portaria interministerial nº 1.077 instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e sua composição, definindo a residência sob forma de curso de especialização, em ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais, com duração mínima de dois anos, devendo ter seus princípios voltados ao SUS, a partir de necessidades regionais e locais<sup>4</sup>.

Quanto ao desenvolvimento e ampliação das RMS, de acordo com o Relatório de Prestação de Contas Ordinárias Anual do Ministério da Educação, em 2011 as residências no âmbito dos Hospitais Universitários Federais (HUFs) já acumulavam um crescimento de 188%, quando comparadas ao ano anterior. Nesse mesmo ano o número de bolsas crescia para 7.425, em 2010 haviam sido ofertadas 6.038 bolsas. Tal oferta foi possível com o investimento de 235 milhões no pagamento de bolsas, totalizando 23% a mais de benefícios mensais pagos em relação ao ano anterior. Desse quantitativo do ano de 2011, 6.232 bolsas foram oferecidas para residência médica e 1.193 para residências de caráter multiprofissional e na área profissional da saúde<sup>5</sup>.

Estudo que analisou as RMS financiadas pelo Ministério da Saúde, de 2009 a 2015, aponta que nesse período 320 programas foram homologados. Com relação à distribuição geográfica, a região Sudeste segue como a mais contemplada, totalizando 148 programas, equivalente 46,3% do total de homologações. Já a região Nordeste apresentou um número expressivo de programas selecionados, ficando atrás apenas do Sudeste, com 20,6% (66) das aprovações em todo o período. Nos anos de 2010, 2011 e 2013, o Nordeste foi a segunda região com mais programas em funcionamento, sendo superado, em 2014, quando a região Sul ampliou o número de residências aprovadas para 25,5%<sup>6</sup>.

Em consonância com o estudo anterior, outra pesquisa mostra que o maior número de residências ativas se encontra na região Sudeste (34%) e no Nordeste (26%). O estudo foi pesquisado em 2019, a partir de um banco de dados cedido pelo Ministério da Educação (MEC), além de buscas em editais e sites dos programas identificados. Ao total, foram encontrados 416 programas de residência ativos<sup>7</sup>.

Quanto a distribuição de RMS na região Nordeste, estudo mostra que todos os seus Estados aprovaram projetos com bolsas financiadas pelo MS, sendo que,

em 2014, teve uma maior frequência do período, com 24 projetos. Pernambuco aprovou o maior número de programas de 2009 a 2015 com 7,8% (25) de todos os programas ofertados nesta região. Já o Ceará representou 5,6% (18), a Bahia com 4,1% (13). Quanto ao Maranhão e Alagoas, tiveram a menor representatividade com somente 0,3% (1) de aprovações no período. Os outros Estados: Paraíba, Piauí, Sergipe e Rio Grande do Norte, totalizam 0,6% (2) de aprovações cada<sup>6</sup>.

No âmbito do Nordeste, no estado do Ceará, especificamente na cidade de Sobral, a primeira residência que surgiu foi a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, iniciada em 1999, sendo composta exclusivamente por médicos e enfermeiros. Atualmente, as equipes multiprofissionais abrangem as categorias profissionais de enfermagem, serviço social, odontologia, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, educação física, nutrição e farmácia, que atuam no sistema de saúde do município de Sobral<sup>8</sup>. Outro programa de residência multiprofissional presente na cidade de Sobral, é a Residência Multiprofissional em Saúde Mental, criada em 2013, financiada pelo Ministério da Saúde, contando com profissionais de educação física, enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional<sup>9</sup>.

No âmbito hospitalar, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, parceria da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) com o Centro Universitário INTA (UNINTA), na época Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), foi implantado em março de 2015 com a residência multiprofissional em Urgência e Emergência, sendo ampliado em 2016 com a implantação da Residência Multiprofissional em Neonatologia<sup>10</sup>.

A SCMS foi fundada em 1925, sendo um hospital filantrópico de caráter regional com 100% de sua área instalada a serviço do SUS, é referência para toda a zona Norte do Ceará, que conta com uma população de aproximadamente 1.750.000 habitantes, oriundos de 61 municípios. Além disso, possui diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, onde conta-se com equipe multidisciplinar, desenvolvendo atividades em assistência, ensino, pesquisa e extensão<sup>11</sup>. Justifica-se, assim, a importância da implementação de programas de residência multiprofissional dentro do hospital.

Nesse sentido, os programas de residência multiprofissional da SCMS oferecem 18 vagas na área de Urgência e Emergência, distribuídas da

seguinte forma: 08 vagas para Enfermagem; 04 vagas para Fisioterapia; 03 vagas para Nutrição e 03 vagas para Farmácia. E 10 vagas para a Residência Multiprofissional em Neonatologia, assim distribuídas: 04 vagas para Enfermagem; 02 vagas para Fisioterapia; 02 vagas para Nutrição e 02 vagas para Farmácia. O programa é financiado pelo Ministério da Saúde, cumprindo regimento interno da SCMS/UNINTA. Tem duração de 24 meses, com carga horária de cinco mil setecentos e sessenta horas, sendo 80% dessas horas de atividades práticas, e 20% de horas teóricas<sup>10</sup>.

Nessa perspectiva, foi evidenciado que 60% dos programas eram financiados pelo MS, seguido de 33,7% pelo MEC. Destes, 59,4% ofertam 10 ou mais vagas, enquanto a instituição 77,8% provém de serviço público. Em relação aos eixos de concentração, 22,8% pertenciam ao eixo da Saúde da Família/Atenção Básica/Saúde Coletiva, destacando-se ainda a área de urgência e emergência/terapia intensiva em segundo lugar, com 16,1%, e Neonatologia com em quinto lugar, com 8,7%<sup>7</sup>.

O interesse por essa temática se deu pela curiosidade do pesquisador em investigar sobre os egressos, quais os caminhos profissionais seguidos, onde se encontram, o que fazem, também pela lacuna na literatura em traçar o perfil de egressos de RMS. Além disso, com a vivência como enfermeiro residente de um programa multiprofissional, percebeu-se que muitos dos egressos possuem vínculos empregatícios na instituição hospitalar executora do programa. Assim, o objetivo do artigo é descrever o perfil de egressos dos programas de residências multiprofissionais em urgência e emergência e neonatologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/Ceará.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória levanta informação em volta do objeto de estudo, delimitando um campo de pesquisa, assim como identifica as manifestações dentro dele, buscando conhecer a fundo o objeto de estudo a fim de esclarecê-lo. Já a pesquisa descritiva identifica comportamentos, que têm como característica a entrevista como meio de colher informações. Além disso, contribuem para novas visões de uma realidade existente, por buscar de forma criteriosa descrever fenômenos dentro dessa realidade <sup>12,13,14</sup>.

Quanto à abordagem, a pesquisa com caráter quantitativo se define como aquela que coleta e analisa dados sobre variáveis. Assim, se torna capaz de identificar a natureza das realidades de forma profunda, suas relações e estrutura dinâmica. Podendo também determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetificação dos resultados através de uma amostra, inferindo a uma população, assim como explicar coisas que acontecem ou não de forma determinada<sup>15</sup>.

A pesquisa foi realizada na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, instituição executora dos Programas de Residências Multiprofissionais em Neonatologia e Urgência e Emergência.

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) foi idealizado pelo primeiro bispo da diocese de Sobral, Dom José Tupinambá da Frota. Foi inaugurado em 24 de maio de 1925, tendo 96 anos de existência. Hoje é referência para toda a zona noroeste do estado do Ceará, atendendo aproximadamente 1,9 milhões de pessoas, oriundas de 56 municípios. Além disso, desde 2007 tornou-se também um hospital de ensino, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, passando a contar com o Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE), contribuindo decisivamente para a formação de mais de 10 profissões da saúde e oferecendo Programas de Residência Médica e Programas de Residência Multiprofissional, em parceria com instituições de ensino superior e com a Escola de Saúde Pública do Ceará<sup>11</sup>.

O Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência surgiu em 2015, tendo sua primeira turma formada em 2017; já o Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia, em 2016, tendo sua primeira turma formada em 2018.

Nesse sentido, o Programa de Urgência e Emergência contou com seis turmas formadas, ofertando 18 vagas por turma, tendo aproximadamente 108 profissionais já especialistas. Acerca do programa de neonatologia, com cinco turmas formadas, oferecendo 10 vagas por turma, conta com aproximadamente 50 profissionais formados.

Diante disso, os participantes do estudo foram 53 egressos das Residências de Neonatologia e Urgência e Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/UNINTA. Portanto, a pesquisa teve como amostra aproximadamente 158 participantes. Desses 158, 11 tiveram suas matrículas trancadas ou desistiram do programa, restando 147. Desses 147, apenas 53 responderam ao estudo.

Com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, foi solicitado inicialmente à Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) os dados dos egressos, necessários para a progressão da pesquisa, sendo solicitado ao DEPE uma relação com nome, e-mails e telefones de todos os residentes envolvendo egressos e desistentes/trancamentos do período de 2015 a 2022, e de modo a serem respeitadas as orientações sobre pesquisa em ambiente virtual da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS<sup>16</sup>.

A coleta ocorreu durante os meses de outubro a dezembro de 2022 por meio de etapas. Inicialmente foi enviado um e-mail a todos com um convite, explicando os objetivos da pesquisa e um *link* de acesso ao formulário e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao questionário, sendo estabelecido um prazo de até 10 dias para responder.

O referido formulário foi adaptado de dois estudos<sup>17,18</sup> e criado através da plataforma *Google Forms*<sup>®</sup>, sendo composto por perguntas estruturadas e abertas com respostas curtas sobre as características sociodemográficas e acadêmicas, trajetória profissional, trajetória na residência, outras especializações e a satisfação com a profissão.

Dando prosseguimento, encerrado os dez dias para devolução das respostas, foi realizado um novo contato com os egressos por meios telefônicos e/ou por redes sociais (de forma reservada), sendo explicado novamente sobre a importância da pesquisa. Assim, estabelecido um novo prazo de 20 dias para preenchimento do questionário e envio das respostas. Passado as tentativas, os participantes que não responderam foram informados novamente sobre a pesquisa e estabelecido mais 10 dias para preenchimento. Após isso, foram excluídos da pesquisa aqueles que não responderam no período estabelecido.

Os dados foram armazenados em planilhas do *Software Microsoft Excel*<sup>®</sup> 2019 e, em seguida, convertidos em tabelas e gráficos, e analisados por meio da estatística descritiva.

Foram respeitados os quatro princípios da bioética conforme a Resolução Nº 466/2012<sup>19</sup>, que possui entre outros princípios éticos a beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. No estudo proposto, a autonomia do sujeito ocorreu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual os sujeitos foram informados acerca da temática a ser pesquisada, dos objetivos da pesquisa, princípios éticos e estratégias para coleta das informações, possuindo

o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com número 5.603.280.

Os riscos da pesquisa aos participantes foram mínimos, já que não houve um contato direto, e as perguntas foram feitas de forma virtual, respondidas de forma privada. Foi garantido o anonimato dos participantes.

## RESULTADOS

Os participantes do estudo foram 53 egressos da residência multiprofissional em neonatologia e urgência e emergência. Assim, o perfil dos egressos foi caracterizado pelo gênero, idade, estado civil e raça/cor, cidade onde nasceu, cidade onde mora atualmente, ano de conclusão da graduação, ano de ingresso da residência, ano conclusão na residência, faixa etária de quando ingressou na residência, como apresentado na tabela 1:

**Tabela 1** – Caracterização dos participantes

Variáveis	Total	%
<b>Total de participantes</b>	53	100%
<b>Sexo</b>		
Masculino	10	19%
Feminino	43	81%
<b>Idade atual</b>		
24-29	30	56%
30-35	20	38%
36-39	3	6%
<b>Faixa etária quando ingressou</b>		
De 21 a 25	34	64%
De 26 a 30	14	26%
Acima de 31	5	10%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro (a)	36	68%
Casado (a)	10	19%
União Estável	5	9%
Divorciado (a)	2	4%
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	22	41%
Preto	2	4%
Pardo	29	55%
<b>Estado de Nascimento</b>		
CE	46	86%
PI	4	7%
SP	2	4%
AP	1	2%

<b>Estado onde mora atualmente</b>		
CE	52	98%
PI	1	2%
<b>Ano de conclusão da graduação</b>		
2013	2	3%
2014	5	9%
2015	5	9%
2016	5	9%
2017	16	33%
2018	13	24%
2019	6	11%
2020	1	2%
<b>Ano de ingresso na residência</b>		
2016	6	11%
2017	8	15%
2018	16	30%
2019	11	21%
2020	12	23%
<b>Ano de conclusão da residência</b>		
2018	6	11%
2019	8	15%
2020	16	30%
2021	11	21%
2022	12	23%
<b>Programa cursado</b>		
Urgência e Emergência	26	49%
Neonatologia	27	51%

Fonte: Própria

A maior parte dos egressos que responderam à pesquisa é do sexo feminino, contabilizando mais da metade da amostra, 81% (43). Quanto à idade, atualmente, 56% (30) têm entre 24 e 29 anos, seguido de 38% (20) com idade entre 30 e 35 anos e apenas 6% (3) de 36 a 39 anos. Quando questionados sobre a faixa etária de quando ingressaram na residência, foram obtidos os seguintes dados: 64% (34) ingressou quando tinham entre 21 e 25 anos, 26% (14) ingressou entre 26 e 30 anos e apenas 10 (5) ingressou acima de 31 anos.

Para o estado civil, 68% (36) se diz solteiro, seguido de 19% (10) casados, 9% (5) em união estável e apenas 4% (2) divorciados. Em relação ao estado de nascimento, 86% (46) se diz nascido no Ceará, havendo também pessoas nascidas no Piauí, São Paulo e Amapá. Quanto ao estado de moradia atual, 98% (52) moram no Ceará e apenas 2% (1) no Piauí.

Para o ano de conclusão da graduação, 33% (16) concluiu em 2017, seguidos de 24% (13) em 2018,

11% (9) em 2019, 9% (5) para os anos de 2014, 2015 e 2016, 3% (2) em 2013 e apenas 2% (1) em 2020. Relacionado ao ano de ingresso na residência, 30% (16) ingressou em 2016, seguidos de 23% (12) em 2020, 21% (11) em 2019, 15% (8) em 2017 e 11% (6) em 2016. Para o ano de conclusão da residência, 30% (16) finalizou em 2020, seguidos de 23% (12) em 2022, 21% (11) em 2021, 15% (8) em 2019 e 11% (6) em 2018. Nesse sentido, podemos constatar que todos os egressos terminaram a residência no tempo previsto, dentro de dois anos.

Quanto ao programa cursado, 51% (27) se especializou em Neonatologia e 49 (26) em urgência e emergência.

Na Tabela 2, são mostradas variáveis relacionadas a graduação dos participantes, como categoria profissional, tipo de formação e instituição.

Tabela 2 – Graduação

Variáveis	Total	%
<b>Total de participantes</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>
<b>Categoria Profissional</b>		
Enfermeiro	26	49%
Fisioterapeuta	13	25%
Farmacêutico	6	11%
Nutricionista	8	15%
<b>Formação</b>		
Pública	23	43%
Privado	30	57%
<b>Instituição</b>		
UNINTA	29	55%
CEST	1	2%
UVA	17	32%
UECE	1	2%
UFC	1	2%
UFPI	4	7%

Fonte: Própria

Para a categoria profissional mais presente no estudo temos a Enfermagem com 49% (26), adiante, o Fisioterapeuta 25% (13), 15(8) o nutricionista e 11% (6) o farmacêutico.

Quanto a universidade em que concluíram a graduação, 57% (30) vieram da rede privada e 43% (23) da rede pública. Nesse sentido, quanto a instituição particular, 55% (29) se graduou na UNINTA, instituição ligada aos programas de residência do estudo, 2% (1) na CEST – Faculdade Santa Terezinha, no Maranhão. Para as públicas, a Universidade Estadual Vale do Acaraú se encontra com 32% (17), a Universidade Federal do Piauí com

7% (4), seguidos da Universidade Federal do Ceará e Universidade Estadual do Ceará com 2% (1) ambas.

Quanto a trajetória profissional, a tabela 3 apresenta as condições situação de emprego:

**Tabela 3 – Situação empregatícia**

Variáveis	Total	%
<b>Total de participantes</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>
<b>Atualmente</b>		
Empregado	48	91%
Desempregado	5	9%
<b>Se empregado, está atuando:</b>		
Na área que se especializou	26	54%
Em outra área não relacionada a especialização, mas relacionada a formação acadêmica	17	36%
Em outra área não relacionada a formação acadêmica	1	2%
Cursando outra residência	4	8%

**Fonte:** Própria

Em relação às condições de trabalho atualmente, 91% (48) se encontram empregados, apenas 9% (5) estão desempregados. Desses 91%, 54 (26) está trabalhando na área em que se especializou, 36% (17) está trabalhando em outra área relacionada a formação acadêmica, mas não ligada a especialização, 8% (4) se encontra realizando outra residência multiprofissional e 2% (1) trabalha em outra área não relacionada a formação acadêmica.

Para a trajetória profissional, foram obtidos os seguintes dados mostrados na tabela 4.

**Tabela 4– Trajetória Profissional**

Variáveis	Total	%
<b>Total de participantes</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>
<b>O primeiro vínculo empregatício foi em algum hospital que passou durante a residência</b>		
Sim	29	55%
Não	23	43%
Nunca trabalhou	1	2%
<b>Há quanto tempo está trabalhando na área da saúde</b>		
Menos de um ano	8	16%
De um a dois anos	9	17%
Mais de dois anos	35	67%

<b>Trabalhou na área de formação antes de entrar na residência</b>		
Sim	20	38%
Não	33	62%
<b>Tempo que ingressou no mercado de trabalho após o termino da residência</b>		
Em até 6 meses	43	81%
De 6 meses a 1 ano	7	13%
Entre 1 ano e 2 anos	0	0%
Mais de 2 anos	2	4%
Não trabalha	1	2%
<b>Carga horária de trabalho/semana</b>		
Mais de 40 horas	22	46%
40 horas	9	19%
36 horas	12	25%
30 horas	4	8%
15 horas	1	2%
<b>Renda mensal</b>		
De 2.000 a 3.000	10	21%
De 3.000 a 4.000	26	54%
Mais de 5.000	12	25%

**Fonte:** Própria

Para o primeiro vínculo empregatício, 55% (29) afirmaram que tiveram seu primeiro emprego em um dos hospitais que passaram durante a residência, outros 43% (23) disseram que seu primeiro emprego não foi em hospital que passou durante o processo formativo, e 2% (1) ainda não conseguiu emprego, devendo ser levado em consideração que esse egresso concluiu a residência no ano de 2022.

Quanto as instituições e estabelecimentos em que exercem vínculos empregatícios, temos o seguinte detalhamento: 10 (22%) dos egressos afirmaram trabalhar na Santa Casa de Misericórdia de Sobral e no Hospital Regional Norte, para ambas instituições, 4 (9%) estão inseridos em outra residência multiprofissional, 3 (7%) têm vínculo com o Hospital do coração, 3 (7%) no UNINTA e outros 3 (7%) trabalham no SAMU, 2 (4%) trabalham no Hospital Dr. Estevam e 2 (4%) no Hospital de São Benedito. Para as próximas foi obtido apenas 1 (2%) vínculo para cada: SPDM/Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, Hospital São Camilo, Hospital São Lucas, Hospital de Ibiapina, Hospital Estadual Leonardo Da Vinci, Secretária de Saúde, APAE, Farmácia Comercial, Escola.

Mais da metade dos egressos, 62% (33), afirma que não teve vínculo empregatício antes da residência. Após o término da residência, 81% (43) conseguiriam

emprego em até seis meses, 13% (7) de seis meses a um ano, 4% (2) mais de dois anos.

Quanto a carga horária de trabalho semanal, 46% (22) afirma trabalhar mais de 40 horas, 25% (12) diz trabalhar 30 horas, 19% (9) 36 horas e 2% (1) diz trabalhar apenas 15 horas. Já na renda salarial mensal, 54% (26) dos egressos ganham entre 3 a 4 mil reais, 25% (12) ganham mais de 5 mil e 21% (10) ganham entre 2 e 3 mil reais.

Outro ponto investigado foi com quanto tempo ingressaram na residência após formados, como demonstrado na tabela 5.

**Tabela 5 – Trajetória Residência**

Total	Total	%
<b>Total de participantes</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>
<b>Ingressou com quanto tempo de formado</b>		
Logo após a formatura	28	53%
A partir de 5 meses	8	15%
A partir de 1 ano	8	15%
2 anos	7	13%
4 anos	1	2%
6 anos	1	2%
<b>Como avalia o programa que esteve vinculado</b>		
Ótimo	9	17%
Bom	27	51%
Regular	16	30%
Ruim	1	2%
<b>Qual grau de satisfação você atribuiu a sua residência?</b>		
Muito satisfeito	10	19%
Satisfeito	37	70%
Pouco satisfeito	6	11%
Insatisfeito	0	0%

**Fonte:** Própria

Dessa forma, 53% (28) afirmaram que logo após a formatura, 15% (8) disseram que a partir de cinco meses e 15% (8) partir de um ano, 13% (7) após dois anos, e 2% (1), respectivamente, em quatro e seis anos de formados. Quanto a avaliação do programa em que estiveram vinculados, 51% (27) avaliou como bom, 30% (16) como regular, 17% (9) como ótimo e 2% (1) como ruim. Como grau de satisfação atribuído para a residência, 70% (37) se disse satisfeito, 19% (10) muito satisfeito e 11% (6) pouco satisfeito.

E para outras especializações profissionais, 87% (46) dizem ter outras especializações, desses 46, 87% (40) dizem ter concluído a especialização e outros 13% (6) dizem que está em andamento.

Para o tipo de especialização, 87% (40) dizem ter especialização *latu sensu*, e 13% *stricto sensu* do tipo mestrado.

## DISCUSSÃO

Quando investigado sobre o perfil dos egressos, há pesquisas que corroboram com os resultados já apresentados. Em estudo realizado do perfil de egressos de residência multiprofissional do Rio Grande do Sul, há presença do público feminino em maior porcentagem, com 79,2%<sup>20</sup>. Outro apresenta também majoritariamente egressos do sexo feminino, representando uma totalidade de 87,5%<sup>21</sup>.

Tal fato pode ser explicado pela representatividade que a mulher exerce na força de trabalho da saúde, totalizando 65% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no setor público e privado. Segundo dados baseados no Censo do IBGE, em algumas carreiras, como Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social, elas alcançam quase a totalidade, ultrapassando 90% de participação. Em outras, como Enfermagem e Psicologia, estão com percentuais acima de 80%<sup>22</sup>.

Em relação a idade dos egressos, pesquisa sobre o perfil de egressos de residência multiprofissional mostra que idade atual dos profissionais ao responderem a pesquisa tinha uma média mínima de 26 e máxima de 43 anos, e ao ingressarem, tinham uma idade mínima de 21 anos de idade e a média de 25 anos<sup>17</sup>. Já outro, mostra que ao ingressarem na residência, 60 pessoas estavam no intervalo de maior prevalência (83,3%), dos 20 a 28 anos, sendo que somente 12 egressos (16,7%) ingressaram na residência com idade acima dos 29 anos<sup>20</sup>. Em outra pesquisa com egressos, observou-se que 76,3% dos participantes ingressaram com idade entre 20 e 30 anos; 21% dos egressos com 31 anos ou mais<sup>23</sup>. Assim, percebe-se semelhança com os resultados apresentados.

Para questões trabalhistas, segundo o IBGE, o mercado de trabalho brasileiro é resultado de um processo histórico, marcado por diversas vulnerabilidades, entre ocupações e atividades, principalmente relacionadas a cor. Diversos grupos têm inserção mais precárias que outros, como mostrado estatisticamente, a população parda e negra tem ocupações inferiores a população branca no mercado de trabalho e ensino superior<sup>24</sup>. Nesse sentido, há uma disparidade entre os dados apresentados pelo IBGE e a pesquisa realizada, sendo

que a população parda e negra, somadas, representa 59% (32) da amostra.

Quanto ao local de nascimento e o atual Estado de moradia, percebe-se nascidos de outras regiões do país, mas que atualmente se concentram no Nordeste. Pesquisa realizada com egressos de uma residência multiprofissional em saúde da família da cidade de Sobral, que analisou a atuação profissional, inferiu que a residência influencia significativamente no sistema de saúde local, e mesmo tendo egressos atuando em dez estados diferente, há maior destaque para permanência de egressos dentro da região nordeste, mostrando que os profissionais formados pelo programa permanecem atuando em seu *locus* original de trabalho<sup>25</sup>.

Em suma, as categorias profissionais inseridas no processo dos programas de residência multiprofissional em saúde ganham evidência, onde grande parte das profissões se apresentam com porcentagens significativas dentro dos programas existentes. Destacando-se a profissão da enfermagem, presente em 93,8% dos programas em pesquisa realizada<sup>7</sup>.

Quanto as instituições de formação, ressalta-se que o ensino privado no Brasil tem mais de um século, tendo adesão e crescendo ao longo dos anos, de 2000 para 2008 foi de 1.807.219 para 3.308.091 matrículas. Além disso, no ano de 2008 tinha maior número de estabelecimentos que o ensino público, 236 contra 2.016. Hoje, o ensino privado responde por 75% das matrículas no nível de ensino superior<sup>26</sup>. Assim, se pode explicar a presença de maior parte de egressos formados na rede privada.

Corroborando com os resultados encontrados, estudo que investigou a inserção profissional de egressos dentro do território nacional obteve a declaração de que 80,2% estavam inseridos em atividades profissionais, com vínculo ao SUS ou não. E comparando a inserção profissional entre as regiões brasileiras, constata-se que há maior frequência de inserção nas regiões Sudeste e Nordeste<sup>27</sup>. Assim, alguns dos profissionais seguem trabalhando no campo em que se especializaram na residência, outros não. E que apesar da residência visar à formação de especialistas, os egressos não atuam somente no nível de especialização, também se inserem nos outros níveis de atenção e nos outros setores do SUS. Isso reflete as trajetórias diversas e dos profissionais que vivenciaram a residência<sup>24</sup>.

Nesse sentido, egressos apontam importante relevância da residência para a inserção no mercado

de trabalho<sup>17</sup>. Além de ser uma oportunidade significativa para aprendizado e contato com outras áreas da saúde, estimulando anseios, expectativas e reflexões sobre a prática de trabalho, a residência em saúde apresenta impacto relevante para a inserção de profissionais no mercado de trabalho<sup>21</sup>.

Nessa perspectiva, em pesquisa referente na literatura sobre a inserção prévia em vagas de trabalho na saúde, em sua área de graduação, antes de ingressar no programa de residência do qual é egresso(a), 61,1% responderam que não haviam trabalhado anteriormente<sup>20</sup>. Isso vai de encontro com o que é preconizado pela Lei n. 11.129 de 2005, que diz que a residência tem objetivo de favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS. Sendo assim, como é evidenciado, grande parte dos egressos teve seu primeiro contato com o mercado de trabalho através da inserção na residência. Em contrapartida, pesquisa realizada com egressos de RMP em Fortaleza, aponta que apenas 26% dos participantes nunca haviam trabalhado, fazendo parte desse grupo os recém-formados que, logo após o término de sua graduação, entraram para a residência<sup>23</sup>.

Quanto ao término da residência e inserção de trabalho, observou-se em estudo que 96,2% dos egressos se encontram ativos em situação de emprego, apenas 3,8% está desempregado. E destes 96,2%, 88,5% está ativo na área de formação e apenas 7,7% está ativo em outra área<sup>23</sup>. E que destes, 84,6% dos egressos se inseriram no primeiro emprego em até seis meses e outros 15% em até um ano, não excedendo esse período. Já em outra pesquisa, 62,9% iniciaram um trabalho em até 6 meses, 12,9% de sete meses a 1 ano e 24,1% com mais de um ano após o término<sup>28</sup>.

Quanto a carga horária de trabalho semanal, em uma amostra de egressos, 59,18% afirmam trabalho com regime de 40 horas semanais, 8,16% de 36h, 24,49% de 30h, 2,04% de 24h; 6,12% de 20h; e 1 2,04% de 8h e 2,04% de 15h<sup>20</sup>. Nesse sentido, é importante frisar sobre as condições laborais dos trabalhadores da saúde, que muitas vezes colaboram para pressão psicológica, e sintomas psicossomáticos, dentre elas são apontadas a sobrecarga de trabalho, elevada carga horária, política frágil de cargos e salários, inexistência de piso salarial, entre outras. Com base nesse cenário, novas afecções se tornam mais frequentes nos trabalhos de saúde, como depressão, ansiedade, suicídio, síndrome de burnout,

uso problemático de álcool e outras drogas, estresse, fadiga e esgotamento profissional. Todas essas situações demonstram o processo de sofrimento e adoecimento mental entre profissionais de saúde, sobretudo na equipe de enfermagem<sup>28</sup>.

Com relação ao tempo de inserção na residência após a conclusão da graduação, 50% dos egressos envolvidos em uma pesquisa, afirmaram ter ingressado na residência como recém-formados, com um ou dois anos de formatura. Esse dado sugere que a procura pela residência ocorreu, em grande parte, por profissionais que buscavam dar continuidade ao processo formativo, adquirindo competências e conhecimentos que, muitas vezes, não foram plenamente abordados na graduação. Para muitos, a residência é percebida como a primeira experiência profissional.

Durante o processo de estudo, os objetivos foram alcançados. O perfil do egresso das residências multiprofissionais de neonatologia e urgência e emergência, parceria da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e UNINTA, tem representação majoritária do sexo feminino, atualmente com faixa etária entre 24 a 29 anos, ao ingressarem na residência a faixa etária prioritária foi dos 21 aos 25 anos. Quanto ao estado civil, a maioria da amostra está solteira, de cor parda e reside no Nordeste. São compostos em sua maioria, em ordem decrescente por enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos. Parcela superior da amostra veio de universidade privada, em sua maioria do UNINTA.

Quanto a situação profissional, a amostra está prioritariamente empregada e empregada na área que se especializou, em sua maioria trabalham mais de 40 horas semanais. Também tiveram como primeiro vínculo de trabalho a residência multiprofissional, não tendo trabalhando antes de adentrar o programa, e que passaram no processo seletivo pouco tempo depois de terminarem a graduação. Atualmente estão a mais de dois anos trabalhando na área da saúde. Maioria aponta que conseguiram emprego em até seis meses após o término do processo.

Em relação a continuidade dos processos formativos, a maioria afirma ter outras especializações, que grande parte dos egressos afirmam já estar concluídas. Dentre essas especializações temos prevalência de *latu senso* e algumas *stricto senso* – mestrado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo constatou que, na percepção dos egressos, a prática proporcionada pelo programa teve impacto significativo no direcionamento profissional após a residência, contribuindo para a formação de trabalhadores mais seguros em sua atuação prática envolvendo a realização de procedimentos, liderança de equipes, relações interprofissionais e resolução de problemas.

Além disso, os relatos dos participantes demonstram compreensão sobre a importância do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, em consonância com os princípios estabelecidos na legislação que instituiu as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS).

Entre as limitações do estudo, destaca-se a baixa adesão dos egressos à pesquisa, o que restringe a generalização dos resultados. Recomenda-se que futuras investigações aprofundem a análise sobre esse público, com o objetivo de subsidiar melhorias e reformulações nos programas, bem como avaliar os impactos da RMS na trajetória profissional de seus participantes. Também se identificou escassez de estudos na literatura que abordem diretamente essa temática, o que reforça a necessidade de novas produções científicas na área.

## REFERÊNCIAS

1. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katál*. 2018;21(1):200-209.
2. Uebel AC, Rocha CM, Mello VRC. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). *Boletim de Saúde*. 2003;17(1):117-23.
3. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional de Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2005 Jul 1.
4. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12/11/2009. Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. 2009.
5. Brasil. Prestação de Contas Ordinárias Anual. Relatório de Gestão do Exercício de 2011. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior de

Brasília, 2012.

6. Sarmiento LF, França T, Medeiro KR et al. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde Debate*. 2017; 41(113):415-23.

7. Silva MB, Souza EMS, Coelho PBP et al. Caracterização das residências multiprofissionais em saúde do Brasil. *R Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(2):1-10.

8. Escola de Saúde Visconde de Sabóia. Residência Multiprofissional em Saúde da Família [Internet]. Sobral:blogdaescolasaudesobra; 2024[Citado 2024 Nov 5]. Disponível em: <https://blogdaescolasaudesobral.blogspot.com/p/o-programa-de-residencia.html>

9. Escola de Saúde Visconde de Sabóia. Residência Multiprofissional em Saúde Mental [Internet]. Sobral:blogdaescolasaudesobra; 2024[Citado 2024 Nov 5]. Disponível em: <https://blogdaescolasaudesobral.blogspot.com/p/residencia-multiprofissional-em-saude.html>

10. Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Programa de Residência Multiprofissional [ Internet]. Sobral:stacasa; 2024[Citado 2024 Nov 5]. Disponível em: <https://www.stacasa.com.br/programa-de-residencia-multiprofissional/>

11. Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Histórico [ Internet]. Sobral:stacasa; 2024[Citado 2024 Nov 5]. Disponível em: <https://www.stacasa.com.br/historico/>

12. Augusto CA, Souza JP, Dellagnol EHL et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Rev Econ Sociol Rural*.2013;51(4):745-64.

13. Munaretto LF, Corrêa HL, Cunha JAC. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. *Rev Adm UFSM*. 2013; 6(1):9-24.

14. Severino AJ. Metodologia do Trabalho Científico. 24. ed. São Paulo: Editora Cortez. 2017. 304p.

15. Fernández SP, Díaz Sp. Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*. 2002; 9:76-68.

16. Ministério da Saúde. Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ministério da Saúde. 2021 Mar 3.

17. Lima MGS, Mourão AM, Couto EAB, Vicente LCC. Perfil e trajetória profissional dos fonoaudiólogos

egressos de um programa de residência multiprofissional. *Audiol Commun Res*. 2021; 26:1-9.

18. Oliveira JB et al. Influência da residência multiprofissional na vida profissional de egressos. *Revista Inova Saúde*. 2017;6(1):112-39.

19. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466. 2012 Dez 12.

20. Pasini V, Pretto A, Sarria A, Cardoso M. Perfil de Egressos de Residências Multiprofissionais em Saúde no Rio Grande do Sul. *Rev Polis e Psique*. 2020.10(3):205-225.

21. Carvalho DJMD, Silva RMO, Fernandes JD, Cordeiro ALA, Santos OMBD, Silva LSD, Silva EAL. Egressos de residência em enfermagem e o mercado de trabalho. *Rev enferm UFPE on line*.2019; 13:1-8

22. Conasems. Protagonismo feminino na saúde: mulheres são maioria nos serviços e na gestão do SUS [Internet]. São Paulo: Cosemssp; 2024 [Citado 2024 Nov 5]. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>

23. Brasil CC; Oliveira PRS, Vasconcelos APSM. Perfil e trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. *Sanare*. 2017; 16(1):60-66.

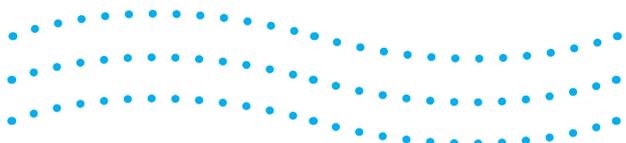
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018.

25. Dias MS, Silva CP, Freitas CASL, Moreira ACA. Perfil de atuação profissional dos egressos da residência multiprofissional em saúde da família (RMSF) de Sobral-ce. *Sanare*. 2008; 7(2):38-46

26. Sampaio H. O setor privado de ensino superior no Brasil: continuidades e transformações. *Ensino Superior Unicamp*.2011;3:28-43.

27. Flor TBM, Miranda NM, Marinho CSR, Pinheiro JMF, Souza PHS, Noro LRA. Inserção de egressos de Programas de Residência Multiprofissional no SUS. *Rev Saúde Pública*. 202;55(88):1-11.

28. Esperidião E, Saidel MGB, Rodrigues J. A saúde mental: foco nos profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm*.2020; 73(1):1-2.



# A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL NA CONSTRUÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE DO CUIDADO

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN MENTAL HEALTH FOR THE DEVELOPMENT OF INTERDISCIPLINARY CARE

LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD MENTAL EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA INTERDISCIPLINARIEDAD DEL CUIDADO

Danyela dos Santos Lima <sup>1</sup>

Lorena Saraiva Viana <sup>2</sup>

Francisco Natanael Lopes Ribeiro <sup>3</sup>

José Wellington Moraes Damasceno <sup>4</sup>

Camilla Araújo Lopes Vieira <sup>5</sup>

## Como Citar:

Lima DS, Viana LS, Ribeiro FNL, Damasceno JWM, Vieira, CAL. A residência multiprofissional em saúde mental na construção da interdisciplinaridade do cuidado. *Sanare* 2025;24(1).

## Descritores:

Práticas interdisciplinares; Educação interprofissional; Saúde mental; Internato e residência.

## Descriptors:

Interdisciplinary Practices; Interprofessional Education; Mental Health; Internship Residency.

## Descriptores:

Prácticas interdisciplinares; Educación interprofesional; Salud mental; Internado y residencia.

## Submetido:

12/08/2024

## Aprovado:

28/05/2025

## Autor(a) para Correspondência:

Danyela dos Santos Lima  
Av. John Sanford, 1320 - Junco,  
Sobral - CE, 62030-000  
E-mail: danyelaenf@gmail.

## RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, que objetiva refletir sobre as vivências do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, no município de Sobral, Ceará, na formação interdisciplinar em saúde. Nessa perspectiva, buscou-se realizar uma breve apresentação do programa e das estratégias metodológicas de ensino-aprendizagem utilizadas na construção da prática interdisciplinar e se discutiu sobre a importância desse tipo de formação na busca pela superação da fragmentação da atenção e alcance de um cuidado mais integral. Ressalta-se que a interdisciplinaridade na formação profissional é essencial para minimizar as lacunas no conhecimento, diante da complexidade da saúde mental, como também para o enfrentamento dos desafios impostos ao processo de construção e na consolidação do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica no país. Por fim, destaca-se a imprescindibilidade de propostas que garantam que egressos de Residências Multiprofissionais sejam absorvidos pelo sistema de saúde e repliquem esses saberes.

1. Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Mestra em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA). E-mail: danyelaenf@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4677-5656>

2. Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutoranda em Saúde da Família pela RENASF/UVA. E-mail: lorennasaraiva0@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1496-5164>

3. Assistente Social pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (UNINTA). Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (ESP-VS). E-mail: fnlribeiro@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2698-0732>

4. Profissional de Educação Física. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (ESP-VS). E-mail: wellingtondam@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7255-7936>

5. Psicóloga pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pós-doutora em Clínica Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: camillapsicol@ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1706-3772>

**ABSTRACT**

*This is an experience report qualitative study, which aims to reflect on the experiences of the Multiprofessional Residency Program in Mental Health at the Visconde de Saboia School of Public Health, located in the municipality of Sobral, Ceará, in fostering interdisciplinary health education. Under this perspective, the study aimed to present a brief overview of the program and the teaching-learning methodologies used to build interdisciplinary practice. It also discussed the importance of this type of training in overcoming the fragmentation of care and achieve more comprehensive and integrated health services. Interdisciplinarity in professional training is essential for bridging knowledge gaps in the face of the complexity of mental health, as well as for addressing the challenges involved in building and consolidating the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) and the country's Psychiatric Reform. Finally, the study highlights the critical need for proposals that ensure graduates of Multiprofessional Residency Programs are integrated into the healthcare system and continue to disseminate this knowledge.*

**RESUMEN**

*Este estudio adopta un enfoque cualitativo, de tipo relato de experiencia, cuyo objetivo es reflexionar sobre las vivencias del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Mental de la Escuela de Salud Pública Visconde de Saboia, en el municipio de Sobral, Ceará, en el contexto de la formación interdisciplinaria en salud. Desde esta perspectiva, se buscó realizar una breve descripción del programa y de las estrategias metodológicas de enseñanza-aprendizaje utilizadas en la construcción de la práctica interdisciplinaria, y se discutió la importancia de este tipo de formación en la superación de la fragmentación de la atención y en el logro de un cuidado más integral. Se resalta que la interdisciplinaria en la formación profesional es esencial para minimizar las lagunas de conocimiento ante la complejidad de la salud mental, así como para enfrentar los desafíos impuestos al proceso de construcción y consolidación del Sistema Único de Salud y de la Reforma Psiquiátrica en el país. Finalmente, se destaca la imprescindibilidad de propuestas que garanticen que los egresados de las Residencias Multiprofesionales sean incorporados al sistema de salud y repliquen dichos saberes.*

**INTRODUÇÃO**

As Residências Multiprofissionais em Saúde são classificadas como cursos de pós-graduação *lato sensu* que objetivam a formação qualificada de profissionais para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), através de práticas supervisionadas nos serviços. É uma modalidade de ensino que busca a legitimação do conhecimento produzido por diferentes atores nos territórios de práticas, valorizando através da interface ensino-serviço a coprodução de sujeitos e coletivos<sup>1</sup>.

Esse tipo de modalidade de ensino foi instituído em 30 de junho de 2005 através da Lei n.º 11.129, que criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento são compartilhados entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS)<sup>2</sup>. Tais programas abrangem categorias como: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, conforme Resolução CNS n.º 287/1998<sup>3</sup>.

Entretanto, apesar da institucionalização ocorrer

a partir de 2005, a existência de programas de residência remonta à década de 1970, em específico, o ano de 1976, que é marcado pela criação da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e a criação do primeiro Programa de Residência Multiprofissional do Brasil<sup>4</sup>.

A modalidade de residência em saúde visa essa formação multiprofissional e interdisciplinar, tendo em vista permitir o reconhecimento das especificidades de cada núcleo de formação, mas também a interação entre as diversas disciplinas na construção do conhecimento amplo, sobretudo na construção de estratégias de cuidado que estejam em consonância com os balizamentos éticos e políticos do SUS<sup>5</sup>.

Compreende-se então que a interprofissionalidade acontece quando os profissionais com diferentes formações na saúde estão dispostos a transitar em variadas áreas de conhecimento, compartilhando saberes específicos uns com os outros na organização do trabalho, o que permite o compartilhamento e a atribuição de tarefas a outros profissionais em uma prática colaborativa. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos e aumentar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias de cada

indivíduo, pois essas necessidades são heterogêneas e complexas e requerem ser apreendidas de forma integral, em vez de se concentrarem em áreas do conhecimento de forma individualizada. Nesse sentido, trabalhar de forma interdisciplinar implica o estabelecimento de relações menos verticais entre as diferentes disciplinas<sup>6</sup>.

A formação em saúde desenvolve um papel de somar esforços no movimento histórico de enfrentamento dos desafios impostos ao processo de construção e consolidação do SUS. Isso implica assegurar o desenvolvimento de competências profissionais comprometidas com a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, através do reconhecimento da complexidade das necessidades de saúde da população, para identificar formas de atendê-las. Além disso, é necessário o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo sobre a realidade de vida das pessoas e os aspectos que interferem na dinâmica da produção dos serviços de saúde, bem como praticar competências colaborativas para o efetivo trabalho em equipe<sup>7</sup>.

Dentro das diversas modalidades de residências multiprofissionais, destaca-se aqui a Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) e seu papel na construção da interdisciplinaridade, do protagonismo e da corresponsabilização pela gestão do cuidado, tão necessários na atuação frente à pluralidade da clínica e complexidade da assistência em saúde mental, principalmente, após a transição do tratamento asilar para os cuidados de saúde dentro da comunidade. É uma oportunidade significativa de aprendizado que estimula anseios, percepções e expectativas em relação ao conhecimento teórico-prático adquirido e seu reflexo na atuação laboral<sup>8</sup>.

Diante disso, este estudo pretende relatar acerca da experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental para a formação profissional interdisciplinar.

## METODOLOGIA

O estudo em tela trata-se de uma pesquisa descritiva que tem como objetivo abordar determinados fenômenos ou situações, como estratégia de aproximação entre os pesquisadores e o campo de pesquisa<sup>9</sup>. Classifica-se como relato de experiência, pois é uma produção de conhecimento que parte da descrição da realidade vivida para uma explicação crítico-reflexiva dos acontecimentos, visando a socialização de experiências práticas e

científicas<sup>10</sup>.

Para tal empreitada, possuiu como cenário prático o município de Sobral, localizado no interior do estado do Ceará, especificamente na região norte, a 242 km da capital, Fortaleza. Vale ressaltar que a cidade possui uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) estruturada a partir dos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Os relatos descritos neste trabalho visam apresentar as contribuições do Programa Multiprofissional de Residência em Saúde Mental, da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS), na construção e materialização da interdisciplinaridade entre os profissionais residentes, os serviços e equipamentos públicos, tendo em vista que as ações desenvolvidas extrapolam o campo da saúde e tornam-se em diversos momentos intersetoriais. Vale ressaltar que as atividades relatadas aconteceram principalmente durante o ano de 2023 e perduram até o momento de escrita deste relato.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

Discorre-se que o programa de RMSM surgiu em 2013, a partir de um movimento integrado entre a ESP-VS e a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM), mediante a necessidade de fomentar a formação de profissionais em uma perspectiva interdisciplinar e interprofissional. Configura-se, portanto, como uma estratégia essencial para o avanço da consolidação e mudança paradigmática, conforme as práticas da clínica ampliada nos serviços da rede de saúde mental do município<sup>1</sup>.

O programa visa contribuir para o processo de formação das diferentes categorias profissionais, com vistas à apropriação de saberes e desenvolvimento de práticas consonantes aos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Atenção Psicossocial e da Interdisciplinaridade do cuidado<sup>1</sup>.

Desde o seu início (2013-2015), oferta dez vagas, para cinco categorias profissionais (educação física, enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional). Em 2018, durante a execução da terceira turma da residência (2017-2019), o programa passou a ofertar turmas anualmente, inserindo profissionais dos anos 1 e 2, de maneira simultânea, nos dispositivos da RAISM.

Ressalta-se que a RMSM segue as determinações

da CNRMS, do Ministério da Saúde e da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), instâncias regulamentadoras que auxiliam, orientam e deliberam suas ações pedagógicas, além de garantir a educação, gestão, cuidado e envolvimento social<sup>11</sup>.

Ademais, segue as normativas da Resolução n.º 5, de 7 de novembro de 2014, que dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de residência em área profissional da saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação/frequência dos profissionais de saúde residentes. Considera-se, portanto, que a carga horária total da residência (5.760h) deve estar dividida em 80% prática e 20% de carga horária teórica e teórico-prática<sup>11</sup>.

A RMSM tem como cenário de práticas os dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Sobral-CE, a qual está organizada a partir da Coordenadoria de Atenção Psicossocial, contendo a Célula da RAISM, a Célula de Política Sobre Drogas (CPD) e os leitos de saúde mental no Hospital Municipal Estevam Ponte (HMEP). Além disso, observam-se ações articuladas com as Escolas Municipais de ensino fundamental, Centros Socioeducativos, Serviço de Acolhimento Institucional, Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP), entre outros.

As vivências teóricas envolvem as atividades realizadas através de módulos de aprendizagem ofertados programaticamente durante os dois anos de residência e organizam-se a partir de temáticas fundamentais nos campos de estudo e prática em saúde mental, possibilitando a construção de saberes coletivamente com profissionais da RAISM. Os módulos são organizados conforme disposição da carga horária (112h, 104h e 52h) e os encontros envolvem diversas metodologias, as quais incluem: oficinas, seminários, estudos dirigidos, rodas de conversas, estudos de casos, simulações realísticas, entre outros.

Em relação às vivências teórico-práticas que se propõem a fomentar e catalisar a reflexão e articulação da teoria com a prática, estas se dão através das rodas de equipes multiprofissionais, rodas de categoria e as rodas ampliadas. As rodas de equipes multiprofissionais são espaços dialógicos em que as equipes de residentes discutem processos de trabalho, com mediação dos respectivos tutores de campo. Por sua vez, as rodas de categorias são

encontros em que os residentes estão reunidos por categoria profissional, dialogando sua prática em correlação com os aspectos vivenciais da prática de núcleo, tendo os preceptores como apoiadores. No que concerne à roda ampliada, constitui-se como encontro onde o grupo de residentes, tutores, preceptores e coordenação do programa encontram-se para discutir, planejar, avaliar e consensuar questões diversas.

### **Tecendo sobre a vivência da Residência Multiprofissional em Saúde Mental na perspectiva do cuidado interdisciplinar**

A RAISM oferta assistência à população através de ações que buscam a promoção da saúde mental, a prevenção de agravos, reabilitação e reinserção social, levando em consideração os possíveis riscos associados, através da implementação de ações de cunho sanitário, além de prover o cuidado no contexto de sua cultura e de suas preferências<sup>12</sup>.

Essa rede compreende os seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), CAPS Infantojuvenil, Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Internação Psiquiátrica e o Núcleo de Atenção e Prevenção ao Suicídio (NAPS)<sup>13</sup>.

A inserção de RMSM nesses campos de práticas possibilita a ampliação do cuidado em saúde para a população atendida, além de garantir a construção de um aprendizado rico e consistente, com visão multiprofissional e interdisciplinar do cuidado em saúde mental, formando trabalhadores implicados com a atenção aos usuários, de acordo ao que determina a Lei da Reforma Psiquiátrica<sup>14</sup>.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS AD e CAPS Infantojuvenil) constituem-se como os principais cenários de atuação da RMSM, configurando-se como espaços que viabilizam um olhar ampliado sobre a loucura e o uso abusivo de substâncias psicoativas, bem como sobre a saúde mental infantojuvenil e suas dimensões relacionais, tendo um cuidado centrado no sujeito/família/comunidade<sup>15</sup>.

Destaca-se, ainda, que os CAPS buscam diversificar a forma de tratamento das pessoas atendidas. Além dos atendimentos ligados à clínica, os CAPS realizam atendimentos individuais e coletivos, a fim de promover a reinserção social.

Vale destacar aqui o acompanhamento com o

Técnico de Referência (TR), que é um dos responsáveis por construir e articular o Projeto Terapêutico Singular (PTS) junto ao usuário. Tal tipo de acompanhamento se configura como uma das ferramentas de gestão do cuidado mais utilizadas pela rede de saúde mental e que também se constitui como uma atividade da RMSM. Tem como função acompanhar o tratamento do indivíduo e fornecer suporte contínuo durante todo o processo de cuidado, incorporando componentes territoriais e biopsicossociais, podendo ultrapassar os muros, paredes e espaços fechados<sup>16,17</sup>.

Dessa forma, para a articulação do PTS, faz-se necessário interagir com as diversas categorias profissionais para que se consiga obter uma visão ampla do sujeito, bem como de seu processo saúde-doença, viabilizando discussões e intervenções mais assertivas de forma interprofissional e interdisciplinar<sup>18</sup>.

Esse tipo de atendimento não anula a existência dos atendimentos de núcleo, que visam atender as necessidades de saúde específicas de complexidade física, fisiológica, emocional ou social, para se traçar possibilidades terapêuticas, sendo uma estratégia relevante para a construção de vínculos entre profissional-paciente. No entanto, aponta-se que a maioria das intervenções realizadas no âmbito da saúde mental tendem a ser intervenções multidisciplinares, trabalhadas em abordagem individual ou grupal, facilitadas por vários membros da equipe, como enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, profissional de educação física, entre outros<sup>19</sup>.

Dentre os grupos que são atuantes na RAISM, citam-se os grupos de práticas corporais, de convivência, práticas de aprendizagem artística, de música, de família, entre outros. Destaca-se que tais grupos são de fundamental importância para a promoção do cuidado, tendo em vista que potencializam a interação e reinserção social entre os participantes e melhoram o bem-estar mental de seus membros<sup>19</sup>.

Para além dessas questões, aponta-se que o cuidado ampliado em saúde mental vai além das estratégias traçadas pelos serviços da RAISM. Dessa forma, compreende-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como a principal porta de entrada da população para os serviços de saúde e é parte integrante da RAPS, que tem em seus domínios o trabalho de acolhimento às demandas em saúde mental<sup>20</sup>.

Diante disso, com vistas a inserir a APS como

cenário de práticas da RMSM, têm sido desenvolvidas ações de fortalecimento da saúde mental na APS. Dessa forma, têm-se realizado intervenções em grupos, salas de espera e matriciamento como estratégias trabalhadas na APS a fim de mapear os tipos de sofrimentos, no campo da saúde mental, com maior prevalência nos territórios. Destacam-se também momentos de Educação Permanente em Saúde (EPS) e ações de promoção à saúde mental de trabalhadores, sendo essas ações elaboradas e executadas de forma transversal, em que o planejamento, ação e avaliação se retroalimentam entre a APS e a RAISM.

No que concerne à atenção terciária e atividades desenvolvidas no setor de psiquiatria do HMEP, discorre-se que são atividades que têm como função estabilizar os sujeitos que estão em grave crise psíquica, a fim de inseri-los na sociedade e fazer com que estes sigam tratamento em serviços de base comunitária como os CAPS e APS. Portanto, são desenvolvidas pela RMSM atividades que incluem discussão de casos de forma interdisciplinar e multiprofissional, ações de psicoeducação, escuta qualificada, atividades lúdicas e fortalecimento de vínculos entre os usuários e familiares<sup>21</sup>.

O HMEP atua como clínica-escola tanto para os profissionais da residência médica em psiquiatria quanto para a residência multiprofissional em saúde mental, configurando-se como espaço de diálogo e construção de saberes para a formulação do cuidado em saúde mental de forma direcionada e empática, que traz contribuições para o processo contra-hegemônico na saúde<sup>22</sup>.

### **Intersetorialidade e a Residência Multiprofissional em Saúde Mental: reflexões atreladas à prática interdisciplinar**

Para além das vivências práticas na RAISM, tem-se o desenvolvimento de atividades interprofissionais integradas em outros setores. Dessa forma, defende-se que a intersectorialidade parte do princípio da promoção de conexões com o intuito de atender demandas de saúde mental de maior complexidade<sup>23</sup>.

Discorre-se ainda que a intersectorialidade promove a integração da RAPS com as demais redes de cuidado, tornando viável uma concepção ampliada, inclusive no que concerne à interdisciplinaridade e interprofissionalidade<sup>24</sup>.

Dentre os cenários de atuação da RMSM no âmbito da assistência social, inclui-se o Centro de

Referência Especializada à Pessoa em Situação de Rua (CENTRO POP), que desenvolve ações direcionadas para a população com tal vulnerabilidade social, contribuindo para a redução de riscos e violências associadas a esse contexto, articulando o cuidado em outros equipamentos de proteção, tendo em vista a garantia dos seus direitos<sup>25</sup>.

Destaca-se, ainda, acerca da necessidade da construção de uma linha de cuidados para a pessoa em situação de rua, a qual esteja ancorada nas suas peculiaridades, nas demandas clínicas, assim como nas interlocuções entre a rede de cuidados intersetoriais e interprofissionais. Nesse sentido, destaca-se que a atuação dos residentes, nesse dispositivo, acontece em associação com os profissionais que atuam no CAPS AD, com ações que objetivam promover um alinhamento intersetorial e interprofissional; discussão dos casos; promoção de atividades de educação em saúde, com enfoque na estratégia de redução de danos, assim como assistência e acompanhamento das problemáticas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas<sup>23</sup>.

Outro campo de atuação intersetorial da RMSM são as escolas municipais, tendo como enfoque a educação sobre drogas. Nesse cenário, reflete-se sobre os impactos no processo saúde-doença e no âmbito social atrelados ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Sabe-se que tal temática tem se constituído como um desafio para as políticas públicas intersetoriais, inclusive no âmbito da educação<sup>26</sup>.

Diante disso, as ações realizadas pelos residentes têm como foco a educação sobre drogas e a redução de danos, as quais consistem em estratégias cujo objetivo é fomentar discussões e informações a respeito dos riscos associados ao uso de substâncias psicoativas na perspectiva pedagógica, utilizando-se de metodologias ativas e reflexivas. Para além de uma lógica informativa, a educação sobre drogas nas escolas deve estimular o diálogo e a liberdade de expressão dos participantes<sup>26</sup>.

Tais atividades dispõem da parceria da Célula de Política sobre Drogas (CPD), RMSM, o Programa Saúde na Escola (PSE) e escolas municipais. Acontecem semanalmente com as turmas do Ensino Fundamental II, para alunos com faixa etária de 10 a 15 anos.

A partir da realização das oficinas, pode-se observar que a problemática relacionada ao uso de substâncias psicoativas constitui-se como uma realidade dos adolescentes, atravessada por diversas nuances, inclusive nos jovens que estão

em conflito com a lei. Atrelado a essa questão, faz-se necessário discutir sobre como acontece o atendimento socioeducativo prestado aos jovens que estão inseridos em unidades de internação e sugerir novas possibilidades de cuidado, pautadas na atenção psicossocial, tendo como exemplo a articulação territorial e fortalecimento de vínculos familiares e sociais<sup>27</sup>.

Dessa forma, a RMSM, em parceria com os profissionais do CAPS AD, desenvolve semanalmente atividades direcionadas para os adolescentes que cumprem medidas nos centros socioeducativos do município e aos profissionais socioeducadores, tendo em vista um cuidado ampliado, intersetorial e interdisciplinar a esse público.

Nesse íterim, aponta-se que as imersões da RMSM, na perspectiva intersetorial, são de fundamental relevância para a consolidação de um olhar ampliado e interdisciplinar para as questões que envolvem o cuidado em saúde mental, à medida que articulam, dialogam e se interrelacionam com diversos atores e cenários de prática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas interprofissionais desenvolvidas no contexto da residência multiprofissional em saúde mental apontam para uma interlocução entre os diversos núcleos de saberes a fim de possibilitar um cuidado integral e singular aos sujeitos em grave sofrimento psíquico. A residência, enquanto formação no SUS e para o SUS, compreende a necessidade da qualificação dos seus profissionais com vistas à clínica ampliada, à intersetorialidade e à integralidade do cuidado. No bojo das atribuições desenvolvidas pelos residentes, são apontados o fortalecimento do SUS e das Redes de Saúde enquanto norteadores do fazer saúde.

Desse modo, destaca-se que, apesar das experiências exitosas de formação em saúde, os programas de residência no Brasil passam por desafios importantes no que concerne à absorção dos egressos dos programas de residência no SUS após o processo de aperfeiçoamento, assinalando a necessidade de aprimoramento das legislações vigentes.

Sinaliza-se que, no município de Sobral, a residência em saúde mental se apresenta enquanto ponto estratégico da RAISM na articulação do cuidado psicossocial, através da contribuição dos profissionais residentes por meio da estratégia de

Educação Permanente em Saúde e da promoção e prevenção da saúde mental no território. Suas ações entrelaçam e fortalecem a interprofissionalidade na rede de saúde mental e colocam o cuidado em liberdade e humanizado como centralidade das práticas desenvolvidas.

Por fim, ressalta-se a necessidade de maiores estudos e iniciativas que fortaleçam a interprofissionalidade no campo da saúde mental, mediante ampliação do olhar e das práticas desenvolvidas pelos serviços e programas de residências.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram de forma colaborativa com a concepção e delineamento da pesquisa, interpretação dos dados coletados, redação do artigo e a revisão crítica do material final produzido.

## REFERÊNCIAS

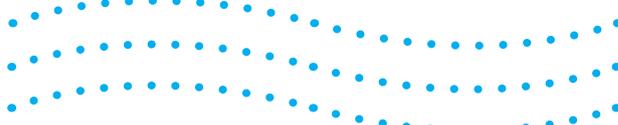
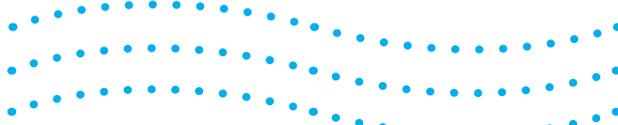
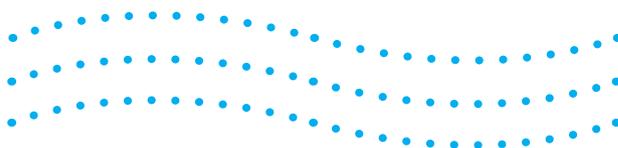
1. Onocko-Campos R, Emerich BF, Ricci EC. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface*. 2019;23:e170813. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170813>
2. Brasil. Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília; 2005.
3. Brasil. Resolução n.º 287, de 08 de outubro de 1998. Altera a resolução 218/98 07/05/99. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1998.
4. Mito RCR, Alves FL, Silva Caetano P, Dal Prá KR. As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. *Serv Soc Saúde* [Internet]. 2012 [citado 28 maio 2024];11(2):185-208. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635288>
5. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev Katálysis*. 2018;21(1):200-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
6. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):977-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>
7. Dias MSA, Vieira CAL, Freitas CASL, Farias MR, Lira RCM, Lomeo RC, et al. Educação interprofissional e práticas colaborativas em saúde. Sobral: Edições UVA; 2020.
8. Carneiro EM, Teixeira LMS, Pedrosa JIS. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis*. 2021;31(3):e310314. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310314>
9. Pedroso JS, Silva KSD, Santos LPD. Pesquisa descritiva e pesquisa prescritiva. *Rev JICEX* [Internet]. 2018 [citado 13 de outubro de 2024];9(9). Disponível em: <https://unisantacruz.edu.br/revistas-old/index.php/JICEX/article/view/2604>
10. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Rev Práxis Educac*. 2021;17(48):60-77. DOI: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>
11. Brasil. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução nº 05, de 07 de setembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília: MEC; 2014.
12. Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Esc Anna Nery*. 2020;24 (2):e20190154. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>
13. Sobral. Prefeitura Municipal de Sobral. Rede de Atenção Psicossocial de Sobral. Documento técnico. Sobral: Secretaria Municipal de Saúde; 2021.
14. Kinker FS. Os desafios da interprofissionalidade na Residência Multiprofissional em Saúde: Notas sobre a experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (UNIFESP). *Tempus - Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [11 setembro 2024];12(1):207-21. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1435459>
15. Alcântara CB, Capistrano FC, Czarnobay J, Ferreira ACZ, Brusamarello T, Maftum MA. A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2018;22(2):e20170294. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0294>

16. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2a ed. Brasília: MMA; 2006.
17. Paz BL, Silva AMM. Tecendo o cuidado: a atividade do técnico de referência em serviços de saúde mental. *Sanare*. 2023;22(1):109-15.
18. Almeida GN. Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Interprofissionalidade: um Relato de Estudantes do PET Saúde. *Rev Saúde em Redes [Internet]*. 2021 [23 de março de 2024];7(2). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1367118>
19. Sebben AA, Cetolin SF. Educação permanente e saúde mental: o caso da condução de grupos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev Práxis [Internet]*. 2021 [23 de março de 2024];13(26). Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/praxis/article/view/2632/2876>
20. Cangussu Y, Guedes L. Alcances terapêuticos e matriciais: uma experiência de grupo de saúde mental na atenção básica. *Rev Psic, Diversidade e Saúde [Internet]*. 2022;11 (1). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1377602>
21. Júnior JMP, Clementino FS, Cavalcante ES, Azevedo AL, Nascimento EGC, Miranda FAN. Práticas profissionais em instituições psiquiátricas: desafios para o atendimento humanizado e integral. *Rev Medicina [Internet]*. 2022 [citado 19 de agosto de 2024];55(4). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1417475>
22. Guerra TMS, Costa MDH. Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. *Rev Textos Contextos [Internet]*. 2017 [citado 28 de agosto de 2024];16(2):454-69. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-912487>.
23. Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersectoriais para a população em situação de rua. *Rev Esc Enferm da USP [Internet]*. 2014 [citado 28 de agosto de 2024];48(6):1069-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>
24. Pereira SLB. Saúde mental e intersectorialidade: Reflexões a partir de demandas aos Assistentes Sociais. *Ser soc*. 2020;2(46):72-98. DOI: [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v22i46.24947](https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.24947)
25. Machado AC, Albiero CE. A rua como espaço de sobrevivência: relato de uma vivência de estágio no CENTRO POP II na cidade de Porto Alegre. *Cad Hum Perspec [Internet]*. 2023;7(17):116-125. Disponível em: <https://www.cadernosuninter.com/index.php/>

<humanidades/article/view/2760>

26. Coelho FJF, Monteiro S. Educação sobre Drogas: Possibilidades da EaD na Formação Continuada de Professores. *EaD em Foco*. 2017;7(2). DOI: <https://doi.org/10.18264/eadf.v7i2.577>

27. Souza DRV, Ramos WT, Fonteneles AO, Souza SLF, Geraldini JR, Freitas CKAC, et al. Adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade em uma unidade no Distrito Federal: uma proposta de intervenção do cuidado em saúde mental. *Rev ELO - Diálogos em Extensão [Internet]*. 2023 [citado 28 junho de 2024];12. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/elo/article/view/15560/8106>



# APOIO MATRICIAL: DO SUPORTE TÉCNICO-PEDAGÓGICO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

MATRIX SUPPORT: FROM TECHNICAL-PEDAGOGICAL SUPPORT TO MENTAL HEALTH CARE

APOYO MATRICIAL: DEL SOPORTE TÉCNICO-PEDAGÓGICO AL CUIDADO EN SALUD MENTAL

Maria Vitória Silva Ripardo <sup>1</sup>

Adriano Matos Cunha <sup>2</sup>

Lorena Saraiva Viana <sup>3</sup>

## Como Citar:

Ripardo MV, Cunha MA, Viana LS. Apoio matricial: do suporte técnico-pedagógico ao cuidado em saúde mental. *Sanare*. 2025;24(1).

## Descritores:

Educação Permanente; Saúde mental; Atenção Integral à Saúde.

## Descriptors:

Permanent Education; Mental Health; Comprehensive Health Care.

## Descriptores:

Educación Permanente; Salud mental; Atención Integral de Salud.

## Submetido:

06/08/2024

## Aprovado:

19/05/2025

## Autor(a) para Correspondência:

Maria Vitória Silva Ripardo  
Av. Pedro Sampaio, 385 - Divino  
Salvador, Meruoca - CE.  
CEP: 62130-000.  
E-mail: E-mail:vitoriaripardoms@gmail.com

## RESUMO

O matriciamento, ou apoio matricial, trata-se de um modo de produção de saúde que tem como um dos pressupostos a construção compartilhada e a perspectiva pedagógico-terapêutica. Desse modo, considera-se o matriciamento enquanto estratégia potente para as atividades de Educação Permanente em Saúde, além de atuar diretamente na qualificação da assistência em saúde. Sob tal perspectiva, tem-se como objetivo relatar sobre as contribuições do apoio matricial através da inserção de residentes em saúde mental nos matriciamentos. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, realizado em um Centro de Saúde da Família em um município no interior do Ceará. A experiência dividiu-se em dois momentos: 1) realização de uma atividade de Educação Permanente em Saúde, para os Agentes Comunitários de Saúde, sobre a Ficha de Estratificação de Risco em Saúde Mental e 2) discussão de um caso clínico repassado durante o suporte matricial do Centro de Saúde da Família em questão. A realização da experiência revelou o matriciamento enquanto estratégia que promove uma construção coletiva do saber técnico ao cuidado em saúde, configurando-se como uma ferramenta potente não somente para a integralidade do cuidado na assistência em saúde ao usuário, mas, sobretudo, no que se refere à qualificação profissional.

1. Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará (UFC/campus Sobral). Especialista em Saúde Mental em Caráter de Residência Multiprofissional pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). E-mail: vitoriaripardoms@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7854-3027>

2. Profissional de Educação Física pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Saúde da Família em Caráter de Residência Multiprofissional pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). E-mail: adrianomatoscunha@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3648-9771>

3. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Saúde Mental em Caráter de Residência Multiprofissional pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). E-mail: lorennasaraiva0@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1496-5164>

**ABSTRACT**

*Matrix support, also known as “matriciamento”, is a health production model based on shared construction and a pedagogical-therapeutic perspective. Thus, matrix support is considered a powerful strategy for Permanent Health Education activities, in addition to directly contributing to the improvement of health care delivery. From this perspective, the objective is to report on the contributions of matrix support through the involvement of mental health residents in matrix support activities. This is a descriptive, qualitative study of the experience report type, conducted at a Family Health Center in a municipality in the interior of Ceará, Brazil. The experience was divided into two parts: 1) carrying out a Permanent Health Education activity for Community Health Workers on the Mental Health Risk Stratification Form, and 2) discussing a clinical case presented during the matrix support session at the respective Family Health Center. The experience demonstrated matrix support as a strategy that promotes the collective construction of technical knowledge for health care, establishing itself as a powerful tool not only for the comprehensiveness of user health care but, above all, for professional qualification.*

**RESUMEN**

*El matriciamento o apoyo matricial se refiere a una modalidad de producción de salud que se basa en la construcción compartida del conocimiento y en una perspectiva pedagógico-terapéutica. En este contexto, el apoyo matricial se considera una estrategia eficaz para las actividades de Educación Permanente en Salud, además de contribuir directamente a la cualificación de la atención sanitaria. Desde esta perspectiva, el objetivo de este estudio es relatar las contribuciones del apoyo matricial mediante la participación de residentes en salud mental en las acciones de matriciamento. Se trata de un estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, en forma de relato de experiencia, desarrollado en un Centro de Salud Familiar ubicado en un municipio del interior del estado de Ceará, Brasil. La experiencia se organizó en dos momentos: 1) realización de una actividad de Educación Permanente en Salud dirigida a los Agentes Comunitarios de Salud, centrada en la Ficha de Estratificación de Riesgo en Salud Mental; y 2) discusión de un caso clínico durante una sesión de matriciamento en el mismo Centro de Salud Familiar. Esta experiencia evidenció que el apoyo matricial es una estrategia que favorece la construcción colectiva del conocimiento técnico orientado al cuidado en salud, constituyéndose como una herramienta potente no solo para garantizar la integralidad de la atención al usuario, sino también, y especialmente, para la cualificación profesional.*

.....

**INTRODUÇÃO**

No Brasil, tem-se o apoio matricial ou o matriciamento como a principal estratégia de integração das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esse um novo modo de produzir saúde em que equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção de caráter pedagógico-terapêutico<sup>1</sup>, que consiste em promover assistência especializada, contribuir para o estreitamento de vínculos entre os profissionais das equipes envolvidas e realizar a elaboração de projetos terapêuticos coletivos com a participação ativa dos usuários e da comunidade<sup>2</sup>.

Assim, o apoio matricial almeja fortalecer a APS para cuidar de problemas complexos e ampliar o acesso à atenção especializada<sup>3</sup>. Esse fortalecimento se dá através de encontros, nos quais os “apoiadores” oferecem suporte educativo e assistencial aos profissionais da APS em casos de saúde mental de difícil manejo, enfatizando o trabalho colaborativo. Dentro do apoio matricial, a Educação Permanente

em Saúde (EPS) configura-se como uma das formas em que o suporte técnico-pedagógico pode ser realizado, consistindo, assim, em uma contínua qualificação para os trabalhadores da saúde, que auxilia na condução e manejo dos casos em saúde mental<sup>4</sup>.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, no Brasil, deu-se mais destaque e importância à formação dos profissionais da saúde, com o intuito de capacitá-los e, ao mesmo tempo, inseri-los no processo de ensino-aprendizagem. O artigo n.º 200 da Constituição Federal é elucidativo ao citar que “ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”<sup>5</sup>. Ainda nesse âmbito, vale salientar que, em 2004, através da Portaria n.º 198, foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) – alterada pela Portaria GM/MS n.º 1.996 – com o objetivo de planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS, no seu âmbito de gestão<sup>6,7</sup>. Seguindo tal

lógica, a Educação Permanente em Saúde deve possibilitar ao trabalhador a reflexão sobre suas práticas, mostrando, ao mesmo tempo, que este tem a capacidade de manejar com resolutividade os problemas e desafios presentes em seu cotidiano de trabalho.

Nesse sentido, o apoio matricial possibilita um espaço fértil para o aprendizado dos profissionais a partir das demandas que surgem no dia a dia dos serviços de saúde através do suporte técnico-pedagógico, mas também por meio de ações clínico-assistenciais referentes ao cuidado em saúde para e com os usuários, ações essas que sofrem influência direta dos momentos formativos<sup>8</sup>. Sob tal perspectiva, objetivou-se, no presente trabalho, realizado em um Centro de Saúde da Família em um município no interior do Ceará, relatar sobre as contribuições do apoio matricial através da inserção de residentes em saúde mental nos matriciamentos.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, que teve origem a partir de uma atividade proposta em um módulo teórico intitulado “Saúde Mental: conceitos, evolução, legislação e RAPS”, de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Nesse contexto, compreende-se a metodologia do relato de experiência como expressão de vivências por meio da escrita, apresentando grande potencial para colaborar com a produção e difusão dos conhecimentos, dentre eles, o científico<sup>9</sup>.

Nessa perspectiva, realizou-se a atividade em um Centro de Saúde da Família (CSF) em um município no interior do Ceará. A escolha de tal CSF deu-se por conta de os pesquisadores já apoiarem as equipes de saúde desse serviço, enquanto residentes em saúde mental, no manejo e condução dos casos de saúde mental do território, a partir da estratégia do matriciamento.

Com isso, dividiu-se a atividade em duas etapas, tendo como facilitadores dos momentos dois residentes em saúde mental, sendo um profissional de Educação Física e uma psicóloga. A primeira etapa da atividade ocorreu em maio de 2023, no auditório do CSF, e consistiu no desenvolvimento de uma EPS sobre a Ficha de Estratificação de Risco em Saúde Mental própria do município, com profissionais do referido CSF. A escolha dessa temática se deu para incentivar a realização da estratificação de risco em

saúde mental, sobretudo dos casos trazidos ao apoio matricial, pois os casos do CSF em questão costumam chegar ao matriciamento sem estratificação de risco. Participaram dessa etapa uma enfermeira e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando dez participantes, os quais foram escolhidos anteriormente pela gerente do CSF.

Para tanto, estruturou-se essa primeira etapa da atividade em três momentos principais: 1) acolhida, 2) apresentação e discussão da ficha de estratificação de risco em saúde mental e 3) avaliação da qualidade da EPS, as quais serão descritas em detalhes nos Resultados e Discussões.

Como segunda etapa do trabalho, analisou-se, dentro do território do CSF, um caso de saúde mental, oriundo do matriciamento, de estratificação de alto risco, com o objetivo de buscar estratégias para o plano de cuidado, visando à garantia da integralidade do cuidado em saúde mental. Durante os encontros do apoio matricial, tivemos contato com diversos casos de saúde mental, porém o caso de João (nome fictício), oito anos, com hipótese diagnóstica de Transtorno Desafiador Opositor (TOD), destacou-se pela complexidade da situação, além de não ter sido estratificado previamente.

Na tentativa de atingir o objetivo outrora citado, isto é, elaborar estratégias de cuidado para o caso em questão, realizaram-se dois encontros durante o matriciamento do CSF para discutir o caso do garoto. Tais encontros contaram com profissionais da equipe de saúde que atende à área da família de João, tais como ACS, enfermeira e médica; matriciadores do território adscrito; projeto Água de Chocalho, que trabalha com crianças em grave sofrimento psíquico; profissionais da escola de João e residentes em saúde mental e saúde da família.

Ademais, os pesquisadores realizaram ainda uma visita ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) – uma vez que João também é acompanhado em tal dispositivo – para melhor compreender a situação do garoto, tendo sido traçado um itinerário terapêutico de João a partir dos matriciamentos e prontuários do CSF e CAPSi.

## RESULTADOS

### Educação Permanente em Saúde sobre a Ficha de Estratificação de Risco em Saúde Mental

No que se refere ao momento da EPS sobre a Ficha de Estratificação de Risco em Saúde Mental,

realizou-se, inicialmente, uma acolhida através de uma dinâmica. Fixou-se, então, uma folha de papel madeira na parede do auditório da unidade com a seguinte pergunta: “Como eu me sinto hoje?” e foi solicitado que, individualmente, os participantes expressassem através de desenhos de *emoticons* e/ou emojis como estava sendo o seu dia. Tal acolhida foi utilizada como forma de “quebra-gelo” e, a partir dela, foi possível trazer a temática da saúde mental para o foco do momento.

Após a acolhida, deu-se início à apresentação e discussão da ficha. Primeiramente, foram feitos três questionamentos a fim de averiguar o nível de conhecimento dos profissionais sobre a ficha de estratificação de risco em saúde mental. Os questionamentos foram os seguintes: 1) Já conhecem a ficha? 2) Já fizeram alguma estratificação de risco em saúde mental por meio da ficha? 3) Utilizam a ficha no cotidiano de trabalho?

A partir dessas perguntas foi possível perceber que a maioria dos presentes já havia entrado em contato com tal instrumento, porém não tinham realizado nenhuma estratificação, apenas observaram profissionais da rede de saúde mental do referido município estratificando casos por meio da ficha. Por conseguinte, os participantes afirmaram não utilizar o instrumento de estratificação de risco em saúde mental no cotidiano de trabalho na APS.

Posteriormente, partiu-se para a exposição dialogada sobre a ficha de estratificação de risco em saúde mental. Entregaram-se, então, as fichas para os participantes e realizou-se uma leitura e explanação comentada de cada tópico do instrumento, com o objetivo de sanar as dúvidas dos presentes. Durante a apresentação, enfatizou-se a importância de realizar a estratificação de risco dos casos de saúde mental para aprimorar o fluxo do matriciamento da unidade.

Em seguida, realizou-se uma atividade prática para consolidar os conhecimentos adquiridos durante a exposição dialogada da ficha. Com isso, dividiram-se os dez participantes em cinco duplas e foram entregues casos de saúde mental para que os profissionais fizessem a estratificação de risco. Após a finalização da estratificação cada dupla compartilhou com o coletivo seu respectivo caso e o resultado da estratificação.

Por fim, o momento foi encerrado com uma avaliação, em que cada participante opinou sobre a qualidade do momento. Todos os participantes demonstraram muita satisfação com a atividade e deram sugestões de temas para encontros futuros.

## Estudo de Caso em Saúde Mental

No que concerne ao estudo do caso de João, surgido no matriciamento do CSF, no primeiro encontro, a equipe de saúde que corresponde à área da família do garoto nos repassou, em matriciamento, a história do caso desde outubro de 2020 até abril de 2023. Relatou-se, ainda, que os sintomas do garoto vêm piorando ao longo do tempo e que João tem se tornado mais agressivo e ausente dos atendimentos na unidade e no CAPSi. Nesse mesmo dia, discutimos o caso, conhecemos as estratégias que já haviam sido realizadas anteriormente, tais como visita domiciliar, inserção em grupos do CAPSi, psicoterapia, entre outras – a maioria sem êxito devido à falta de engajamento da família no cuidado de João, dentre outras circunstâncias.

Para compreender melhor o caso foi realizada uma visita ao CAPSi frequentado pelo garoto, onde entrou-se em contato com o Técnico de Referência (TR) de João. Assim, foi possível ter acesso ao prontuário do garoto, obtendo, dessa maneira, mais informações sobre João e sua família. Esse momento serviu para que, no encontro seguinte do apoio matricial, tivéssemos o maior número de informações possíveis sobre o caso a fim de propor e traçar novas metas para construir um plano de cuidado mais fortalecido.

No encontro seguinte do matriciamento, devido à gravidade da situação, diversos equipamentos foram acionados. Estiveram presentes duas profissionais (professora e orientadora educacional) da escola que João frequenta e o Projeto Água de Chocalho, que trabalha com crianças em grave sofrimento psíquico. Diversos outros dispositivos foram acionados, porém não compareceram. Além disso, João e família foram convidados, pois nesse momento seria construído o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do garoto, mas não estiveram presentes. Nessa ocasião, delimitou-se coletivamente, com todos os presentes, novas estratégias de intervenção e encaminhamentos para o caso. Apesar do bom número de participantes presentes no momento, encontrou-se como desafio a ausência de determinadas entidades de grande relevância para a construção do plano de cuidado para o caso, como, por exemplo, os próprios pais da criança.

Durante as reflexões para a construção deste relato de experiência, os pesquisadores elaboraram outras estratégias de cuidado para o caso, como, por exemplo, momentos sistemáticos de psicoeducação acerca da condição de saúde de João e escuta dos

profissionais da escola do garoto visando compreender melhor as angústias desses trabalhadores frente à situação. Somado a isso, elaborou-se um plano de cuidado para a mãe de João, no qual sugeriu-se que esta frequentasse acolhimentos psicológicos no CSF e participasse de grupos da unidade com o objetivo de auxiliar na construção de vínculos entre a genitora, o garoto e a instituição.

Outrossim, orientou-se a inserção da criança em novos contextos sociais, indicando que realizasse algum esporte de interesse e/ou atividade artística, a fim de promover a socialização, favorecer a construção de uma rotina e evitar que João permanecesse bastante tempo nas ruas do bairro, sem supervisão, como de costume. Por fim, sugeriu-se vincular algum outro familiar do garoto ao seu tratamento, nos dispositivos de saúde, haja vista que a genitora, por vezes, não conseguia levar a criança às consultas e demais atividades. Acrescenta-se que tais estratégias foram pensadas pelos autores deste trabalho através de um exercício de reflexão proposto pelo módulo e, posteriormente, os pesquisadores puderam compartilhá-las com os profissionais do CSF em outro encontro do apoio matricial. Com isso, os trabalhadores da unidade envolvidos no caso puderam, de forma ativa, refletir e opinar sobre quais ações fariam sentido e se seria possível executá-las, além de construir demais estratégias.

## DISCUSSÃO

O apoio matricial ou matriciamento tem sido apontado como uma estratégia de gestão colaborativa do trabalho em saúde, estruturando-se em duas dimensões: 1) a dimensão técnico-pedagógica, a qual se refere à construção de apoio educativo com e para as equipes da Estratégia Saúde da Família, e 2) a dimensão clínico-assistencial, que diz respeito à ação clínica realizada diretamente com os usuários<sup>10</sup>, ou seja, ao cuidado em saúde propriamente dito. De modo que a dimensão técnico-pedagógica do matriciamento pode ocorrer através de atividades como capacitações, reuniões de equipe, trocas de saberes entre os profissionais, discussões de caso e EPS. Já na dimensão clínico-assistencial, tem-se o atendimento individual, em grupo, compartilhado e domiciliar como principais estratégias utilizadas. Faz-se válido destacar que, apesar de haver uma distinção entre as nomenclaturas, as duas dimensões do apoio matricial são inseparáveis<sup>11</sup>.

Nessa perspectiva, pode-se compreender a experiência relatada acerca da realização da EPS sobre a Ficha de Estratificação de Risco em Saúde Mental dentro da dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial, tendo em vista que a necessidade dessa atividade surgiu a partir do próprio matriciamento na unidade em questão, visto que notou-se pouco conhecimento, por parte dos profissionais do território, sobre como realizar a estratificação de risco em saúde mental, sendo esse, inclusive, um dos desafios encontrados. A literatura aponta que o suporte técnico-pedagógico que o matriciamento deve oportunizar com e para as equipes da Atenção Básica à Saúde pode contribuir efetivamente na melhoria da capacidade resolutiva dessas equipes, promovendo qualificação para uma atenção ampliada, o que maximiza a segurança desses profissionais nos desafios que surgem no cotidiano de trabalho<sup>11,12</sup>, por isso tais momentos possuem grande relevância.

Durante a realização da EPS, percebeu-se um outro desafio: os profissionais presentes, principalmente ACSs, sentiam-se bastante inseguros no que concerne às questões de saúde mental. Muitos nem sequer tinham conhecimento de que podiam utilizar o instrumento de estratificação de risco por conta própria, isto é, sem supervisão de terceiros. Apostou-se, então, na tentativa de aumentar a segurança desses profissionais no manejo de casos em saúde mental. Além disso, buscou-se, a partir da atividade, fomentar a criação de uma cultura de estratificação dos casos de saúde mental do território, visando aprimorar o fluxo do apoio matricial.

Ademais, é possível perceber, a partir do relato da experiência em questão, que a dimensão técnico-pedagógica do matriciamento não se restringe somente ao momento sobre a Ficha de Estratificação de Risco em Saúde Mental, pois tal dimensão também abrange os momentos de discussão de caso e troca de saberes entre os profissionais, que ocorreram a fim de elaborar o cuidado de João. É, portanto, nesse movimento coletivo de pensar estratégias para o cuidado de determinado caso que, simultaneamente, constroem-se saberes, dentre eles, o técnico. Nesse sentido, destaca-se que o matriciamento, nas suas mais diversas facetas, configura-se essencialmente como um formato de educação permanente em saúde<sup>13</sup>.

Mais ainda, tais momentos de EPS, isto é, de suporte técnico-pedagógico, extravasam e ultrapassam a própria dimensão técnico-pedagógica, atingindo a dimensão clínico-assistencial, ou seja,

do cuidado em saúde propriamente dito, pois tais momentos formativos e de trocas de saberes impactam diretamente na qualidade da atenção oferecida pelas unidades de saúde<sup>12</sup>, ou seja, há uma melhora nos serviços clínico-assistenciais ofertados à população. Sob tal perspectiva, pode-se compreender o matriciamento como o “nó” que amarra a construção coletiva do saber técnico ao cuidado em saúde, configurando-se como uma ferramenta potente não somente para a qualificação profissional, mas também no que se refere à integralidade do cuidado.

Outrossim, cabe ainda destacar a relevância da intersetorialidade para a efetivação do matriciamento, haja vista que o cuidado, ao se pretender integral, deve transpassar vários setores, não se restringindo à saúde. Evidencia-se, portanto, que a incorporação da intersetorialidade nas políticas públicas possibilita a articulação dos mais diversos saberes técnicos, já que os especialistas em determinada área integram agendas coletivas e compartilham objetivos comuns. Nessa perspectiva, a intersetorialidade traz ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios<sup>14</sup>, ou seja, a intersetorialidade contribui para aprimorar a efetividade do apoio matricial.

## CONCLUSÃO

O presente estudo buscou revelar, por meio da experiência relatada, a importância do apoio matricial em saúde mental tanto no âmbito do suporte técnico-pedagógico, através da realização de um momento de educação permanente em saúde, quanto na esfera do cuidado em saúde mental, por meio de discussões, em matriciamento, de um caso clínico, dentro das ações de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

A partir dessa experiência e em consonância aos materiais disponíveis na literatura científica acerca do apoio matricial, foi possível compreender o matriciamento enquanto uma estratégia que atravessa a formação e qualificação dos profissionais de saúde, bem como a qualidade dos serviços em saúde prestados à população. Nesse sentido, tal estratégia se mostra potente no que diz respeito ao cuidado em saúde mental na APS.

Outrossim, por meio da experiência realizada, foi possível promover retaguarda especializada na assistência à Estratégia Saúde da Família, suporte

técnico-pedagógico, criação de vínculo entre as equipes da APS e da Atenção Especializada à Saúde, construção compartilhada e a corresponsabilização de ambas as equipes.

Ademais, destaca-se que a construção do presente trabalho foi crucial para o enriquecimento do processo formativo dos residentes, uma vez que os aproximou da prática colaborativa e construção compartilhada entre os diferentes níveis de atenção à saúde, além de os remeter à essência do matriciamento, que repousa em suas dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial.

Por fim, este relato de experiência não possui a pretensão de trazer verdades absolutas sobre a temática tratada, mas sim abordar uma perspectiva pontual, dentre tantas outras. Ainda há muito o que se discutir sobre esse tema, assim, urge a realização de novas experiências, bem como a elaboração de outras pesquisas a fim de lançar luz sobre a relevância do apoio matricial no que se refere ao suporte técnico-pedagógico e ao cuidado em saúde mental.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Maria Vitória Silva Ripardo** contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa, a redação e a revisão crítica do manuscrito. **Adriano Matos Cunha** contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Lorena Saraiva Viana** contribuiu com a redação e a revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/000002967>
2. Vasconcelos MS, Barbosa VFB. Conhecimento de gestores e profissionais da rede de atenção psicossocial sobre matriciamento em saúde mental. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2019 [citado 19 de maio de 2024]; 18(4):1-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1120021>
3. Saraiva S, Zepeda J. Princípios do Apoio Matricial. In: Gusso G, Lopes J, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. Capítulo 33.

4. Vidal CP, Antunes F, Dalla Lana L. Competências do enfermeiro gestor na atenção primária: revisão integrativa de literatura. SANARE [Internet]. 2023 [citado 19 de maio de 2024];22(2):98-110. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1689>
5. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [citado 22 de maio de 2023]. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)
6. Brasil. Portaria n.º 198 GM/MS, de 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 (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo; 2004 [citado 22 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
7. Brasil. Portaria GM/MS n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [citado 22 de maio de 2023]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/974>
8. Ballarin MLGS, Blanes L de S, Ferigato SH. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. Interface [Internet]. 2012 [citado 30 de maio de 2024];16(42):767-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300014>
9. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. RPE [Internet]. 2021 [citado 19 de maio de 2024];17(48):60-77. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>
10. Santos T, Oliveira J, Azevedo R, Penido C. O caráter técnico-pedagógico do apoio matricial: uma revisão bibliográfica exploratória. Physis [Internet]. 2021 [citado 26 de maio de 2024];31(3):1-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310316>
11. Santos TLA, Penido CMF, Ferreira Neto JL. A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial no Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Interface [Internet]. 2022 [citado 26 de maio de 2024];26:1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210810>
12. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface [Internet]. 2014 [citado 1º junho de 2023];18:983-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>
13. Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. Physis [Internet]. 2016 [citado 30 de maio de 2023];26(2):455-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>
14. Nascimento S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. Serv Soc Soc [Internet]. 2010 [citado 28 de maio de 2024];(101):95-120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000100006>

# OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE CHALLENGES OF PSYCHOLOGY IN PUBLIC HEALTH POLICIES: AN EXPERIENCE REPORT

LOS DESAFÍOS DE LA PSICOLOGÍA EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Débora Rocha Carvalho <sup>1</sup>  
Renata Vieira de Sousa <sup>2</sup>  
Rodrigo da Silva Maia <sup>3</sup>  
Camilla Araújo Lopes Vieira <sup>4</sup>

## Como Citar:

Carvalho DR, Sousa RV, Maia RS, Vieira CAL. Os desafios da Psicologia nas políticas públicas de saúde: um relato de experiência. *Sanare*. 2025;24(1).

## Descritores:

Política Pública de Saúde; Prática Psicológica; Sistema Único de Saúde.

## Descriptors:

Public Health Policy; Psychological Practice; Unified Health System.

## Descriptores:

Política Pública de Salud; Práctica Psicológica; Sistema Único de Salud.

## Submetido:

02/07/2023

## Aprovado:

20/05/2025

## Autor(a) para Correspondência:

Débora Rocha Carvalho  
Rua Coronel Estanislau Frota, 563,  
Centro, Sobral-CE, CEP 62010-560  
E-mail: [deboradrc@gmail.com](mailto:deboradrc@gmail.com)

## RESUMO

A atuação de psicólogos na saúde pública surge como um campo promissor, permitindo a ampliação do cuidado com base na integralidade do sujeito, sendo o Sistema Único de Saúde um dos maiores contratadores da categoria no país. Posto isso, o presente estudo teve como objetivo identificar os principais desafios e expor propostas para o fortalecimento da categoria nesse contexto. Este trabalho consiste em um relato de experiência de natureza qualitativa e descritiva, por meio de atividade realizada com um grupo de estudantes de pós-graduação, em nível de mestrado profissional, de uma Instituição de Ensino Superior do interior do Ceará, utilizando-se da ferramenta digital Padlet para registrar perguntas e respostas relacionadas a essa temática. Os principais desafios apontados tinham relação com a compreensão das atribuições da profissão, trabalho em equipe e lacunas na formação. As propostas de melhoria incluíam, principalmente, reformulação curricular, educação permanente em saúde e conscientização sobre o trabalho multiprofissional. Faz-se necessária uma formação acadêmica mais abrangente, com estratégias interprofissionais bem delimitadas, bem como uma revisão curricular. Além disso, o investimento em formação complementar também se mostra fundamental para o cuidado em saúde.

1. Mestra em psicologia e políticas públicas pela Universidade Federal do Ceará – Campus de Sobral. E-mail: [deboradrc@gmail.com](mailto:deboradrc@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2849-8632>
2. Mestra em psicologia e políticas públicas pela Universidade Federal do Ceará – Campus de Sobral. E-mail: [renata.9.sousa@gmail.com](mailto:renata.9.sousa@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9970-3192>
3. Doutor em psicologia. Professor do Magistério Superior na Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus de Sobral. E-mail: [rodrigomaia@ufc.br](mailto:rodrigomaia@ufc.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8400-058X>
4. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pós-doutora pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em Clínica Psicanalítica. Docente da UFC – Campus de Sobral. E-mail: [tgd.camilla@gmail.com](mailto:tgd.camilla@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1706-3772>

**ABSTRACT**

*The role of psychologists in public health emerges as a promising field, allowing for the expansion of care based on the integrality of the individual, with the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) being one of the largest employers of psychologists in the country. Given this, the present study aimed to identify the main challenges and present proposals to strengthen the profession in this context. This work is a qualitative and descriptive experience report, based on an activity conducted with a group of graduate students at the professional master's level from a higher education institution in the backlands of Ceará, using the digital tool Padlet to record questions and answers related to this topic. The main challenges identified were related to the understanding of professional responsibilities, teamwork, and gaps in academic training. The improvement proposals primarily included curriculum reform, continuing health education, and awareness regarding multiprofessional work. A broader academic education, well-defined interprofessional strategies, and curriculum revision are necessary. Furthermore, investment in complementary training is also essential for health care.*

**RESUMEN**

*La actuación de los psicólogos en la salud pública surge como un campo prometedor, al permitir la ampliación del cuidado basado en la integralidad del sujeto, siendo el Sistema Único de Salud uno de los mayores contratantes de la categoría en el país. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo identificar los principales desafíos y presentar propuestas para el fortalecimiento de la categoría en dicho contexto. Se trata de un relato de experiencia de carácter cualitativo y descriptivo, realizado a partir de una actividad con un grupo de estudiantes de posgrado, a nivel de maestría profesional, de una Institución de Educación Superior del interior del estado de Ceará, utilizando la herramienta digital Padlet para registrar preguntas y respuestas relacionadas con esta temática. Los principales desafíos señalados estuvieron relacionados con la comprensión de las atribuciones de la profesión, el trabajo en equipo y las lagunas en la formación. Las propuestas de mejora incluyeron, principalmente, la reformulación curricular, la educación permanente en salud y la concienciación sobre el trabajo multiprofesional. Se hace necesaria una formación académica más amplia, estrategias interprofesionales bien definidas, así como una revisión curricular. Además, la inversión en formación complementaria también se revela fundamental para el cuidado en salud.*

.....

**INTRODUÇÃO**

A presença crescente dos profissionais de Psicologia nos campos articulados às políticas públicas de saúde é, hoje, uma realidade. Esse aumento nas últimas décadas tem ocorrido de forma considerável, e, de modo mais específico, desde a década de 70, com as reformas Psiquiátrica e Sanitária<sup>1</sup>. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores contratadores da categoria no país<sup>2</sup>. E, tendo em vista esse cenário, a Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB), impulsionada pelos movimentos sanitaristas, configurou-se como um forte movimento de mudanças de paradigmas e ideologias acerca dos cuidados às pessoas com transtornos mentais<sup>3</sup>. Essa reforma, especialmente, teve como objetivo promover a transformação dos modelos asilares e paradigmas manicomial de atenção e cuidados em saúde com a perspectiva da clínica ampliada<sup>1</sup>.

Partindo desse contexto, a saúde pública emergiu como um novo e profícuo campo de atuação para os psicólogos, pois é nesse cenário que esses

profissionais se inserem com a possibilidade de colaborar na ampliação do cuidado, com base na integralidade do sujeito, favorecendo uma visão multidimensional do processo saúde-doença-cuidado<sup>4</sup>.

No entanto, considerando a complexidade desse cuidado, sabe-se dos inúmeros desafios que partem desse contexto para efetivar tal prática, além de possíveis contribuições por meio da atuação profissional nas políticas públicas de saúde, “necessitando o estabelecimento de uma relação dialógica, problematizadora e reformadora no ensino-serviço-comunidade”<sup>5:23</sup>. Para tanto, faz-se necessário “desprender-se de um modelo rígido e clínico, e desenvolver uma nova forma do fazer *psi*, que, em geral, não tem sido tão trabalhada durante a graduação”<sup>5:23</sup>.

Outros autores, como Cintra e Bernardo<sup>6</sup>, também consideram a formação do psicólogo restrita aos moldes da clínica individual, na perspectiva dos consultórios particulares. Essas autoras consideram que a atuação da Psicologia precisaria conceber

caminhos distintos dessa lógica tradicional. Além disso, afirmam que “uma formação voltada para políticas públicas seria um importante instrumento para que o psicólogo já saísse da graduação com um olhar para essas questões e, assim, poderia ser mais fácil de realizar práticas condizentes com os preceitos do SUS”<sup>6:892</sup>.

Pesquisas recentes indicam mudanças significativas na formação em Psicologia, impulsionadas por experiências formativas inovadoras. Nestas, a formação interdisciplinar e a integração entre ensino, pesquisa e extensão configuram-se como estratégias eficazes para preparar profissionais comprometidos com a transformação social.

Algumas instituições têm adotado ações diferenciadas para articular a formação acadêmica às políticas públicas. Um exemplo disso é a Universidade de São Paulo (USP), que vem promovendo uma abordagem interdisciplinar na pós-graduação, articulando saúde coletiva e Psicologia social da práxis. Essa estratégia busca superar a fragmentação do conhecimento e fomentar uma formação crítica e reflexiva, alinhada aos princípios do SUS. Nesse contexto, a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão assume papel central, valorizando o diálogo entre saberes e a atuação profissional transformadora<sup>7</sup>.

Em face disso, este artigo propõe-se a identificar os desafios e as propostas de enfrentamento da atuação da Psicologia nas políticas públicas de saúde. Ademais, levanta a discussão em torno do assunto para o fortalecimento da categoria nesse cenário, por meio de atividade realizada com um grupo de estudantes de pós-graduação, no âmbito do mestrado profissional, de uma Instituição de Ensino Superior do interior do Ceará.

## MÉTODO

O presente trabalho se trata de um relato de experiência de natureza qualitativa e descritiva, realizado a partir de uma atividade desenvolvida com um grupo de estudantes de pós-graduação, no âmbito do mestrado profissional, de uma Instituição de Ensino Superior do interior do Ceará. Participaram do presente estudo 18 estudantes, que estavam durante a realização da atividade. As autoras utilizaram como instrumento para o registro de perguntas e respostas a ferramenta digital *Padlet*.

O *Padlet* é uma ferramenta que permite a produção

e organização de conteúdos hipertextuais on-line, em formato de murais dinâmicos. Nele é possível mesclar imagens, áudios, vídeos, textos e links, objetivando incorporar recursos audiovisuais acerca de determinado tópico. Todo o conteúdo disposto no mural se mantém armazenado na plataforma e pode ser visualizado posteriormente<sup>8</sup>.

A estratégia metodológica consistiu, inicialmente, na problematização de uma pergunta disparadora sobre os principais desafios percebidos e enfrentados nas políticas públicas de saúde. Em seguida, houve uma discussão, com base em um artigo que trata dos desafios para a superação de práticas normativas na Psicologia e políticas públicas. Ao final, partindo de outra pergunta disparadora, foi disponibilizado, novamente, o espaço digital para os alunos redigirem propostas e sugestões resolutivas acerca dos desafios que se mostraram mais emergentes.

Os dados coletados para essa pesquisa foram registrados e armazenados dentro da plataforma on-line e, posteriormente, dispostos em forma de tabela para uma visualização panorâmica das respostas. Em seguida, realizou-se um comparativo dessas informações com o artigo utilizado para a discussão junto a outras fontes da literatura. O procedimento escolhido para a análise das informações colhidas foi a Análise Temática (AT), a qual visa identificar, examinar, interpretar e apresentar padrões de temas com base nos dados qualitativos que foram expostos, permitindo organizar e descrever de maneira minuciosa o conjunto de dados disponível<sup>9</sup>.

O desenvolvimento desta produção científica foi subdividido em dois tópicos, partindo das perguntas disparadoras utilizadas no *Padlet*, sendo eles: “Desafios da Psicologia nas políticas públicas de saúde” e “Propostas para o enfrentamento das dificuldades”. Em cada tópico, serão discutidos temas que partiram da análise das respostas e que sintetizam a discussão relativa a cada eixo do desenvolvimento.

## DESAFIOS DA PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A Psicologia é uma disciplina que, tradicionalmente, concentra-se em três modelos de atuação: clínico, escolar e organizacional. Embora a regulamentação da profissão tenha ocorrido em 1962, a inserção do psicólogo no campo da saúde no Brasil começou já na década de 1950. No final da década de 1970, o processo de inserção da Psicologia

na saúde pública começou, inicialmente, para atender às demandas relacionadas à saúde mental<sup>10</sup>.

O Quadro 1, a seguir, apresenta as respostas obtidas em relação aos obstáculos enfrentados pela Psicologia nas políticas públicas de saúde, apontadas pelos psicólogos, no *Padlet*. As dificuldades apontadas incluem aspectos relacionados à compreensão das atribuições específicas da Psicologia dentro do serviço de saúde, a dificuldade de realizar um trabalho articulado com a equipe, lacunas no processo de formação profissional e fragilização das políticas públicas, assim como múltiplos desafios que causam uma sensação de ter que “tirar leite de pedra”, como foi dito por um dos participantes.

Quadro 1 – Respostas colhidas acerca dos desafios da Psicologia nas políticas públicas de saúde.

QUAIS OS PRINCIPAIS DESAFIOS QUE VOCÊ PERCEBE NA PSICOLOGIA DENTRO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS?	
Compreensão das atribuições específicas da psicologia dentro do serviço de saúde	Falta de estímulo de atividades de ensino-serviço-comunidade
Dificuldade de realizar um trabalho articulado com a equipe	Trabalho em equipe para as demandas comunitárias
Construção de estratégias em equipe	Compreensão do papel da psicologia
Lacunas na formação	Construção do fazer psicológico
Construção/delimitação do fazer profissional	Trabalho em equipe
Fragilização das políticas públicas	Construção de estratégias em equipe
Hierarquia profissional nos serviços	Tirar leite de pedra

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Durante a atividade proposta, observou-se que um dos principais desafios enfrentados pelos psicólogos é referente à lacuna que existe no processo formativo da graduação e os desdobramentos negativos que surgem disso. Percebeu-se que as instituições de ensino ainda demonstram falhas e insuficiências nas articulações entre teoria e prática no campo da saúde, não contemplando, portanto, uma compreensão satisfatória do papel do profissional neste contexto.

Acerca disso, os participantes responderam à primeira pergunta da atividade com frases como “lacunas na formação”, “construção do fazer psicológico”, “compreensão do papel da psicologia”, “construção/delimitação do fazer profissional”, “compreensão das atribuições específicas da Psicologia dentro do serviço de saúde”. Essas sentenças foram discutidas, posteriormente, com a turma, e concluiu-se que diziam respeito, sobretudo, às falhas na formação curricular desses profissionais, em virtude do ensino universitário, as quais se desdobram em forma de entraves para a atuação do psicólogo nesses espaços.

A formação acadêmica é crucial para embasar a atuação do profissional da Psicologia na saúde, pois os aportes teóricos e práticos fortalecem essa atuação. No entanto, os conteúdos abordados na formação nem sempre atendem às expectativas da sociedade em relação ao papel do psicólogo na saúde. Isso pode gerar um descompasso entre os valores culturais dos pacientes e dos profissionais, que ainda não colaboram para atender às necessidades atuais do campo de assistência à saúde<sup>11</sup>. Apesar dos avanços curriculares instituídos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Psicologia, ainda há muito a ser feito para ampliar o papel da Psicologia na sociedade e na área da saúde. É necessário continuar investindo em capacitações e em modelos de formação, para que os psicólogos possam atuar de forma mais efetiva e ética no SUS<sup>10,11</sup>.

É possível observar, também, que, devido a dificuldades de compreensão do fazer *psi* na área da saúde, tem havido a transposição do modelo clínico – baseado na psicoterapia individual de base tradicional – para postos, centros e ambulatorios de saúde, o que nem sempre atende aos objetivos das instituições e da população, resultando em ações pouco favoráveis para a saúde pública<sup>1,11</sup>. Com a Reforma Psiquiátrica e a perspectiva de construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, a Psicologia passou a integrar as equipes multiprofissionais que atuam nos serviços públicos de saúde. Esse processo de inserção da Psicologia na saúde pública envolveu a construção de modelos de intervenção e a formação de profissionais para atuarem em equipes multiprofissionais, que trabalham em conjunto na promoção da saúde e prevenção de doenças em

nível individual e coletivo<sup>9</sup>.

Com base nas respostas do *Padlet*, parte dos psicólogos apontou o “trabalho em equipe” como um desafio. Consideraram que no cuidado profissional compartilhado com outros saberes e discursos, por vezes, ocorre a fragmentação do trabalho no acompanhamento dos usuários, devido à complexidade dos casos, sem que, de fato, exerça-se um trabalho interprofissional possível, que inclua discussão de casos e estratégias de cuidado. Em consonância com isso, citaram, também, como desafio, a “construção de estratégias em equipe”, “hierarquia profissional nos serviços” e o “trabalho em equipe para demandas comunitárias”.

Diante disso, Sousa e colaboradores<sup>12</sup> afirmam que a interprofissionalidade associa-se à noção de trabalho em equipe de saúde, que deve ocorrer a partir de uma construção conjunta e de forma dialógica, com base no respeito às diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais que visam integralizar o cuidado em todos os níveis do SUS. Partindo disso, os psicólogos que participaram desta pesquisa alegaram, igualmente, que é no trabalho interprofissional que ocorre a ampliação do conhecimento na articulação com os diversos saberes. Enfatizaram ser uma estratégia que visa integrar o cuidado, que, apesar dos desafios, tem grande potencial para aprimorar o atendimento dos usuários e famílias<sup>12</sup>.

## PROPOSTAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DIFICULDADES

O Quadro 2, a seguir, apresenta as propostas e sugestões fornecidas pelos participantes para enfrentar os desafios da Psicologia nas políticas públicas de saúde. Dentre as temáticas abordadas, destacam-se, principalmente, a necessidade de reformulações curriculares, visando adequar a formação dos profissionais às demandas atuais; a importância da educação permanente em saúde e da educação continuada, que promovem o aprimoramento constante dos conhecimentos; e a conscientização coletiva sobre a relevância do trabalho multiprofissional, enfatizando a colaboração entre diferentes especialidades. Essas propostas apontam para a busca de soluções e aprimoramento das práticas da Psicologia nas políticas públicas de saúde, com vistas a oferecer um atendimento mais efetivo e abrangente.

Quadro 2 – Respostas colhidas acerca das propostas e sugestões dadas para enfrentar os desafios da Psicologia nas políticas públicas de saúde.

QUAIS PROPOSTAS/SUGESTÕES VOCÊ DARIA PARA O ENFRENTAMENTO DESSES DESAFIOS?	
Formação mais prática sobre políticas públicas, pois será onde a maior parte dos profissionais será absorvido pelo mercado de trabalho	Desenvolvimento de competências relativas aos processos psicológicos grupais e organizacionais
Ação, responsabilidade, interprofissionalidade, intersetorialidade, sair da zona de conforto	Docentes mais sensíveis ao campo da saúde como cenário de prática e aprendizagem
Desde a reformulação curricular até a educação continuada em serviço	Maiores investimentos em programas de educação para o trabalho em saúde, como o PET-Saúde
Conscientização coletiva da importância do trabalho multiprofissional	Maior integração da saúde com a universidade
Repensar as grades dos cursos	Reformulação curricular
Fortalecimento da interação entre serviço de saúde e ensino	Educação permanente
Maior investimento na educação pelo trabalho	Investimento em educação permanente

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Dessa forma, é importante compreender que, ao longo das décadas, houve avanços científico-metodológicos que reconfiguraram a prática e ampliaram os espaços de atuação do psicólogo. Surgiu, então, o projeto de resolução que instituiu as DCN para os cursos de graduação em Psicologia, que se baseiam em competências e habilidades profissionais para a formação dos psicólogos<sup>10</sup>. Essas diretrizes estabelecem princípios curriculares

que ampliam a visão tradicional da Psicologia, como a interface entre fenômenos psicológicos, biológicos e sociais, o olhar crítico para dimensões socioeconômicas, políticas e culturais, e o trabalho com promoção da qualidade de vida em diferentes contextos. O documento também define competências gerais e específicas para a formação em Psicologia, incluindo a atenção à saúde e a atuação inter e multiprofissional<sup>10</sup>.

Contudo, em relação à preparação dos psicólogos para a área da saúde, os pilares formativos dos programas de graduação em Psicologia ainda se mostram insuficientes para a correspondência de um modelo coerente com o Sistema Único de Saúde. Permanecem como elementos estruturantes dos planos de estudos dos profissionais de Psicologia as disciplinas de cunho biomédico e aquelas que se dedicam ao desenvolvimento da psicometria, tais como avaliação psicológica e estudos da psicopatologia<sup>13</sup>. Nesse sentido, no que se refere ao enfrentamento de desafios da Psicologia no campo da saúde, uma das propostas mais frequentemente mencionadas pelos participantes da presente pesquisa foi referente a adequações curriculares para a formação de psicólogos. As respostas variaram entre “a reformulação curricular”, “educação permanente em saúde”, “educação continuada em serviço”, “repensar as grades dos cursos” e “reformulação curricular”.

Diante dos achados, o currículo é apontado como recurso em que se estabelecem diversos elementos, tendo sido verificada, notadamente, uma formação em Psicologia desvinculada das atuais necessidades e inserção dos psicólogos em áreas sociais, incluindo a saúde pública. Como resultado, é necessário instituir novos parâmetros, tanto no âmbito acadêmico como nos serviços, para que a prática profissional possa estar em sintonia com as realidades, aspirações e demandas da sociedade<sup>1,13</sup>.

Dessa forma, a proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS), no âmbito do SUS, constitui-se como um conceito político-pedagógico relacionado às práticas de ensino-aprendizagem no cotidiano do trabalho, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde<sup>3</sup>. A perspectiva é a transformação da realidade, partindo da reflexão e da avaliação das ações no serviço, de forma a enfrentar as dificuldades que emanam desse cenário. O meio é a incorporação de novas tecnologias, referenciais teóricos e princípios às práticas estabelecidas com “espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança

institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção)” [...] <sup>14:162</sup>.

Partindo dessa compreensão, os participantes do presente estudo alegaram que a EPS poderia ser uma outra proposta para o enfrentamento das dificuldades na atuação da Psicologia nas políticas públicas de saúde, pois, com base na EPS, seria possível a reflexão sobre a prática em serviço de forma mais concreta, estabelecendo a oportunidade de uma aprendizagem significativa. Com base nisso, os psicólogos citaram: “Maiores investimentos em programas de educação para o trabalho em saúde” e “maior investimento na educação pelo trabalho”.

Nesse sentido, a EPS, de fato, seria uma estratégia fundamental para a transformação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo a interface entre as ações e o setor da educação, “submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde”<sup>14:164</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, por meio da experiência relatada e ampla discussão em torno da atuação do psicólogo nas políticas públicas de saúde, que é crescente a presença dos profissionais de Psicologia nesse contexto, sobretudo no âmbito do SUS. Esse aumento significativo, impulsionado pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, representa uma transformação de paradigmas e ideologias no cuidado às pessoas em sofrimento. Enfrentar os desafios dessa atuação requer uma formação acadêmica mais abrangente, que vá além do modelo clínico individual, bem como a construção de estratégias interprofissionais que promovam a integralidade do cuidado.

A lacuna existente entre a formação e a atuação profissional, aliada à necessidade de superar práticas normativas, demanda uma revisão curricular e a promoção de uma formação voltada para políticas públicas, a fim de que os psicólogos possam desempenhar um papel efetivo e ético na saúde pública. No entanto, não se deveria atribuir exclusivamente ao nível da graduação o papel da formação profissional, assim, enfatiza-se também a Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma

proposta complementar.

Visto que a graduação não daria conta, sozinha, de todo o referencial teórico e prático que abarque as experiências que serão vivenciadas a posteriori, seria a EPS, então, fundamental para tratar das lacunas da graduação e potencializar as transformações das práticas profissionais em serviço, problematizando criticamente os processos de trabalho e, com isso, qualificando o cuidado em saúde. Além disso, a atuação interprofissional, pautada no diálogo e no respeito às diferenças de saberes, torna-se também uma estratégia eficaz para aprimorar o atendimento aos usuários e suas famílias. Portanto, é essencial o investimento nessa formação, que prepare os psicólogos de forma mais abrangente e ética para atuar no SUS.

Por fim, é fundamental promover uma mudança na concepção do fazer *psi* na área da saúde, abandonando o modelo clínico tradicional e desenvolvendo novas formas de práticas condizentes com os preceitos do SUS, com enfoque na promoção da qualidade de vida em diferentes contextos.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Débora Rocha Carvalho e Renata Vieira de Sousa** contribuíram com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Rodrigo da Silva Maia e Camilla Araújo Lopes Vieira** contribuíram com a estruturação e revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- Mello RA, Teo CRPA. Psicologia: entre a atuação e a formação para o Sistema Único de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2019;39. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003186511>
- Galeano GB, Guareschi NMF, Reis C, Souza LHS. Psicologia, Políticas Públicas e Processos de Subjetivação: Enfrentamentos Em Tempos Urgentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2020;1(73). DOI: <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2021v73i1p.87-103>
- Ministério da Saúde. A Educação Permanente entra na roda – Pólos de Educação Permanente Em Saúde Conceitos e Caminhos a Percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Devera D, Silvio Y. A potência na formação de psicólogos para a atenção psicossocial: coerência paradigmática. 2018. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud*; 2018.
- Conselho Regional de Psicologia. Diversidade

Conselho Regional de Psicologia 11a Região/ Crp 11 de Práticas em Psicologia Cadernos Temáticos crp11 Edição Comemorativa do Dia da(o) Psicóloga(o) [Internet]. 2019 [citado 23 de abril de 2023];2. Disponível em: [https://crp11.org.br/wp-content/uploads/2022/03/29\\_vol-2-chamada-diversidade-praticas-arquivo-final-capa-folha-rosto-manuscrito-completo.pdf](https://crp11.org.br/wp-content/uploads/2022/03/29_vol-2-chamada-diversidade-praticas-arquivo-final-capa-folha-rosto-manuscrito-completo.pdf)

6. Cintra MS, Bernardo MH. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. *Psicologia: Ciência E Profissão* [Internet]. 2017 [citado 23 abril 2023];37(4). Disponível em: [www.scielo.br/j/pcp/a/QSnbz7GJVVCJLg8yQZxxz8G/?format=pdf](http://www.scielo.br/j/pcp/a/QSnbz7GJVVCJLg8yQZxxz8G/?format=pdf)

7. Scarcelli IR, Rivera MFA, Valentim ACMF, Lima NP, Martins AA. Saúde coletiva e psicologia social da práxis: um caminho interdisciplinar como metaformação na pós-graduação. *Saúde Debate*. 2022;46(135):1139-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213513>

8. Monteiro JCS. PADLET: Um Novo Modelo de Organização de Conteúdo Hipertextual. *Rev Encantar*. 2020;2(1):01-11.

9. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq Bras Psicol*. 2019;71(2):51-67.

10. Ferreira ISS, Soares CT. Residência Multiprofissional Em Saúde E Formação de Psicólogos Para O SUS. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2021;41(spe2). DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219139>

11. Travassos R, Mourão L. Lacunas de Competências de Egressos Do Curso Psicologia Na Visão Dos Docentes. *Psicol, Ciênc Prof*. 2018;38(2):233-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703004472016>

12. Sousa GO, Rios LT, Santos LN, Fialho LS, Quinderé PHD, Teixeira SB. Interprofissionalidade na atenção primária no contexto das vulnerabilidades sociais: um relato de experiência. *Essentia*. 2020;21(2). DOI: <https://doi.org/10.36977/ercct.v21i2.356>

13. Pitombeira DF, Xavier AS, Barroso REC, Oliveira PRS. Psicologia e a formação para a saúde: Experiências Formativas E Transformações Curriculares Em Debate. *Psicol, Ciênc Prof*. 2016;36(2):280-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001722014>

14. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: Desafio Ambicioso e Necessário. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2005;9(16):161-77. DOI: [www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?format=pdf&lang=pt).



# IMPACTO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

IMPACT OF PRIMARY CARE PRACTICES ON THE TRAINING OF MEDICAL STUDENTS: AN EXPERIENCE REPORT

IMPACTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE MEDICINA: INFORME DE EXPERIENCIA

Aluisio Dluca Alves e Gomes <sup>1</sup>

Danielle Costa do Amaral <sup>2</sup>

Vinicius Abreu Feijão <sup>3</sup>

Roberta Cavalcante Muniz Lira <sup>4</sup>

## Como Citar:

Gomes ADA, Amaral DC, Roberta VAF, Lira CM. Impacto das práticas de atenção primária na formação de estudantes de medicina: relato de experiência. *Sanare*. 2025;24(1).

## Descritores:

Estratégias de Saúde Nacionais; Educação Médica; Atenção Primária à Saúde.

## Descriptors:

National Health Strategies; Education, Medical; Primary Health Care.

## Descriptores:

Estrategias de Salud Nacionales; Educación Médica; Atención Primaria de Salud.

## Submetido:

05/08/2024

## Aprovado:

24/012025

## Autor(a) para Correspondência:

Roberta Cavalcante Muniz Lira  
Av. Comandante Maurocélvio Rocha  
Ponte, 100, Sobral-CE  
CEP: 62042-280  
E-mail: beta\_lira74@hotmail.com

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha papel crucial na garantia do acesso à saúde, reduzindo disparidades e promovendo equidade nos cuidados médicos. Este estudo tem por finalidade refletir sobre a contribuição da experiência de ensino em Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a formação dos discentes do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), campus Sobral. Trata-se de relato de experiência em que os alunos participaram de atividades práticas e teóricas para conhecer as características da Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). As práticas clínicas ocorreram por meio de quatro encontros que abordaram temáticas como organização, financiamento e vacinação, aspectos importantes da APS. A análise da experiência demonstrou o papel significativo que o Centro de Saúde da Família (CSF) exerce, destacando a comunidade como seu pilar principal, e a relevância do compromisso comunitário na formação médica, preparando os alunos para atuar de forma mais eficaz e humanizada na promoção e cuidado da saúde da população.

1. Discente do Curso de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral. E-mail: aluisiodluca@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1445-8964>

2. Discente do Curso de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral. E-mail: dani2022amaral@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1489-5842>

3. Discente do Curso de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral. E-mail: viniciusabreu0003@gmail.com. ORCID: 0009-0002-2537-7974. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2537-7974>

4. Enfermeira pela Universidade do Vale do Acaraú (UVA). Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail: beta\_lira74@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2163-4307>

**ABSTRACT**

*The Unified Health System (SUS) plays a crucial role in guaranteeing access to health, reducing disparities and promoting equity in access to medical care. This study aims to reflect on the contribution of the teaching experience in Basic Health Units (BHUs) to the training of students in the Bachelor's Degree in Medicine at the Federal University of Ceará (UFC), Sobral campus. This is an experience report in which students took part in practical and theoretical activities to learn about the characteristics of Primary Health Care, in the context of the Family Health Strategy. The clinical practices took place over four meetings, covering themes of organization, financing and vaccination, important aspects of primary care. Analysis showed the significant role played by the Family Health Post (PSF), highlighting the community as its main pillar, and the importance of community commitment in medical training, preparing students to act in a more effective and humanized way in promoting and caring for population health.*

**RESUMEN**

*El Sistema Único de Salud (SUS) desempeña un papel crucial en la garantía del acceso a la salud, reduciendo disparidades y promoviendo equidad en el acceso a los cuidados médicos. Este estudio tiene por finalidad reflexionar sobre la contribución de la experiencia de enseñanza en Unidades Básicas de Salud (UBS) para la formación de estudiantes del Curso de Medicina de la Universidad Federal de Ceará (UFC), campus Sobral. Se trata de un informe de experiencia donde los alumnos participaron en actividades prácticas y teóricas para conocer las características de la Atención Primaria de Salud, en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia. Las prácticas clínicas se llevaron a cabo mediante cuatro encuentros que abordaron las temáticas de organización, financiamiento y vacunación, aspectos importantes de la atención primaria. El análisis demostró el papel significativo que ejerce el Centro de Salud de la Familia (CSF), destacando a la comunidad como su pilar principal, y la relevancia del compromiso comunitario en la formación médica, preparando para actuar de manera más eficaz y humanizada en la promoción y cuidado de la salud de la población.*

**INTRODUÇÃO**

Visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído em 1988 por meio da Constituição Federal e em 1990, ratificados pela Lei a Lei Orgânica da Saúde (lei 8080), guiando-se pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade no tratamento comunitário. Seus serviços buscam atender a população de maneira igualitária, a fim de diminuir os impactos da desigualdade social. Isso torna o sistema um aliado do Governo para o alcance do bem-estar coletivo.<sup>1</sup>

A atenção à saúde pelo SUS guia-se no modelo dos três níveis, dentre os quais se encontra a Atenção Primária de Saúde (APS), a qual configura-se como uma porta de entrada dos cidadãos no SUS. Nesse contexto, é oportuno citar a criação do Programa Saúde da Família, em 1994, com o objetivo de ofertar um atendimento contínuo da Atenção Primária às famílias. Em 2006, este programa passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), já que o antigo termo não abrangia o seu real significado, ou seja, de uma prática sem a determinação de um tempo para acabar, mas uma ação contínua no atendimento individual e familiar.<sup>2</sup>

Assim, é fato que a ESF, executada, por exemplo, nas Unidades de Saúde da Família (USF), colabora com a otimização da saúde coletiva, uma vez que, como constituinte da Atenção Primária de Saúde, ela é porta de entrada para o SUS, a medida que acolhe o cidadão, compreendendo as suas demandas individuais e familiares primárias. Essa abordagem ajuda a evitar a superlotação dos outros dois níveis, o secundário e o terciário, visto que os encaminhamentos para estes dois outros níveis só ocorrerão nos casos em que a APS não for suficiente para atender à demanda.<sup>3</sup>

Cada USF atende uma determinada área do município, para isso ela conta com uma ou mais equipes multiprofissionais, as quais devem atender entre 600 e 1000 famílias. A equipe deve ser composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e entre 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde. O modelo de financiamento dessas unidades é o Previne Brasil, vigente desde 2019, o qual determina o custeio de acordo com o número de pessoas cadastradas na Unidade, com os resultados de desempenho e com as ações de estratégias de saúde adotadas. Essas Unidades disponibilizam, à comunidade, consultas,

exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos que auxiliam no controle do bem-estar social, bem como ajudam a prevenir a evolução de doenças e de quadros de disseminação infecciosa, nesse caso, por meio da vacinação.<sup>6</sup>

Diante de todo esse cenário, a introdução de estudantes de medicina em Unidades de Saúde da Família proporciona um contato antecipado com a atuação na atenção primária, reforçando o desenvolvimento da comunicação entre médico e paciente, bem como a compreensão da relação entre a doença e os fatores sociais. Esse ambiente também propicia ao aluno, ter contato com situações socioeconômicas e familiares que permeiam a realidade brasileira, mas que, muitas vezes, são alheias a sua vivência, estimulando a habilidade de superar situações desafiadoras. Essa prática induz o amadurecimento profissional e humano dos alunos já no início do curso. Assim, torna-se evidente a importância dessa metodologia de ensino, a qual é colocada em prática na Universidade Federal do Ceará, em Sobral.<sup>7</sup>

Quadro 1 - Bibliografia Indicada

PRÁTICA CLÍNICA 1 e 2 - Processo de Organização da Atenção Primária à Saúde	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Retratos da Atenção básica 2012 – Gestão da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
	Costa LB; Mota, MV; Porto, MM de A; et al. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i> , 26(6):2083-2096, 2021.
	Portela, LR; Dias, MS de A; Vasconcelos, MIO. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Análise da autoavaliação em Sobral, CE. <i>Sanare, Sobral</i> , v.12, n.1, p.40-45, jan/jun. 2013.
	Silva, ALF da; Sousa, RM. A roda como espaço de co-gestão da residência multiprofissional em Saúde da Família do município de Sobral-CE. <i>Sanare, Sobral</i> , v.9, n.2, p.07-13 ,jul./dez.2010.
	Logbooks online em treinamento de cirurgia de urgência/emergência. Carlos Magno Queiroz da Cunha; Victor Andrade de Araújo; José Everardo Silveira-Neto; Daniela Chiesa; Francisco Julimar Correia de Menezes. <i>Rev Med Minas Gerais</i> 2017; 27:e-1908.
PRÁTICA CLÍNICA 3 – Financiamento da Saúde/Previne Brasil	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo financiamento da APS – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
	Harzheim, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i> , 25(4):1189-1196, 2020
	Magrini Carneiro Mendes K, Carnut L, Dias da Silva Guerra L. Cenários de práticas na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo “Programa Previne Brasil”. <i>J Manag Prim Health Care</i> [Internet]. 8º de julho de 2022 [citado 26º de fevereiro de 2024];14:e002. Disponível em: <a href="https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1186">https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1186</a>
	Massuda, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? <i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i> , 25(4):1181-1188, 2020
PRÁTICA CLÍNICA 4 - Vacinação	BRASIL. Ministério da Saúde Portaria 2446, de 11 de novembro de 2014. Brasília. DF, 2014.
	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p.

Fonte: dados da pesquisa.

Refletir sobre a contribuição da experiência de ensino em Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a formação dos estudantes do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), campus Sobral, em relação à Atenção Primária à Saúde (APS) é o objetivo centro deste estudo. Além disso, também foi possível investigar as atividades práticas e teóricas realizadas pelos estudantes durante a experiência de ensino em Unidade Básica de Saúde (UBS); Avaliar a percepção dos estudantes sobre a experiência de ensino em UBS, destacando a importância da mesma para sua formação acadêmica e profissional; Identificar os impactos da vivência em UBS na compreensão dos princípios e na prática da APS pelos estudantes de medicina; Analisar o papel das UBS, em particular dos Centros de Saúde da Família (CSF), na formação dos alunos de medicina, destacando a relevância do compromisso comunitário na prática médica.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do caráter descritivo, qualitativo do tipo relato de experiência, sobre a vivência dos estudantes de graduação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), no município de Sobral/CE, abordando o funcionamento e o desenvolvimento da atividade de práticas clínicas realizadas nos Centros de Saúde da Família (CSF) dos bairros Campo do Velhos, Estação, Sinhá Sabóia e Junco e os seus impactos na educação médica.

O estudo foi produzido a partir do relato das atividades realizadas pelos discentes no contexto do módulo de Atenção Básica à Saúde, coordenado pela professora do referido módulo. A turma foi dividida em 4 grupos de 10 estudantes e cada grupo foi para um dos 4 Centros de Saúde da Família selecionados (Sinhá Sabóia, Junco, Estação e Campo dos Velhos) de acordo com o horário designado para a atividade (8:00 às 12:00). Nos Centros de Saúde da Família, os estudantes observaram, acompanharam e desenvolveram atividades propostas e durante esse processo, realizaram anotações necessárias para o posterior preenchimento do *logbook*, ferramenta de ensino-aprendizagem utilizada em diversos campos do conhecimento, onde cabe ao estudante anotar suas experiências diárias após cada prática clínica. Houve uma preparação na semana anterior ao primeiro dia de todas as práticas clínicas, onde foi administrado um conteúdo introdutório ao tema e fornecidas as orientações sobre a conduta dentro

do CSF. Os registros constam nos diários de campo (*logbooks*), orientados em cinco blocos temáticos: “O que vi”, “O que fiz”, “O que aprendi”, “O que preciso aprender” e “Adequações sugeridas para as próximas práticas clínicas”.

Cada grupo contou com o acompanhamento de um professor orientador vinculado à universidade e um funcionário responsável por gerenciar o Centro de Saúde da Família, além da interação com outros profissionais que trabalham no Centro.

Tendo em vista que o relato de experiência tem como objetivo tornar público o funcionamento dessas práticas para a comunidade científica e acadêmica e pelo fato de se tratar de apontamentos já registrados e aprovados, não é necessária a submissão desse relato ao Comitê de Ética e Pesquisa.

## Imagem 1 – Modelo de Logbook



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ

CURSO – MEDICINA - Campus de Sobral

LOGBOOK PRÁTICA CLÍNICA 4 – VACINAÇÃO

Disciplina: GESTÃO EM SAÚDE, ANTROPOLOGIA E CUIDADOS INTEGRATIVOS EM SAÚDE
Data: 23/04
Estudante:
Matrícula:

O QUE VI?

1.
2.
3.
4.
5.

O QUE FIZ?

1.
2.
3.
4.
5.

O QUE APRENDI?

1.
2.
3.
4.
5.

O QUE PRECISO APRENDER

1.
2.
3.
4.
5.

ADEQUAÇÕES SUGERIDAS PARA AS PRÓXIMAS PRÁTICAS CLÍNICAS

---



---



---



---



---

Fonte: próprio autor

## RELATO DA EXPERIÊNCIA

No segundo semestre do curso de Medicina na UFC, campus Sobral, os estudantes são introduzidos à prática da APS, com visitas aos CSF durante quatro semanas, cada uma abordando temas relacionados ao SUS e à atenção básica.

Nas duas primeiras semanas, os alunos estudaram o processo de organização da APS. Os CSF da Estação e Campo dos Velhos, entre os visitados, oferecem serviços essenciais como acompanhamento odontológico, farmácia com medicamentos gratuitos, consultas agendadas e de urgência com médicos e enfermeiros, sessões de fisioterapia, salas de pequenos procedimentos e vacinação, além da atuação dos agentes comunitários para atendimento local. Os alunos aprenderam que os CSF registram pacientes no Sistema de Regulação do SUS por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), além de preencherem declarações de óbito e nascimento, essenciais para os sistemas nacionais SIM e SINASC.

Atividades coletivas de promoção da saúde, como aulas de dança, grupos para idosos, encontros para pais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e ações sobre diabetes e hipertensão, são promovidas por agentes, estudantes e demais profissionais, fortalecendo o vínculo com a comunidade e facilitando adesão às práticas preventivas e terapêuticas.

A experiência da APS na prática torna a formação médica mais comprometida e próxima da realidade profissional futura.

Na terceira semana, foi apresentado o financiamento da saúde e funcionamento do programa *Previne Brasil*. O repasse de recursos depende de captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo a ações estratégicas, que consideram o número de cadastrados no CSF, cumprimento de metas e adoção de programas como *Academia Saúde*, *Consultório de Rua* e *Programa Saúde na Escola*.

Na prática, as UBS preenchem planilhas de monitoramento trimestral de gestantes, recém-nascidos estratificados por risco e vacinas aplicadas em crianças até um ano. Consultas pré-natais, exames de sífilis e HIV, citopatológicos, hemoglobina glicada e aferição de pressão arterial são alguns serviços acompanhados pelos alunos.

Alguns estudantes realizaram visitas domiciliares com agentes de saúde, que desempenham papel fundamental no cadastro e acompanhamento da população vulnerável e daqueles impossibilitados

de visitar o CSF, atuando territorialmente para um atendimento mais eficaz<sup>1</sup>.

O programa *Previne Brasil* busca ampliar o acesso aos serviços da APS, integrando profissionais e gestores para assegurar objetivos financeiros e de cuidado à população<sup>11</sup>.

Na quarta semana, os estudantes aprenderam sobre vacinação, observando a estrutura das salas, organização de materiais e armazenamento das vacinas, além de estudarem o calendário vacinal, protocolos, vias de administração e disponibilidade das vacinas no sistema público e privado.

Uma ferramenta essencial demonstrada foi o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), que permite avaliar riscos epidemiológicos pela análise do número de vacinados por faixa etária, período e localidade<sup>12</sup>.

A imunização é fundamental para prevenir doenças e garantir a saúde populacional. Conhecer os métodos, organização e registros relacionados à vacinação ajuda a desmistificar mitos e introduz os alunos a uma área primordial da APS. Uma das principais ferramentas do Programa Nacional de Imunização (PNI) demonstrada aos alunos é o Sistema de Informações do PNI (SI-PNI). Através dele é possível avaliar o risco de ocorrência de epidemias ou endemias, a partir do registro da quantidade de pessoas vacinadas, que são agregadas por faixa etária, período e área geográfica.<sup>12</sup>

A imunização é importante para a prevenção de doenças e para a garantia da saúde da população. Ter a possibilidade de conhecer os métodos de aplicação, a estrutura geral das salas de vacinação e a forma de cadastro é primordial para todos os profissionais da saúde. Isso permitiu desmistificar diversas mentiras que envolvem a vacinação e introduzir os alunos a uma área primordial da APS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas clínicas realizadas nos Centros de Saúde da Família foram fundamentais para enriquecer a formação dos alunos de medicina da Universidade Federal do Ceará, proporcionando uma experiência prática e imersiva na Atenção Primária à Saúde. Essa vivência contribuiu não apenas para o conhecimento técnico, mas também para o desenvolvimento de habilidades humanizadas e o entendimento da importância do compromisso comunitário na prática médica.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Aluisio Dluacas Alves e Gomes, Danielle Costa do Amaral e Vinicius Abreu Feijão** contribuíram com o delineamento e a realização do trabalho, o relato de experiência e a redação do manuscrito. **Roberta Cavalcante Muniz Lira** contribuiu com a revisão da literatura, redação e revisão crítica do manuscrito.

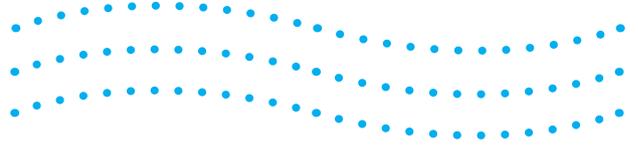
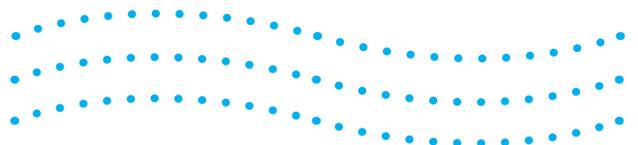
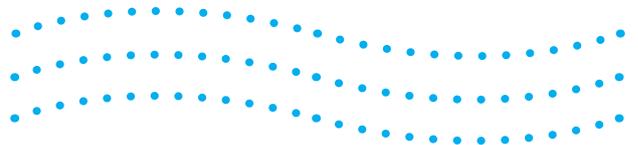
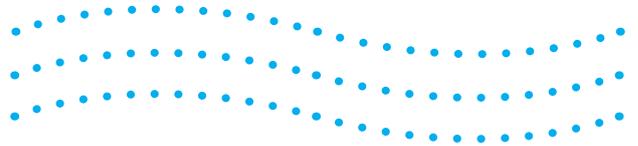
## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União; 1988.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(6):1903-14. doi:10.1590/1413-81232018236.05592018.
3. Andrade LOM, Barreto IC, Goya N, Martins Jr T. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. Sanare. 2013;5(1). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/118>
4. Costa Neto MM. Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(4):1181-8. doi:10.1590/1413-81232020254.01022020.
6. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Brasília; 2024. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoescarteira\\_servicos\\_atencao\\_primaria\\_saude\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoescarteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf)
7. Campos MAF, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina sobre a importância do estágio em Saúde da Família. Rev Bras Educ Méd. 2008;29(1):83-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/11.pdf>
8. Cunha CMQ, Araújo VA, Silveira-Neto JE, Chiesa D, Menezes FJC. Logbooks online em treinamento de cirurgia de urgência/emergência. Rev Med Minas Gerais. 2017;27:e1908.
9. Carvalho FFB, Almeida ER, Loch MR, Knuth AG. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. Ciênc Saúde Coletiva. 2022;27(6):2163-74. doi:10.1590/1413-81232022276.15242021.

10. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(11):4521-30. doi:10.1590/1413-812320202511.30662018.

11. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad Saúde Pública. 2020;36(9):e00180020. doi:10.1590/0102-311x00180020.

12. Oliveira VC, Guimarães EA, Amaral GG, Silva TIM, Fabríz LA, Pinto IC. Acceptance and use of the Information System of the National Immunization Program. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:e3360. doi:10.1590/1518-8345.3360.3307.



# EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

HEALTH EDUCATION WITH PREGNANT WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE: AN EXPERIENCE REPORT

EDUCACIÓN EN SALUD CON GESTANTES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Monaliza de Sousa Moura <sup>1</sup>Maria Gabriela Cardoso Teles Monteiro <sup>2</sup>**Como Citar:**

Moura MS, Monteiro MGCT. Educação em saúde com gestantes na Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência. *Sanare*. 2025;24(1).

**Descritores:**

Gestantes; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Fisioterapia.

**Descriptors:**

Pregnant Women; Health Education; Primary Health Care; Physical Therapy.

**Descritores:**

Gestantes; Educación en Salud; Atención Primaria de Salud; Fisioterapia.

**Submetido:**

31/04/2024

**Aprovado:**

30/01/2025

**Autor(a) para Correspondência:**

Monaliza de Sousa Moura  
Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPa) - Avenida São Sebastião, 2819 - Nossa Senhora de Fátima, Parnaíba - PI, 64202-020.  
E-mail: monalizasmoura@outlook.com

**RESUMO**

O presente estudo trata-se do relato de experiência de uma residente de Fisioterapia acerca do processo de criação e organização de encontros de Educação em Saúde com um grupo de gestantes que realizam pré-natal na Unidade Básica de Saúde na qual a equipe de residentes está lotada. A necessidade de disseminar informações acerca da gestação, puerpério e maternidade foi observada durante a rotina de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família. Após a reunião de planejamento mensal e organização da atividade, foram realizados três encontros abordando as mudanças fisiológicas da gestação, os tipos de parto e a amamentação. As participantes demonstraram boa aceitação para integrar as rodas de conversa, com uma interação positiva tanto entre elas quanto com a equipe. Os resultados evidenciam que a Educação em Saúde oportunizou às gestantes novos aprendizados, integração e compartilhamento de saberes e vivências. Foi possível perceber ainda o papel transformador e político das ações coletivas de Educação em Saúde na vida das participantes.

1. Fisioterapeuta pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: monalizasmoura@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3876-9910>

2. Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestra em Ciências Biomédicas pela UFPI. Especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). E-mail: gabitelesmonteiro@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9679-0139>

**ABSTRACT**

*This study is an experience report by a Physical Therapy resident regarding the process of creating and organizing Health Education sessions with a group of pregnant women attending prenatal care at the Primary Health Care Unit where the residency team is based. The need to disseminate information about pregnancy, postpartum, and motherhood was identified during the routine of a Multiprofessional Residency Program in Primary Care/Family Health. Following a monthly planning meeting and the organization of the activity, three sessions were held addressing physiological changes during pregnancy, types of childbirth, and breastfeeding. The participants demonstrated good acceptance joining the discussion groups, with positive interaction both among themselves and with the team. The results highlight that health education provided the pregnant women with new learning opportunities, integration, and the sharing of knowledge and experiences. It was also possible to perceive the transformative and political role of collective health education actions in the participants lives.*

**RESUMEN**

*Este estudio se trata del relato de experiencia de una residente de Fisioterapia sobre el proceso de creación y organización de encuentros de Educación en Salud con un grupo de gestantes que realizan control prenatal en la Unidad Básica de Salud donde está asignado el equipo de residentes. La necesidad de difundir información sobre el embarazo, el puerperio y la maternidad fue identificada durante la rutina de un Programa de Residencia Multiprofesional en Atención Básica/Salud de la Familia. Tras una reunión mensual de planificación y organización de la actividad, se llevaron a cabo tres encuentros en los que se abordaron los cambios fisiológicos del embarazo, los tipos de parto y la lactancia materna. Las participantes demostraron buena receptividad para integrarse a los círculos de diálogo, con una interacción positiva tanto entre ellas como con el equipo. Los resultados evidencian que la educación en salud brindó a las gestantes nuevos aprendizajes, integración y el intercambio de saberes y experiencias. Además, se pudo percibir el papel transformador y político de las acciones colectivas de educación en salud en la vida de las participantes.*

.....

**INTRODUÇÃO**

A gestação e o parto são considerados eventos fisiológicos na vida da mulher. No entanto, esse período é permeado por alterações físicas e emocionais, caracterizando-se em um momento marcado por dúvidas, crenças, expectativas e que requer inúmeros cuidados por parte da equipe de saúde e da família<sup>1</sup>.

Historicamente, os primeiros programas, criados nas décadas de 30, 40 e 70, voltados para a assistência à saúde da mulher, possuíam uma visão restrita às questões relacionadas à gestação e ao parto<sup>2</sup>. Em 1983, visando a redução da morbimortalidade materna e infantil, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>3</sup>. De forma inovadora, esse documento histórico trouxe aspectos não apenas da saúde reprodutiva, mas também ações relacionadas à atenção integral da população feminina.

Todavia, somente em 2011 foi implantada a Rede Cegonha, por meio da Portaria número 1.459, com o objetivo de assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério às mulheres<sup>4</sup>. Um dos

componentes dessa rede temática é o pré-natal, o qual deve acontecer no nível primário de atenção à saúde.

O acompanhamento pré-natal visa o desenvolvimento saudável da gestação, abordando aspectos psicossociais, bem como atividades educativas e preventivas<sup>5</sup>. Ademais, o pré-natal representa uma janela de oportunidade para que o sistema de saúde atue integralmente na promoção e, muitas vezes, na recuperação da saúde das mulheres<sup>6</sup>, sendo, por isso, essencial a realização de todas as consultas para garantir o bem-estar do binômio materno-infantil durante a gestação e após o parto.

Com o objetivo de ampliar o conhecimento e promoção de comportamentos saudáveis, a Educação em Saúde constitui-se como um processo educativo que gera a construção de saberes em saúde, tendo por finalidade a aquisição de seu conteúdo pela população<sup>7</sup>, mostrando-se fundamental para preparar a mulher e a sua rede de apoio para o desenvolvimento gestacional. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa um espaço estratégico para a realização de Educação em Saúde com esse público.

A realização do cuidado de qualidade e de forma longitudinal deve ser uma responsabilidade

compartilhada entre os profissionais de saúde integrantes da equipe multidisciplinar, sendo o fisioterapeuta apto a atuar na promoção e proteção da saúde<sup>8</sup>. Desse modo, esse integrante da equipe multidisciplinar atua de forma específica frente às demandas da gestante, ofertando orientações sobre atividades ocupacionais, promoção do bem-estar materno e fetal, prevenção de complicações, tratamento de desconfortos, disfunções musculoesqueléticas e uroginecológicas<sup>9</sup>.

A necessidade de disseminar informações acerca da gestação, puerpério e maternidade foi observada durante a rotina de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, por meio de interconsultas e salas de espera, em que repetidamente surgiam questionamentos relacionados às mudanças decorrentes do período gestacional, amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Dessa forma, conhecer, valorizar e disseminar a Educação em Saúde para as gestantes contribui para a melhoria da assistência fisioterapêutica para esse público. Além disso, os momentos de compartilhamento de experiências e aprendizado de novos conhecimentos proporcionam uma vivência única para as usuárias, as quais poderão criar memórias afetivas sobre o cuidado recebido durante um momento transformador.

Este trabalho tem como objetivo relatar o processo de criação e organização de encontros de Educação em Saúde com um grupo de gestantes em acompanhamento pré-natal na Unidade Básica de Saúde onde a Equipe Multiprofissional de residentes está inserida. Além disso, busca documentar a experiência de uma residente de Fisioterapia nas atividades de Educação em Saúde voltadas para gestantes na Atenção Primária, com o intuito de ampliar e aprimorar o conhecimento e as práticas de saúde durante a gestação e o puerpério. O estudo também visa compartilhar as percepções da profissional e a resposta das usuárias em relação às abordagens realizadas.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo, na forma de relato de experiência, desenvolvido por uma fisioterapeuta residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família. O trabalho descreve o desenvolvimento de três encontros planejados e

estratégicos com gestantes em acompanhamento pré-natal em uma UBS, localizada em Parnaíba, Piauí.

A residência multiprofissional, como modalidade de ensino de pós-graduação, é orientada pelo arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS) e voltada para a Educação em Saúde, pautando-se nas necessidades e realidades locais e regionais da população. Nesse contexto, os encontros realizados na UBS contaram com a participação de gestantes que estavam na unidade para consultas agendadas com o médico ou enfermeiro da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além daquelas convidadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pertencentes ao território atendido.

Além de ser um dos campos de atuação da residência multiprofissional, a ideia inicial dos encontros surgiu a partir da percepção de que as mulheres que chegavam ao posto de saúde para iniciar, ou dar continuidade, ao acompanhamento pré-natal, possuíam dúvidas e questionamentos relacionados à gestação, parto e puerpério. Essas questões, devido ao tempo limitado de consulta e à não possibilidade de interconsulta ou outro tipo de contato multiprofissional até a chegada da equipe de residentes ao território, não eram exploradas ou sanadas.

A equipe da Estratégia Saúde da Família da Unidade é composta por 1 enfermeiro, 1 técnica de enfermagem, 2 médicos, 8 agentes comunitários de saúde, 1 atendente social, 1 atendente de regulação, 1 auxiliar de limpeza, 1 vigia e 1 equipe de residentes multiprofissionais (1 fisioterapeuta, 1 enfermeira e 1 psicóloga). Esses profissionais atendem a uma população de 4.621 usuários, de acordo com os dados do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), em uma área urbana da cidade de Parnaíba, Piauí.

Dessa maneira, durante a reunião de planejamento mensal da equipe da ESF, a equipe de residentes apresentou o problema identificado nesse público: as dúvidas e inseguranças recorrentes relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. Nesse contexto, sugeriu-se a realização de encontros para abordar as principais questões das gestantes, proposta que foi bem recebida pela equipe. Acordou-se que os ACS convidariam todas as gestantes de suas microáreas para participar dos encontros.

Inicialmente, planejava-se uma reunião geral para esclarecer as dúvidas, mas, ao organizar as questões levantadas previamente, especialmente nas salas de espera, decidiu-se agrupá-las por temas. Dessa forma, os assuntos foram divididos em eixos

de ensino para a Educação em Saúde, possibilitando a realização de três encontros, baseados na divisão das temáticas em núcleos de conteúdo (gestação, parto e puerpério), também considerando o cronograma da ESF.

Com a finalidade de organizar as informações relacionadas às participantes dos encontros e obter um *feedback* da Educação em Saúde promovida, foi criada uma ficha contendo: nome, a idade materna e a gestacional, o número de gestações, além de duas perguntas: “Como foi para você participar do encontro?” e “Qual palavra representa o seu sentimento em relação à gestação?”. O intuito era monitorar e acompanhar qualitativamente o impacto da criação dessa estratégia de Educação em Saúde. Ao final de cada reunião, todos esses dados foram anotados, pelas residentes, nesse documento impresso e arquivados para registro da atividade realizada.

Os encontros foram realizados na própria UBS, sendo o primeiro e o segundo realizados em uma sala da unidade que comportasse de maneira confortável as gestantes presentes. Já o terceiro encontro foi realizado na área maior, no espaço externo anexo à unidade. Após a organização e condução dos encontros foi possível avaliar os impactos dessa iniciativa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das participantes variou entre 15 e 31 anos, enquanto a idade gestacional variou entre 9 e 38 semanas. Dentre as 17 gestantes que participaram dos encontros, 7 estavam vivenciando a gestação pela primeira vez. As multíparas já haviam passado por 2, 3 ou 4 gestações anteriores.

A ideia de organização dos encontros surgiu da necessidade de criar um espaço para que a equipe pudesse conversar com as gestantes em acompanhamento pré-natal sobre as principais dúvidas levantadas durante as salas de espera e interconsultas. As dúvidas foram agrupadas por temas, e os encontros foram estruturados conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Planejamento e organização dos encontros do grupo de gestantes.

	1º encontro (15/08/2024)	2º encontro (22/08/2024)	3º encontro (29/08/2024)
Tema geral	<b>Mudanças decorrentes da gravidez</b>	<b>Tipos de parto</b>	<b>Amamentação e puerpério</b>
Subtemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudanças no sistema tegumentar, urinário, gastrointestinal e musculoesquelético;</li> <li>- Ergonomia no período gestacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferenças entre os tipos de parto;</li> <li>- Indicações e contraindicações para cada tipo de parto;</li> <li>- Fases do trabalho de parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados durante a gestação, importância do pré-natal e da amamentação;</li> <li>- Mudanças no corpo da mulher no pós-parto;</li> <li>- Cuidados com a mulher no pós-parto;</li> <li>- Orientações ergonômicas e posicionamento da mãe e do bebê;</li> <li>- Tipos de mamilo;</li> <li>- Ambiente ideal para amamentar;</li> <li>- Retirada e armazenamento do leite materno;</li> <li>- Cuidados com o recém-nascido e com a criança;</li> <li>- Saúde mental materna no puerpério.</li> </ul>

Momentos	- Apresentação entre as usuárias gestantes; - Roda de conversa: 1. Pergunta para cada gestante: "Qual a maior mudança que você percebeu no seu corpo após o início da gestação?"; 2. Fala sobre os subtemas; 3. Resposta às perguntas; - Conversa com cada gestante de forma individual para coletar os dados da ficha.	- Apresentação entre as usuárias gestantes; - Roda de conversa: 1. Pergunta para cada gestante: "Qual o tipo de parto você gostaria de ter?"; 2. Fala sobre os subtemas; 3. Resposta às perguntas; - Conversa com cada gestante de forma individual para coletar os dados da ficha.	- Roda de conversa: 1. Fala sobre os subtemas; 2. Resposta às perguntas; - Conversa com cada gestante de forma individual para coletar os dados da ficha.
Materiais	- Slides; - Imagens impressas.	- Pelve de gesso; - Boneca; - Slides.	- Mama didática de crochê; - Boneca.
Profissionais envolvidos	Equipe multiprofissional	Equipe multiprofissional	Equipe multiprofissional e Equipe da Estratégia Saúde da Família.
Número de participantes	5	4	12

Fonte: elaboração própria.

As participantes demonstraram boa aceitação para integrar as rodas de conversa, com uma interação positiva tanto entre elas quanto com a equipe. Além disso, ao final dos encontros, relataram que se sentiram mais amparadas e seguras para vivenciar o processo da maternidade. Algumas gestantes também ressaltaram a importância de receber orientações de profissionais de saúde, considerando a grande quantidade de fontes de informação duvidosas disponíveis atualmente. Quando questionadas sobre qual palavra descreve o sentimento de estar participando daquele momento, grande parte das mulheres respondeu que seria de "felicidade". Dessa forma, a Educação em Saúde promovida contribui para a autonomia das gestantes, incentivando o autocuidado durante a gestação e no pós-parto.

O primeiro encontro ocorreu em 15 de agosto de 2024, com a presença da equipe de residentes e cinco gestantes que aguardavam a consulta de pré-natal. No primeiro momento, cada gestante apresentou-se, mencionando seu nome e idade gestacional, em uma dinâmica que durou cerca de 10 minutos. No segundo momento, com o objetivo de tornar o encontro mais dinâmico e participativo, a fisioterapeuta residente iniciou a discussão sobre as mudanças decorrentes da gravidez, fazendo a seguinte pergunta: "Qual a maior mudança que você percebeu no seu corpo após o início da gestação?". Em seguida, foram explicadas

as modificações nos sistemas tegumentar, urinário, gastrointestinal e musculoesquelético, além de abordar orientações sobre ergonomia durante o período gestacional. Neste último tópico, foram exibidos slides com fotos de adaptações ergonômicas que as gestantes poderiam adotar em sua rotina para reduzir a sobrecarga corporal. Após esclarecer todas as dúvidas, a fisioterapeuta residente conversou individualmente com cada participante para coletar dados e preencher uma ficha previamente elaborada, com as perguntas já anteriormente descritas. Em seguida, as gestantes foram encaminhadas para a consulta de acompanhamento pré-natal com os enfermeiros.

Segundo as participantes, as maiores mudanças percebidas em seu corpo, com a gestação, foram: diminuição da disposição para realizar as atividades diárias, o aumento do sono e das dores articulares e musculares, além de fadiga muscular. Nesse momento, ficou evidente o sentimento de identificação entre elas, pois as gestantes complementavam os relatos umas das outras, reforçando a experiência compartilhada. De acordo com Fiat<sup>10</sup>, muitas mudanças fisiológicas e anatômicas ocorrem durante a gestação, mas as alterações mais comuns são aquelas que afetam o sistema musculoesquelético.

Acerca da ergonomia no período gestacional, foram mostradas imagens de adaptações que

facilitariam a rotina delas, como agachar de forma correta e carregar sacolas ou outro peso. Elas relataram não ter conhecimento sobre o assunto e nem saber que existem possibilidades que ajudam a diminuir a sobrecarga e as dores decorrentes do desenvolvimento do bebê. Outros estudos mostram que o uso de metodologias baseadas em problemas cotidianos do público-alvo da Educação em Saúde estimula a implementação dessas ações na realidade concreta, pois a implementação de estratégias lúdicas e de metodologia participativa torna os sujeitos do processo de aprendizagem protagonistas da construção coletiva de ações para transformar a sua realidade, promovendo maior engajamento e adesão às práticas de autocuidado<sup>11-14</sup>.

Além disso, houve grande interesse por parte das gestantes quando foram apresentadas posturas e posicionamentos ergonomicamente adequados, que poderiam proporcionar mais conforto durante o período gestacional e o puerpério. As participantes relataram que realizavam movimentos como calçar os sapatos e levantar da cama de maneira intuitiva ou pediam ajuda a outras pessoas. O processo de gestar desperta um lado aberto ao conhecimento e aprendizado, o que torna o momento propício para realizar a Educação em Saúde<sup>13</sup>.

O segundo encontro ocorreu no dia 22 de agosto de 2024, uma semana após o primeiro. Estavam presentes a equipe de residentes e quatro gestantes que aguardavam a consulta de pré-natal. Nenhuma das gestantes havia participado da reunião anterior. Novamente, foi realizado um momento de apresentações, em que elas mencionaram seus nomes e a idade gestacional. Em seguida, a fisioterapeuta perguntou: "Qual o tipo de parto você gostaria de ter?". A partir disso, a conversa abordou as diferenças entre os tipos de parto, suas indicações e contra-indicações, além das fases do trabalho de parto. Nesse momento, surgiram questionamentos, especialmente sobre o poder de escolha da mulher em relação ao parto que deseja. Após a discussão e o esclarecimento das dúvidas, como na primeira reunião, a residente coletou as informações pertinentes de cada usuária.

No terceiro encontro, que ocorreu no dia 29 de agosto de 2024, estavam presentes a equipe de residentes, o enfermeiro gestor da unidade, os ACS, o médico da equipe, 11 gestantes e uma puérpera. Além disso, destaca-se a presença de quatro acompanhantes dessas mulheres. Das 11 grávidas, três haviam participado do primeiro encontro e uma

estava presente na segunda reunião. Esse encontro contou com a participação de toda a equipe da unidade, pois também marcou o encerramento do Agosto Dourado, mês dedicado ao incentivo ao aleitamento materno.

Assim, o enfermeiro iniciou o encontro abordando a importância dos cuidados com o binômio materno-infantil, destacando os benefícios da amamentação para o bebê. Em seguida, a fisioterapeuta continuou a explanação, explicando as principais mudanças no corpo da mulher no pós-parto e os cuidados necessários durante esse período. Foram discutidos temas como os tipos de mamilo, orientações ergonômicas, o posicionamento adequado da mãe e do bebê, o ambiente ideal para amamentar, além da retirada e armazenamento do leite materno. Logo depois, a enfermeira residente prosseguiu falando sobre os cuidados com o recém-nascido e com a criança. Para finalizar, a psicóloga residente destacou a importância da saúde mental materna, ressaltando seu impacto no bem-estar tanto da mãe quanto do bebê.

Depois de finalizadas as falas, foi realizada uma atividade dinâmica, na qual foi entregue um papel escrito "Amamentar é ...", bem como uma caneta para cada usuária presente, solicitando-se, em seguida, que elas escrevessem sobre. Grande parte descreveu a amamentação como um ato de carinho, amor e cuidado da mãe com o filho. Outras descrições ressaltaram que, apesar de ser um "sacrifício de amor", a amamentação é muito importante para o vínculo entre o binômio materno-infantil. Com os escritos, foi construído um varal, o qual ficou exposto durante todo o restante do encontro. Por fim, a residente coletou os dados previamente descritos, das usuárias.

Os temas foram trabalhados somente em seu respectivo encontro, de forma a não se repetirem as temáticas, pois o cronograma foi construído visando contemplar o cuidado longitudinal. Embora grande parte das gestantes tenham participado somente de um encontro, cada reunião ofereceu uma oportunidade única de acessar informações essenciais sobre o período gestacional, sendo fundamentais para orientá-las e prepará-las para essa fase.

Corroborando o estudo de Sardinha<sup>11</sup>, a maioria das participantes dos encontros já havia vivenciado a gestação e o parto anteriormente. Mesmo assim, elas ouviram atentamente as orientações de cada membro da equipe e, posteriormente, relataram que a roda de conversa foi muito proveitosa para

relembrar as orientações e os cuidados durante e após o período gestacional, assim como para adquirir novos conhecimentos. As primigestas que participaram dos encontros expressaram sentimentos de dúvida e medo, mas aproveitaram a oportunidade para esclarecer todos os seus questionamentos junto à equipe, em um espaço livre e acolhedor de escuta ativa, sem julgamentos nem determinação de tempo.

Para a pergunta “Como foi para você participar do encontro?”, a maioria das mulheres respondeu que os momentos na UBS foram “*muito bons*” ou “*ótimos*”. Uma participante expressou que a reunião havia sido “*esclarecedora, pois me sinto mais preparada para lidar com algumas situações da maternidade*”.

Silva<sup>12</sup> destaca que a roda de conversa é uma das metodologias mais utilizadas na APS, visto que permite a troca de conhecimento entre os profissionais e as gestantes. Além disso, as vivências com a maternidade enriquecem os saberes dos profissionais com relatos reais. Após a finalização do encontro, algumas gestantes buscaram estender a conversa, de forma individual, com a equipe, relatando sua história sobre o processo de gestar, bem como questionando a veracidade de algumas recomendações que receberam de familiares ou que viram na internet, como “passar o pente nas mamas” e “puxar o bico do seio” para favorecer a produção de leite materno. Informações estas não recomendadas por nenhum tipo de órgão ou profissional de saúde. A busca pela informação sugere que o ambiente criado com a promoção da saúde, por meio do grupo, tenha proporcionado maior confiança e aproximação das usuárias com a equipe.

O envolvimento de todos os profissionais da equipe durante a atividade do último encontro refletiu-se no aumento do número de participantes, já que não houve atendimentos simultâneos ao evento. Além disso, após o término das reuniões, enquanto aguardavam suas consultas com o médico ou enfermeiro, as gestantes iniciaram conversas espontâneas sobre maternidade, compartilhando suas experiências anteriores com o processo gestacional, algo que antes não ocorria ou era observado. Dessa forma, além de promover a Educação em Saúde, as ações também contribuíram para a criação de vínculos sociais entre as usuárias, reforçando o caráter comunitário da estratégia. Os encontros em grupos com gestantes devem acontecer de forma a complementar as consultas de pré-natal, favorecendo o aumento do vínculo entre gestantes e familiares com a equipe da UBS<sup>1</sup>.

Para o encerramento dos encontros, foi montada uma mesa com frutas, permitindo que os participantes se servissem. Esse momento foi planejado para reforçar a ideia de que o espaço de saúde é também um local de acolhimento e socialização, tanto entre os usuários e a equipe quanto entre os próprios usuários. Além disso, visa destacar que a unidade de saúde não apoia apenas o tratamento de doenças, mas também promove a saúde e a prevenção de agravos.

Embora existam 24 gestantes em acompanhamento pré-natal por meio dessa Estratégia de Saúde da Família, segundo a ferramenta de gestão eSUS Feedback, apenas 21 participaram de pelo menos uma reunião, o que constitui uma limitação deste estudo. Outro fator limitante se deu em decorrência de nenhuma gestante ter participado dos três encontros, de maneira sequencial, configurando três presenças. Essa ausência de participação longitudinal pode, provavelmente, ter ocorrido em razão da impossibilidade de conciliar os encontros na UBS com os compromissos pessoais e/ou profissionais. Outra hipótese é o esquecimento da possível participante, em virtude de ter sido convidada com muita antecedência, fato que pode ter impactado negativamente sua adesão a essa importante estratégia de apoio durante a gestação.

Um fato marcante deste relato foi a presença de quase toda a equipe somente no último encontro. Uma sugestão para aprimorar as estratégias de Educação em Saúde nas UBS é fomentar o apoio, engajamento e incentivo de outros profissionais da equipe a fim de estimular os usuários a participarem dessas atividades. Destaca-se a necessidade de maior engajamento da equipe no processo de Educação em Saúde, especialmente com a participação ativa de profissionais que, devido às suas agendas e cronogramas, muitas vezes não conseguem conciliar atividades coletivas, como médicos, enfermeiros e ACS. Esse envolvimento é crucial no planejamento de encontros longitudinais e integrados ao cronograma da equipe, garantindo que os usuários tenham acesso contínuo a informações relevantes e essenciais para o cuidado de sua saúde. Assim, cria-se um ambiente propício para o aprendizado e autonomia dos participantes.

Durante a organização e a realização deste projeto, alguns desafios exigiram modificações na idealização inicial dos encontros. A unidade de saúde possui espaço físico limitado, por isso, os encontros ocorreram em ambientes diferentes dentro

da unidade, na tentativa de buscar o espaço mais adequado. Ademais, as consultas são realizadas por ordem de chegada à UBS, o que dificultou a chegada de algumas gestantes no horário marcado para o encontro.

Apesar das limitações para a realização do estudo, o desenvolvimento dessa estratégia possibilita o acesso a informações importantes sobre a gestação e o pós-parto. Ademais, constitui uma importante ferramenta para a prevenção de complicações, bem como para a melhora da qualidade da assistência às gestantes e às puérperas na APS. Esses benefícios reforçam a importância da continuidade e aprimoramento dessa abordagem a partir das limitações encontradas pelos autores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação em Saúde, quando desenvolvida com base nas necessidades e questionamentos dos usuários, possui um potencial de transformar a vida daqueles que dela usufruem, sendo um componente essencial durante o acompanhamento pré-natal. Nesse sentido, por meio dos encontros com as gestantes, foi possível perceber o papel transformador e político das ações coletivas de Educação em Saúde, despertando essas mulheres para o autocuidado durante o processo gestacional e após o nascimento do bebê. Desse modo, a associação permanente da Educação em Saúde com as consultas de pré-natal poderia refletir na integralidade do cuidado humanizado e longitudinal voltado para esse público.

Sugere-se a realização de mais estudos com a temática abordada, os quais possam implantar essa estratégia de Educação em Saúde de forma ampliada e permanente, contemplando outros assuntos pertinentes ao público-alvo, como saúde mental materna, de forma também a acompanhar todo o período de realização do pré-natal. Ademais, ressalta-se que a inserção do fisioterapeuta em ações de promoção à saúde contribui para a integralidade da assistência na APS, e traz enfoque para o bem-estar físico e funcional dos usuários, de forma a melhorar a qualidade de vida da população assistida. Nesse sentido, uma gestante que tem acesso pleno ao cuidado no SUS contribui para o desenvolvimento saudável da gestação, do puerpério e da infância.

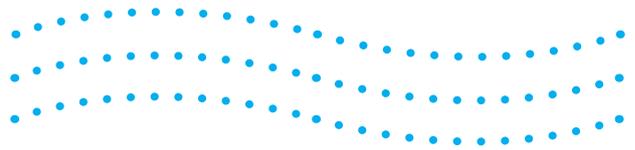
## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Monaliza de Sousa Moura** contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Maria Gabriela Cardoso Teles Monteiro** contribuiu com o delineamento da pesquisa, a redação e a revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

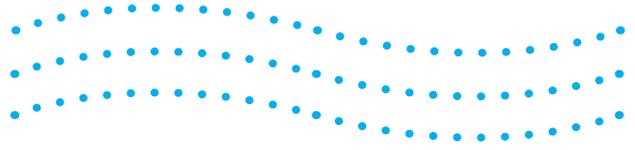
1. Pires BT, Alves CC, Oliveira EN, Teixeira MA. Grupo de Gestante: Relato de Experiência. *Sanare*. 2015;14(2):123-5.
2. Universidade Federal do Maranhão. A saúde da mulher e o Sistema Único de Saúde Brasileiro. *UFMA/UNA-SUS*. 2014;1:8-12.
3. Souto K, Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde Debate*. 2021;45(130):832-46.
4. Universidade Federal do Maranhão. Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha. *UFMA/UNA-SUS*. 2016;1:15-18.
5. Ministério da Saúde. CAB 32 - Atenção ao pré-natal de baixo risco. Editora do Ministério da Saúde. 2013;1:33.
6. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Editora do Ministério da Saúde. 2022;1:11-14.
7. Mazzetto FMC, Prado JTO, Silva JCC, Siqueira FPC, Marin MJS, Escames L, et al. Sala de espera: educação em saúde em um ambulatório de gestação de alto risco. *Saúde e Pesq*. 2020;13(1):93-104.
8. Melo C, Neves F, Costa LL, Silva D. Project-based learning and medical education : experience report introducing issues for interprofessional debate Aprendizagem baseada em projeto e a formação médica: relato de experiência introduzindo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2024;19(46):1-10.
9. Duarte CP, Barbosa RSC, Couto LG, Barcelos VC, Santos AF, Souza KA, et al. Percepção das gestantes atendidas na atenção básica à saúde sobre a atuação fisioterapêutica obstétrica. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2022;46(3):134-49.
10. Fiat F, Merghes PE, Scurtu AD, Guta BA, Dehelean CA, Varan N, et al. The mail changes in pregnancy-therapeutic approach to musculoskeletal pain. *Medicina*. 2022;(58):1115-36.
11. Sardinha DM, Maciel DO, Gouveia SC, Pamplona FC, Sardinha LM, Carvalho MSB, et al. Promoção

do aleitamento materno na assistência pré-natal pelo enfermeiro TT - Promotion of breastfeeding in pré-natal care by the nurse. Rev Enferm UFPE. 2019;13(3):852-7. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a238361p852-857-2019>

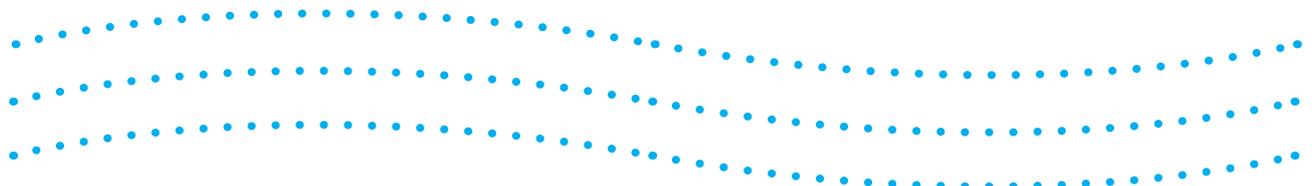
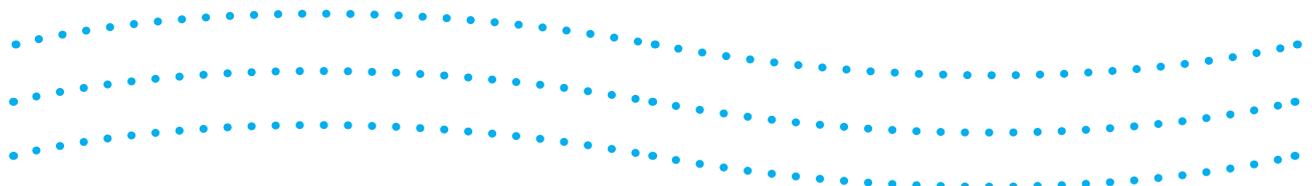
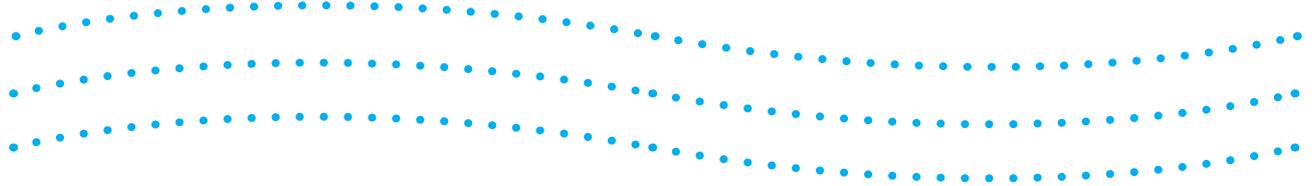


12.Silva NM, Queiroz TDR, Silva AB, Silva JV, Nascimento EGC. Educação em Saúde com gestantes na estratégia saúde da família: desafios e possibilidades. Rev Ciênc Méd Biol. 2022;(84):203-10. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v21i2.46713>

13.Azevedo de Souza EV, Bassler TC, Taveira AG. Educação em saúde no empoderamento da gestante. Rev Enferm UFPE line. 2019;13(5):1527.



14.14. Fornari LF, Fonseca RMGS. Perspectiva dos profissionais de rede intersetorial sobre intervenção educativa para o enfrentamento da violência de gênero. Rev Esc Anna Nery. 2023;(27):1-9.



# POPULAÇÃO LGBTQIA+ NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMOCIM/CE

THE LGBTQIA+ POPULATION IN PRIMARY HEALTH CARE UNITS IN THE CITY OF CAMOCIM/CE

POBLACIÓN LGBTQIA+ EN UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE CAMOCIM/CE

Priscila de Freitas Sousa <sup>1</sup>Larice Costa Lourenço <sup>2</sup>**Como Citar:**

Sousa PF, Lourenço LC. População LGBTQIA+ nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Camocim/CE. *Sanare*. 2025;24(1).

**Descritores:**

Minorias Sexuais e de Gênero; Atenção Primária à Saúde; Saúde e Gênero.

**Descriptors:**

Sexual and Gender Minorities; Primary Health Care; Gender and Health.

**Descriptores:**

Minorías Sexuales y de Género; Atención Primaria de Salud; Género y Salud.

**Submetido:**

24/09/2024

**Aprovado:**

24/01/2025

**Autor(a) para Correspondência:**

Priscila de Freitas Sousa  
Endereço profissional: Av. Luiz Camelo Sobrinho, 640 - Centro, Hidrolândia/CE. CEP: 62.270-000  
E-mail: pfreitassousa@gmail.com

**RESUMO**

**Objetivo:** Relatar as percepções de uma residente de serviço social sobre o acolhimento da população LGBTQIA+ nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Camocim/CE. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, do tipo relato de experiência com as impressões obtidas enquanto Residente em Saúde da Família e Comunidade durante o período de maio de 2021 a dezembro de 2022. **Resultados:** Percebe-se a limitada capacidade técnica e o pouco interesse dos profissionais em aprender sobre os serviços de saúde voltados para pessoas LGBTQIA+, assim como a ausência de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+ por parte da gestão municipal e na prática cotidiana dos profissionais. **Considerações finais:** Identificou-se a baixa priorização, por parte da gestão municipal, no cuidado à saúde da população LGBTQIA+, evidenciando-se um campo propício para o desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde, como estratégia para a efetivação dos direitos humanos.

1. Assistente social. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: pfreitassousa@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2381-6390>

2. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: laricecostal@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6446-5953>

**ABSTRACT**

*Objective: to report the perceptions of a social service resident on the reception of the LGBTQIA+ population to Primary Health Care units in the municipality of Camocim/CE. Methods: This is a descriptive qualitative study, of the experience report type with the impressions obtained while a resident in Family and Community Health during the period from May 2021 to December 2022. Results: We noticed a lack of technical capacity and interest in learning among professionals regarding health services for LGBTQIA+ people, as well as the lack of implementation of the National Policy of Integral LGBTQIA+ Health by the municipal management and the daily work of professionals. Final considerations: It was possible to find a lack of management interest in health care for LGBTQIA+ population in the municipality, making it an appropriate field to work on continuing education in health as a way to realize human rights.*

**RESUMEN**

*Objetivo: relatar las percepciones de un residente de servicio social sobre la acogida de la población LGBTQIA+ a las unidades de Atención Primaria de Salud en el municipio de Camocim/CE. Método: Se trata de un estudio cualitativo descriptivo, del tipo relato de experiencia con las impresiones obtenidas como residente en Salud Familiar y Comunitaria durante el período de mayo de 2021 a diciembre de 2022. Resultados: Se percibe la falta de capacidad técnica y de interés en el aprendizaje de los profesionales en relación a los servicios de salud para LGBTQIA+, así como la falta de implementación de la Política Nacional de Salud Integral LGBTQIA+ por parte de la gestión municipal y del trabajo cotidiano de los profesionales. Consideraciones finales: Se pudo constatar la falta de interés de la gestión en la atención a la salud de la población LGBTQIA+ en el municipio, siendo un campo propicio para trabajar en la educación continuada en salud como forma de realización de los derechos humanos.*

.....

**INTRODUÇÃO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela compreende ações tanto coletivas quanto individuais, que envolvem a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com o objetivo de oferecer uma atenção integral às pessoas<sup>1</sup>.

A APS também coordena a Rede de Atenção à Saúde (RAS), organizando o fluxo entre os diferentes níveis de cuidado, dos mais simples aos mais complexos. É descentralizada e baseada no território, com unidades distribuídas nas cidades. Entre as principais estratégias da APS estão a Estratégia Saúde da Família (ESF), o programa Saúde na Hora, o Previne Brasil, além de iniciativas como os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB), Residências Multiprofissionais em Saúde e o Médicos pelo Brasil. Esses serviços oferecem atendimentos como consultas, exames, vacinas, entre outros<sup>1</sup>.

Dessa forma, entendemos que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser voltada a todas as pessoas, abrangendo os problemas e agravos de saúde de toda a comunidade na qual está inserida, incluindo a população LGBTQIA+. Essa sigla representa diferentes orientações sexuais e identidades de gênero, como lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais,

transgêneros, queer, intersexo, assexuais, entre outras. O símbolo + funciona como um termo guarda-chuva que inclui outras identidades e sexualidades não mencionadas explicitamente. O uso da sigla está alinhado a um movimento político contemporâneo que visa promover a inclusão, a visibilidade e a garantia de direitos das pessoas que fogem ao padrão cisheteronormativo e binário<sup>2</sup>.

Segundo dados do Grupo Gay da Bahia, em 2021, 300 LGBTQIA+ sofreram morte violenta no Brasil, sendo 35% dos casos ocorridos na região Nordeste.<sup>3</sup> Na cidade de Camocim, no estado do Ceará, no mesmo ano, Keron Ravach, aos 13 anos de idade, foi a transsexual mais jovem a ser assassinada e com requintes de crueldade. Keron Ravach foi enterrada na manhã seguinte com o nome de registro e ali foi enterrada definitivamente a sua identidade que ainda nem havia marcado seu lugar neste mundo enquanto viva<sup>4</sup>.

Diante esse cenário, ter no SUS a concretização de um direito social, gratuito, universal e igualitário, se faz importante, bem como reconhecer o acesso e uso desse direito por pessoas LGBTQIA+. Assim, este estudo se torna relevante ao apresentar a percepção, enquanto assistente social, do acesso à população LGBTQIA+ a APS no município de Camocim, discorrendo sobre a busca dos serviços pela população e a rotina de atendimentos.

Deste modo, o presente trabalho tem como

objetivo relatar as percepções de uma residente de serviço social sobre o acolhimento da população LGBTQIA+ as unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Camocim/CE.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, do tipo relato de experiência, que foi elaborado a partir das experiências vivenciadas por uma assistente social durante a Residência Integrada em Saúde (RIS) com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), em 11 UBS do município de Camocim/CE, no período de maio de 2021 a dezembro de 2022.

Para produção deste trabalho, utilizou-se a sistematização de Oscar Jara, sugerida em cinco passos, conforme figura 1. A partir dessa sistematização norteadora, pretende-se relatar a experiência da forma mais simples e organizada<sup>5</sup>.

Tabela 1. Sistematização de Oscar Jara.

A) o ponto de partida:	a1. Ter participado da experiência; a2. Ter o registro das experiências;
B) As perguntas iniciais:	b1. Pra que queremos? b2. Que experiência(s) queremos sistematizar? b3. Que aspectos centrais dessa experiência nos interessa?
C) Recuperação do processo vivido:	c1. Reconstruir a história; c2. Ordenar e classificar a informação;
D) A reflexão de fundo: Por que aconteceu o que aconteceu?	d1. Analisar, sintetizar e interpretar criticamente o processo;
E) Os pontos de chegada:	e1. Formular conclusões; e2. Comunicar a aprendizagem.

Fonte: Elaborada pela autora com base na sistematização de Oscar Jara. (2023).

Também foi realizada uma pesquisa nas bases de dados SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores: Minorias Sexuais e de Gênero, Atenção Primária à Saúde e Serviços de Saúde. Foram selecionados os estudos que abordavam a atenção à saúde da população

LGBTQIA+ no contexto da APS, com o objetivo de subsidiar a discussão do presente trabalho.

## RESULTADOS

Durante a residência participei do Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF-Ab e com isso, pude percorrer várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) das zonas urbana e rural do município, ao todo 11 unidades, deste modo conheci diversas realidades territoriais.

O primeiro ponto observado foi relacionado ao prontuário físico, uma vez que, nos instrumentais impressos que eram utilizados para registrar as consultas dos pacientes, não havia espaço para o nome social, nome pelo qual pessoas transgêneros e travestis reivindicam ser chamadas. O cabeçalho era formado apenas pelo nome, data de nascimento e filiação, o único prontuário que vi de uma pessoa trans, continha o nome social em um canto superior do cabeçalho, escrito entre parênteses. Mesmo após a implantação do prontuário eletrônico, em 2022, os cadastros não tinham espaço para nome social, prevalecendo apenas o nome de registro.

Em outra ocasião pude perceber, ao observar a rotina da recepção de uma unidade, um burburinho que se instalou, entre os profissionais da recepção e uma ACS, sobre um usuário que saiu do consultório médico com um encaminhamento para a psicóloga do NASF-Ab, no motivo do encaminhamento, tinha “deseja fazer mudança de sexo”. O usuário tratava-se de um homem trans, que já utilizava o seu nome no masculino, mas que no cadastro do SUS ainda tratava-se de uma pessoa do sexo feminino. Depois que ele saiu da UBS, vários comentários começaram a surgir e diante de tal situação tive que intervir, e iniciei uma conversa sobre o processo identitário transexual e os direitos da pessoa trans, mas pouca foi a compreensão sobre o tema por parte dos profissionais e um deles verbalizou: “eu entendo, mas não concordo”.

No dia 17 de maio de 2021, no Ceará, foi sancionada a Lei Estadual nº 17.480/2021, que incentiva a fixação de placas com aviso contra a discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero em estabelecimentos públicos e privados. Foi estabelecido o prazo de 90 dias para implantação e adequação do aviso, tendo o prazo até agosto/2021 para entrar em vigor<sup>6</sup>. Em Camocim, em nenhuma das UBS pelas quais passei me deparei com esta placa.

Em 1º dezembro de 2021, com o avanço das vacinas

contra Covid-19, e permissão para eventos, aconteceu na cidade a 1ª Parada da Diversidade LGBTQIA+ e o Dia Nacional de Combate a AIDS LGBTQIA+ de Camocim, com o tema “Com a ASTTRAC percebemos que todos temos diferenças, mas respeito é algo que precisamos ter em comum” e o lema “Assuma seus preconceitos e respeite nossa beleza!”. Evento organizado e promovido pela própria comunidade LGBTQIA+, que contou com o apoio da secretaria de saúde do município, com a participação da equipe multiprofissional de residentes e com a ausência de representantes das demais secretarias municipais.

Em meados de maio de 2022, um médico infectologista chegou à cidade e foi convidado – e posteriormente contratado – para atuar no município, oferecendo apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) nos casos de doenças infectocontagiosas. O profissional aceitou o convite, com a condição de que fosse criada uma agenda de atendimento exclusiva para pessoas LGBTQIA+. Assim, surgiu a “Agenda Arco-Íris”. A divulgação da iniciativa ocorreu por meio do grupo de WhatsApp da comunidade LGBTQIA+, redes sociais e nas unidades de saúde. Todas as sextas-feiras, no turno da manhã, a agenda do infectologista era reservada exclusivamente para o atendimento dessa população, sendo os atendimentos realizados no prédio da antiga Fundação de Saúde Pública – SESP. Contudo, em outubro de 2022, logo após o período eleitoral, a Agenda Arco-Íris foi encerrada.

Ao morarmos no mesmo município onde ocorre a residência, é muito fácil nos depararmos no supermercado, na academia e nas festas, com usuários dos espaços em que atuamos, o difícil é não falar de trabalho nos momentos de lazer. Foi exatamente em um desses momentos, nas últimas horas da noite de uma sexta, que se aproximou de nossa mesa, repleta de colegas de serviço e da residência, uma pessoa transexual feminina, ela nos elogiou, puxou a cadeira e sentou. Ela estava um pouco embriagada, descalça, com trajes curtos exibindo o corpo alto e magro, que ainda evidenciava traços de masculinidade, supõe que na sua juventude não conseguiu transgredir biologicamente, e chegou a meia idade com traços de um corpo ainda masculinizado, as pessoas do local se referiam a ela como “aquele viado!?”.

Então, como parte de uma equipe multiprofissional estava ali, naquela mesa, foi inevitável não conversar com ela, mesmo sem termos combinado previamente. Então entre o choro, pedidos de bebida e comida por parte dela, perguntamos: “Qual seu nome? Onde você mora? Fica perto de onde? Quem é sua ACS? Com quem

você vive? Tem cadastro único? e por fim, nós vamos te fazer uma visita.” Na semana seguinte, poucos dias após nosso encontro inesperado, durante uma visita domiciliar multiprofissional nas proximidades do local onde ela havia mencionado morar, tentamos, com a ajuda do motorista da unidade, encontrar sua residência, localizada em uma microárea descoberta do território.

Sendo assim, uma ACS de outra microárea se prontificou a nos acompanhar, por conhecer o local e a pessoa que estávamos procurando, a primeira tentativa de visita não foi efetiva, pois ela não estava em casa. Então, ao encontrá-la novamente, na noite do fim de semana seguinte, combinamos com ela o dia e horário para uma visita. Na segunda tentativa conseguimos realizar a visita, ao chegarmos no seu domicílio fomos bem recebidos e pudemos conhecer a realidade da paciente, falamos sobre os serviços de saúde disponíveis na UBS, na rede socioassistencial, na RAS, sobre o direito ao uso do nome social e retificação do prenome. Ao final, fizemos um convite para que ela fosse até a UBS, para a realização de uma consulta, pois dentro do relato dela, sempre que precisava de algo, ela mesma pedia na recepção da unidade ou solicitava que algum conhecido fosse pedir em seu lugar. Ela não tinha o hábito de entrar na unidade e desconhecia que todos os serviços ali oferecidos eram seus por direito – e não por concessão ou favor.

Antes da sua ida a unidade, realizamos uma conversa com toda a equipe, para preparar a acolhida da paciente, falamos sobre a importância do uso correto do pronome no feminino e do nome social. Após esse processo, passamos a observar a sua presença mais frequente na unidade, para pegar informações e procurar atendimento. Embora em dados momentos, alguns profissionais ainda a olhasse com estranhamento e preconceito.

## DISCUSSÃO

Presenciar, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), falas preconceituosas e baseadas em juízos de valor por parte de profissionais de saúde que, mesmo atuando na área, não compreendem ou não concordam com determinadas realidades, contraria os princípios do SUS e os objetivos das políticas públicas de saúde. Atitudes preconceituosas como essas afastam a população LGBTQIA+ dos serviços de saúde. Soma-se a isso a falta de capacitação dos profissionais sobre as especificidades dessa população e a ausência

do uso de ferramentas simples de inclusão – como o reconhecimento das identidades que divergem da heteronormatividade – além da inexistência de campos para registrar a orientação afetivo-sexual nos instrumentos de trabalho, o que configura mais uma forma de discriminação institucional.

Desde o surgimento da AIDS/HIV, na década de 1980, como uma infecção sexualmente transmissível, criou-se o estereótipo de promiscuidade nas relações sexuais, sobretudo, em relação a homossexuais, a prostituição de travestis e transexuais femininas. Em um estudo recente sobre as representações de trabalhadores na Atenção Básica, foi possível perceber uma forte associação com as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), bem como a promiscuidade e comportamento de risco, já que este público só buscava os profissionais por causa de IST<sup>7</sup>.

Considerando a temática, a data e como ocorreu a 1ª Parada da Diversidade LGBT+, em Camocim, no ano de 2021, podemos perceber que ainda existe essa associação, sendo a saúde da população LGBTQIA+ resumida apenas às IST. Nas unidades de saúde, em todos os meses, foram trabalhadas campanhas voltadas para a informação e conscientização da população, por exemplo: Agosto Dourado em incentivo ao aleitamento materno; Setembro Amarelo e a prevenção do suicídio; Outubro Rosa e a prevenção do câncer de mama; Novembro Azul e prevenção do câncer de próstata. Porém, não houve qualquer evento ou campanha em alusão a prevenção, testagem, tratamento do HIV/AIDS para a população geral. Esta ficou voltada e foi organizada apenas para o público LGBTQIA+, ficando caracterizado erroneamente como um evento à parte e exclusivo dessa comunidade.

Durante o período, não houve indícios de implantação da Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, por parte da gestão municipal. A tentativa mais aproximada do cuidado em saúde LGBTQIA+ foi a criação da Agenda Arco-Íris, que, no entanto, não teve continuidade. Nas UBS não havia discussão sobre a temática, ficando restrita apenas aos residentes fomentar a discussão em virtude da formação característica da residência multiprofissional.

Vale destacar que o conteúdo discutido ao longo deste trabalho parte da vivência singular da primeira autora, imersa no serviço, o que confere ao relato uma perspectiva individual e limitada dos fatos observados e apresentados. Dessa forma, trata-

se de uma análise com alcance restrito, que pode ser aprofundada em estudos futuros sob diferentes abordagens.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a experiência, foi possível observar diversas lacunas ainda existentes no atendimento à população LGBTQIA+, mesmo diante da ampla construção de leis, portarias, resoluções e políticas públicas de saúde e promoção da cidadania voltadas a essa comunidade. Isso evidencia a necessidade de ampliar a discussão, promover capacitações e fortalecer a inclusão da saúde integral da população LGBTQIA+ nos diversos serviços de saúde do município de Camocim/CE, por meio de ações intersetoriais e do combate efetivo às práticas discriminatórias. O resultado deste estudo possui um recorte limitado em termos de tempo e espaço, refletindo uma perspectiva individual e específica de vivência, o que o torna um campo fértil para futuras pesquisas sobre o tema.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Priscila de Freitas Sousa** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Larice Costa Lourenço** contribuiu com a orientação, delineamento da pesquisa e redação do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

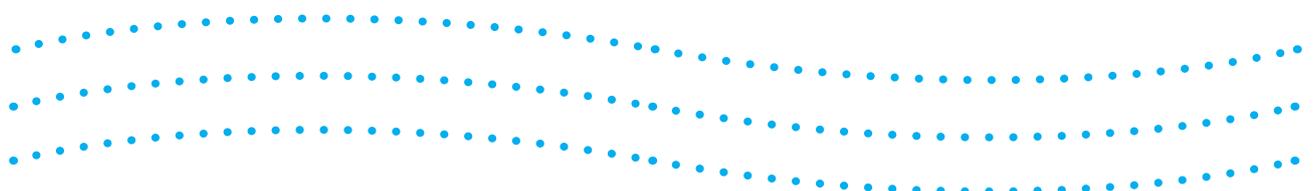
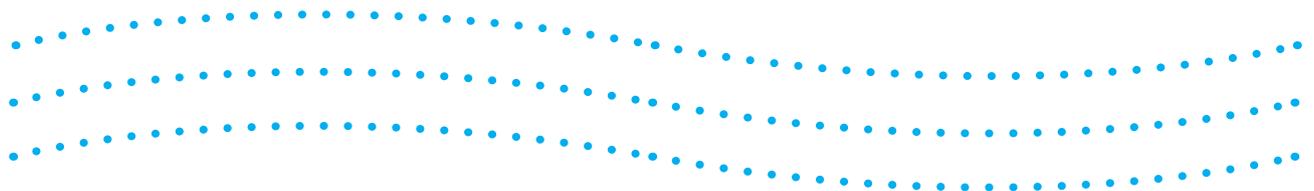
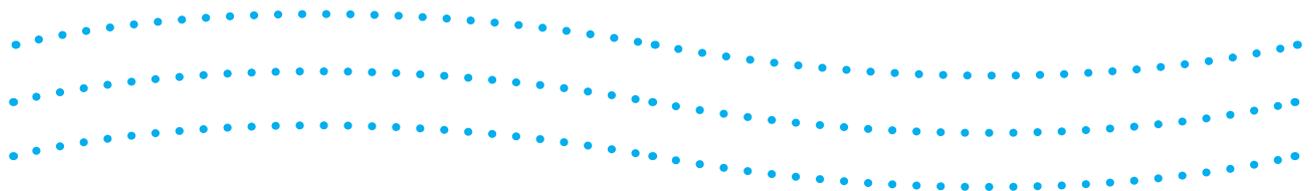
1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O que é Atenção Básica?. Ministério da saúde [internet]. Brasília: 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>
2. Carvalho AA de, Barreto RCV. A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2021Sep 26(9):4059–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.12002021>
3. Benevides, BG organizador. Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022.
4. G1 Ceará (CE). Jovem trans de 13 anos foi morta a pauladas no Ceará por cobrar dívida de R\$ 50 do suspeito. Ceará: 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2021/01/08/jovem-trans-de-13-anos-foi-morta-a-pauladas-no-ceara-por-cobrar-divida-de-r-50-do-suspeito.ghtml>

5. Holliday, OJ. Para sistematizar experiências. 2. ed. Brasília: MMA; 2006.

6. Governo do Estado do Ceará (CE). Lei nº 17.480 de 17/05/2021. Governo do Estado do Ceará [internet]. Ceará: 2021. Disponível em: <https://www.cge.ce.gov.br/leis-estaduais-2/>

7. Silva ALR da, Finkle M, Moretti-Pires RO. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. Trab educ saúde [online]. 2019;17 (2). DOI: [10.1590/1981-7746-sol00197](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00197)

8. Oliveira BAS de, Suto CSS, Porcino C, Cortes HM, Souza S de L. O (des)cuidado em saúde às pessoas LGBTQIAP+ dispensado por profissionais em unidades básicas de saúde. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 29º de maio de 2024 [citado 25º de junho de 2024];32(1). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuernj/article/view/79505>



# ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBTQIA+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

CARE FOR THE LGBTQIA+ POPULATION IN PRIMARY HEALTH CARE: A NARRATIVE LITERATURE REVIEW

ATENCIÓN A LA POBLACIÓN LGBTQIA+ EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD – UNA REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA

Paulo Rogério Nunes Barbosa <sup>1</sup>

## Como Citar:

Barbosa PR. Atendimento à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde – uma revisão narrativa de literatura. *Sanare*. 2025;24(1).

## Descritores:

Atenção Primária à Saúde; Minorias sexuais e de gênero; Populações vulneráveis; Assistência Integral à Saúde.

## Descriptors:

Primary Health Care; Sexual and Gender Minorities; Vulnerable Populations; Comprehensive Health Care.

## Descriptoros:

Atención Primaria de Salud; Minorías sexuales y de género; Poblaciones vulnerables; Atención Integral en Salud.

## Submetido:

11/05/2024

## Aprovado:

22/02/2025

## Autor(a) para Correspondência:

Paulo Rogério Nunes Barbosa  
Endereço profissional: rua são clemente, nº 312 Botafogo  
E-mail: paulo96nunes@hotmail.com

## RESUMO

Objetivou-se analisar a literatura científica existente sobre o atendimento da população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma revisão bibliográfica, do tipo revisão narrativa de literatura. As bases de dados utilizadas foram BVS, PubMed e Scielo, com o uso dos descritores: “Minorias Sexuais e de Gênero” e “Atenção Primária à Saúde”. Foram incluídos estudos transversais, revisões narrativas e integrativas, estudos ecológicos, relatos de experiência e estudos de caso, publicados entre 2011 e 2022, de modo que foram encontrados 15 artigos elegíveis para a revisão. Concluiu-se que é necessário o trabalho de educação em saúde com a sociedade, além da construção e revisão de políticas públicas para reduzir as iniquidades existentes no acesso à saúde dessa comunidade na APS.

1. Cirurgião-dentista pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Atenção Primária à Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: paulo96nunes@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0270-8072>

**ABSTRACT**

*This study aimed to analyze the existing scientific literature regarding health assistance for the LGBTQIA+ population in Primary Health Care (PHC). This is a bibliographic study, specifically a narrative literature review. BVS, PubMed, and SciELO were the databases used, along with the following descriptors: "Sexual and Gender Minorities" and "Primary Health Care". Cross-sectional studies, narrative and integrative reviews, ecological studies, experience reports, and case studies published between 2011 and 2022 were included, resulting in 15 eligible articles for the review. The conclusion was the need for health education efforts for the society, along with the development and revision of public policies to reduce existing inequalities in the access to health care for this community within the PHC.*

**RESUMEN**

*El objetivo de este estudio fue analizar la literatura científica existente sobre la atención brindada a la población LGBTQIA+ en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS). Se trata de una revisión bibliográfica del tipo narrativa. Las bases de datos consultadas fueron BVS, PubMed y SciELO, utilizando los siguientes descriptores: "Minorías Sexuales y de Género" y "Atención Primaria de Salud". Se incluyeron estudios transversales, revisiones narrativas e integrativas, estudios ecológicos, informes de experiencia y estudios de caso, publicados entre 2011 y 2022. Como resultado, se identificaron 15 artículos elegibles para la revisión. Se concluye que es imprescindible promover acciones de educación en salud dirigidas a la sociedad, así como construir y revisar políticas públicas que permitan reducir las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud por parte de esta comunidad en el nivel de la APS.*

.....

**INTRODUÇÃO**

A população de pessoas lésbicas, gays, travestis, transexuais, queer, intersexuais, assexuais e outras siglas e identidades que integram o movimento LGBTQIA+ é constantemente alvo de discriminação e violência. Por conta da não adequação do gênero com o sexo ao nascimento ou com a identidade cisheteronormativa, esse grupo possui o histórico de vulnerabilidade envolvido através dos imensos preconceitos e estigmas sociais a que estão submetidos<sup>1</sup>.

Nossa sociedade, rotulada enquanto cisheteronormativa, estabelece que as relações heterossexuais sejam vistas como predominantes e reguladoras. Isso faz com que todos os que fogem desse padrão estejam propensos a receber um tratamento pejorativo, injusto, inadequado e de exclusão, afetando inclusive o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, como a Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS é considerada como porta de entrada para os usuários no Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como princípios acolher e promover cuidados em saúde a todos aqueles que buscam atendimento<sup>2</sup>. Contudo, a questão da LGBTfobia, ou seja, do ódio ou da rejeição às pessoas que pertencem a esse grupo populacional, acaba refletindo no acolhimento e

no acesso aos serviços de saúde, afastando mais ainda essa população das unidades de saúde da APS. Sendo assim, a população LGBTQIA+ se encontra marginalizada nos serviços de saúde por causa de todo o preconceito e estigma sofrido, associados à falta de capacitação dos profissionais de saúde e à falta de sensibilidade às suas necessidades, levando, consequentemente, a serviços de má qualidade prestados<sup>3</sup>.

É notório que as mulheres lésbicas buscam, com menor frequência, por consultas ginecológicas do que as mulheres heterossexuais. A assistência prestada pelos profissionais, em muitos casos, é insuficiente, pouco acolhedora e não direcionada às especificidades das mulheres lésbicas. Isso fica claro quando percebemos a ideia equivocada, que muitos profissionais possuem, de que elas apresentam um risco diminuído para o desenvolvimento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e de câncer de colo de útero. Sendo assim, é de extrema importância que o atendimento a essas mulheres ocorra de forma ética, com profissionais capacitados e com orientações com foco na diversidade das práticas sexuais<sup>4</sup>.

Já as pessoas travestis, transexuais e transgêneros ainda representam a parcela com menor visibilidade dentro da comunidade LGBTQIA+ no Brasil e no mundo. No decorrer do ano de 2021, o Brasil continuou

seguindo sem nenhuma ação para o enfrentamento da violência transfóbica; e permanecendo o país que mais assassina pessoas trans no mundo pelo 13º ano consecutivo<sup>5,6</sup>. Dessa maneira, os direitos à saúde das pessoas trans são violados diariamente, visto que quando tentam acessar os serviços de saúde não encontram um ambiente acolhedor e respeitoso. Todas essas questões contribuem para a vulnerabilidade em saúde, pois essas pessoas não conseguem ter o exercício de direito à saúde<sup>7</sup>. Faz-se necessário enxergar as desigualdades presentes no acesso aos serviços de saúde e os preconceitos advindos dos próprios profissionais ao prestar assistência à população LGBTQIA+<sup>3</sup>.

Embora esse tema esteja se ampliando na comunidade científica, existem poucos estudos sobre a melhoria da assistência à saúde para a população LGBTQIA+. Através desse cenário, o presente trabalho busca analisar a literatura científica referente à assistência dessa população na APS e espera provocar pressões para a reformulação das políticas públicas que interferem no enfrentamento das desigualdades sociais para o público LGBTQIA+. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa é analisar a literatura científica existente relacionada ao cuidado da população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica, do tipo revisão narrativa de literatura. De acordo com Rother<sup>8</sup>, esse tipo de revisão consiste na análise, por parte do autor, da publicação de artigos de revista impressos, eletrônicos e de livros disponíveis na literatura sobre um determinado tema, além da interpretação e reflexão crítica pessoal do mesmo. Diante disso, o objetivo desta pesquisa é responder à seguinte questão norteadora: como se dá a assistência à saúde da população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde?

Para a coleta dos artigos, optou-se por selecionar os que foram publicados no período entre 2011 e 2022 e que trouxessem no texto a temática sobre o atendimento à saúde da população LGBTQIA+ e o auxílio prestado na APS. Esse recorte foi escolhido por conta da primeira publicação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no ano de 2011.

Quanto às bases de dados utilizadas nesta pesquisa, foram adotadas: a Biblioteca Virtual em

Saúde (BVS), PubMed (U. S. National Library of Medicine) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com o uso de descritores em português: “Minorias Sexuais e de Gênero” e “Atenção Primária à Saúde”, utilizando o conectivo AND. A busca foi realizada no período de julho a outubro de 2022.

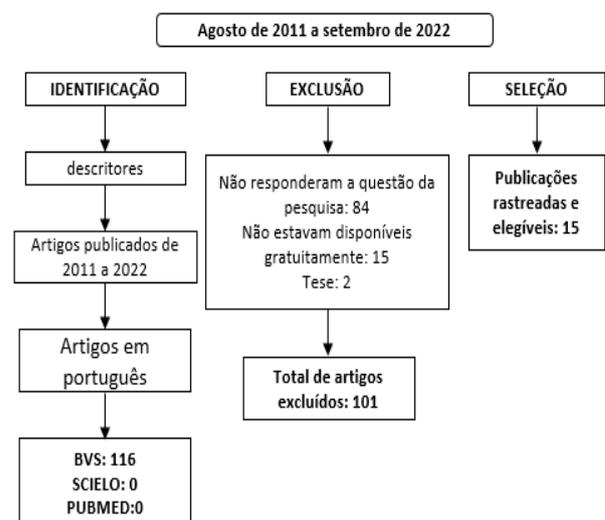
Como critérios de inclusão foram adotados os artigos relacionados aos estudos transversais, estudos ecológicos, estudos de caso, revisões narrativas e integrativas e relatos de experiência. Os outros critérios consistiram no período de publicação dos artigos, entre 2011 e 2022, e que possuíssem os descritores mencionados no título e/ou no resumo e artigos publicados na íntegra que abordassem o acesso à saúde da população LGBTQIA+ na APS. Já os critérios de exclusão foram os artigos que não abordaram diretamente o tema e os que apresentaram possíveis conflitos de interesse. Diante disso, foi feita a seleção dos artigos científicos, seguindo a ordem de leitura que consistia, primeiramente, em ler o título e depois o resumo.

Os dados encontrados foram organizados e compilados e também foram apresentados na seção Resultados, sendo discutidos os principais pontos relatados nos estudos após uma leitura crítica e reflexiva.

## RESULTADOS

Foram encontrados 15 artigos elegíveis para a revisão, sendo todos da base de dados BVS. O fluxograma da busca até os resultados para a revisão está explicitado no Quadro 1.

Quadro 1 – Fluxograma da Seleção dos Estudos para Revisão



Fonte: elaboração própria, 2022.

Realizou-se a interpretação e a discussão dos resultados, sendo apresentadas as comparações e a análise das pesquisas incluídas na discussão. Com isso, os principais dados dos artigos selecionados para o estudo foram compilados e condensados na Tabela 1.

Tabela 1 – Aspectos dos artigos incluídos na revisão

Artigo/autor (es)/ano publicação	Título	Objetivos do estudo	Método	Conclusão
A <sup>3</sup> / Gomes, Tesser Junior, 2022	Experiências de médicos de família e comunidade no cuidado com a saúde de pacientes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais	Analisar as experiências dos médicos de família e comunidade no atendimento às pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na Atenção Básica da rede municipal de saúde em uma cidade no Sul do Brasil.	Estudo qualitativo feito com dois grupos focais (13 profissionais no total), um deles constituído de seis médicos de família e comunidade autodeclarados heterossexuais e cisgêneros e outro grupo constituído de sete médicos de família e comunidade autodeclarados lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, em julho de 2019.	Os resultados reforçam a necessidade de os médicos de família e comunidade conhecerem especificidades das populações lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Sugere-se que a temática da saúde das populações lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais seja mais ensinada nos cursos de graduação em Medicina.
B <sup>4</sup> /Ketzler et al. 2022	Saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde: relatos de mulheres lésbicas	Analisar relatos de mulheres lésbicas acerca dos atendimentos à saúde sexual e reprodutiva em serviços de Atenção Primária à Saúde.	Estudo qualitativo do tipo exploratório descritivo realizado em 2019. Dez mulheres lésbicas expuseram seus relatos em duas sessões de grupo focal, estratégia que gerou os dados da pesquisa. Esses foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática.	Revelaram-se atendimentos influenciados por estereótipos de gênero e sexualidade, o que reduz o acesso a uma Atenção Primária à Saúde de qualidade, promotora do cuidado para a saúde de mulheres lésbicas.

C <sup>7</sup> / Thomazi et al., 2022	Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans	Apresenta como objetivo responder às questões relativas ao pré-atendimento, como, por exemplo, a forma de marcação de consultas; ao atendimento; e ao pós-atendimento, a fim de verificar se as demandas/expectativas/necessidades das pessoas estão sendo atendidas pelo serviço prestado pelo Ambulatório T.	Trata-se de um estudo de série histórica com recorte em dois momentos no tempo, com abordagem quantitativa e qualitativa, composto de duas etapas concomitantes, desenvolvidas em dois períodos diferentes, seis meses e doze meses. Para esse artigo, foi apresentado o componente descritivo dos seis primeiros meses de funcionamento do Ambulatório T.	O Ambulatório T mostra que o acompanhamento de saúde, caracterizado pela não patologização das identidades trans, é fundamental para o Sistema Único de Saúde, no qual as barreiras de acesso podem ser minimizadas ou removidas para que seja possível cuidar da saúde de pessoas trans de forma integral na APS.
D <sup>12</sup> /Ferreira, Bonan, 2021	Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT)	Analisar relatos de profissionais na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na Estratégia Saúde da Família (ESF).	Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de relatos orais. Participaram 32 profissionais que atuavam em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Teresina, Piauí, Brasil. A análise foi pautada em três dimensões: reconhecimento, redistribuição e representação.	O estudo mostrou que é preciso interligar, dentro de um mesmo princípio de justiça, o espaço do reconhecimento da diversidade sexual e de gênero (campo cultural), o espaço das desigualdades atreladas à exploração e redistribuição de recursos (campo organizacional) e o espaço de representação e participação das populações LGBTT (campo político e social), na lógica circular dos serviços de saúde.

E <sup>9</sup> /Guimarães, Lorenzo, Mendonça, 2021	Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica	O presente artigo tem como objetivo investigar conteúdos estigmatizantes nos discursos de médicos e enfermeiros de 32 unidades básicas de saúde do Centro-Oeste e Nordeste brasileiros.	Foram feitas entrevistas semiestruturadas com 21 médicos(as) e 22 enfermeiros(as) inseridos(as) em 32 unidades básicas de saúde distribuídas nas cidades de Goiânia, Brasília e entorno, Vitória da Conquista e Salvador.	Os resultados permitiram verificar que para os(as) entrevistados(as) a identidade dos membros da população LGBT está vinculada ao conceito de grupo de risco, compreendida como uma condição causadora de doença e transtornos mentais, além de estar associada a comportamentos moralmente condenáveis.
F <sup>11</sup> /Guimarães et al., 2020	Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBTQIA+ em um município da região Sudeste do Brasil	Esse estudo tem como objetivo avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral à População LGBTQIA+ (PNSILGBT) na Atenção Básica de Saúde e compreender o conhecimento de enfermeiros da ESF acerca da diversidade sexual e da homofobia.	Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa.	Os participantes relatam ausência ou limitação de conhecimento sobre a PNAIPLGBT. Assim, a falta de conhecimento sobre o público LGBTQIA+ e o despreparo dos profissionais de saúde para acolher o público em questão resultam na restrição do acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde, o que afeta diretamente na realização da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBTQIA+.

G <sup>10</sup> /Ferreira et al., 2019	"Não tem essas pessoas especiais na minha área": saúde e invisibilidade das populações LGBTQIA+ na perspectiva de agentes comunitários de saúde	O objetivo do estudo aqui apresentado foi analisar os sentidos atribuídos por agentes comunitários de saúde acerca do cuidado em saúde para as populações LGBTQIA+.	O método baseia-se numa abordagem de pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família de uma capital no Nordeste brasileiro. Os dados foram analisados a partir do método de interpretação de sentidos.	A atuação problematizadora desse trabalho coletou relatos, identificou problemas e questões e, conseqüentemente, por intermédio das percepções dos agentes comunitários de saúde, identificou as violências, negações e discriminações que a população LGBTQIA+ vivencia nas unidades de saúde, espaços que deveriam oferecer cuidado equânime e integral.
H <sup>14</sup> /Carvalho Pereira, Chazan, 2019	O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa	O objetivo deste artigo é apresentar os resultados de uma revisão integrativa sobre o acesso das pessoas trans aos serviços de saúde da Atenção Básica. Acesso esse, entendido como o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados em saúde.	A revisão integrativa foi adotada como método de agrupamento dos dados coletados sobre o tema proposto. Trata-se de uma ampla abordagem metodológica que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, dados da literatura teórica e empírica sobre aquilo que se deseja analisar.	Para que haja um acesso equitativo, livre de preconceitos e de discriminação, e cuidado pautados na empatia e compaixão, faz-se necessário incluir a temática da diversidade sexual e de gênero na formação dos profissionais de saúde na graduação, na pós-graduação e, principalmente, na educação permanente daqueles implicados aos cuidados das pessoas trans. A APS, ao fazer valer seus atributos, mostra-se como o cenário ideal para o cuidado longitudinal dessas pessoas.

I <sup>15</sup> / Cabral et al., 2019	Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais.	Analisar, sob a ótica de mulheres lésbicas e bissexuais, a assistência de Enfermagem em Unidades de Saúde da Família.	Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado por meio de entrevista semiestruturada com cinco mulheres lésbicas e bissexuais. Adotou-se, para a análise das informações, a técnica de Análise de Conteúdo, na Modalidade Análise Temática.	Evidenciou-se que as mulheres não foram acolhidas, cuidadas e assistidas quanto às suas necessidades de saúde e especificidades. Conclui-se que é preocupante a falta de assistência dos profissionais de Enfermagem em relação às questões das especificidades das mulheres lésbicas e bissexuais.
J <sup>16</sup> / Montecinos, Silva, 2019	Percepción de personas de orientación homosexual respecto del enfoque hacia la diversidad sexual utilizado en atención primaria de salud Valdivia, Chile	Descrever as percepções de usuários homossexuais sobre a atenção prestada no nível primário de saúde na cidade de Valdivia, no sul do Chile, em sua abordagem à diversidade sexual.	Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo. As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada e processadas por meio da análise de conteúdo.	Ficou clara a necessidade de gerar mudanças em nosso sistema público de saúde, que deve enfrentar sua complexidade cultural e institucional por meio de ações que vão além da mera formação de pessoal de saúde. Essas mudanças devem partir das autoridades governamentais, adaptando transversalmente o modelo de saúde da família e implementando programas de saúde específicos que contemplem a diversidade sexual.

K <sup>13</sup> /Silva, Finkler, Pires, 2019	Representações sociais de trabalhadores da Atenção Básica à saúde sobre pessoas LGBTQIA+	O objetivo desta pesquisa bioética foi compreender as representações sociais dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde sobre pessoas LGBTQIA+, partindo-se da premissa que podem atuar como barreiras de acesso às ações e serviços.	Foram entrevistados 15 trabalhadores(as) da rede de Florianópolis/SC. Os dados coletados foram qualitativamente analisados à luz da Teoria das Representações Sociais, por meio da análise temática de conteúdo.	Os resultados revelaram que as representações sociais dos trabalhadores estão baseadas em valores religiosos conservadores, compreendendo as pessoas em questão a partir de uma ideia de promiscuidade, de risco a infecções sexualmente transmissíveis, de estereótipos, e entendendo a sua sexualidade e identidade de gênero como incorretas, determinadas biologicamente ou, ainda, como antinaturais, sujeitas a uma questão de escolha pessoal.
L <sup>17</sup> / Oliveira et al., 2018	Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais	Analisar, sob a ótica de profissionais da Equipe Saúde da Família, o acesso de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis/Transexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família.	Trata-se de estudo quanti-qualitativo, de campo, exploratório e descritivo. Compôs-se a amostra pela técnica snowball com 54 profissionais, utilizando-se de questionário, roteiro de entrevista semiestruturada e a Técnica de Associação Livre de Palavras.	Mostrou-se que os profissionais percebem as pessoas LGBTQIA+ como seres humanos merecedores de acesso igual nos espaços da ESF tanto que dispõem de acesso aos exames sorológicos, testes rápidos, consultas e insumos para a prevenção de ISTs.

M <sup>18</sup> /Gahagan, Subirana-Malaret, 2018	Improving pathways to primary health care among LGBTQIA+ populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada	Explorar as barreiras percebidas para a APS, conforme identificadas entre uma amostra de indivíduos identificados como Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Queer (LGBTQIA+) e prestadores de serviços de saúde na Nova Escócia, Canadá.	Os dados da comunidade LGBTQIA+ foram coletados por meio de uma pesquisa anônima on-line e fechada.	As principais descobertas indicam a necessidade de continuar melhorando os caminhos para a APS entre as populações LGBTQIA+, especificamente em relação ao treinamento adicional e apoios relacionados para os profissionais de saúde que trabalham com essas populações.
N <sup>19</sup> /Belém et al., 2018	Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na estratégia saúde da família	Analisar a atenção à saúde prestada à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família.	Estudo qualitativo desenvolvido em junho de 2014 com 12 enfermeiros, no interior do Ceará, Brasil, por meio de entrevista semiestruturada.	A atenção à saúde prestada à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família exige mudanças paradigmáticas desde o âmbito teórico-organizacional até as relações de cuidado em saúde existentes.
O <sup>20</sup> /Cele, Sibiya, Sokhela, 2015	Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal.	O objetivo do estudo foi explorar e descrever as experiências de pacientes homossexuais utilizando os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em Umlazi na província de KwaZulu-Natal (KZN).	Foi realizado um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, de natureza contextual. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 12 participantes. Os achados desse estudo foram analisados por meio da análise de conteúdo.	Os participantes vivenciaram preconceito e comportamento homofóbico durante a utilização das clínicas de APS em Umlazi, o que criou uma barreira para a utilização dos serviços de saúde localizados lá.

Fonte: elaboração própria, 2022.

## DISCUSSÃO

É fato que a comunidade LGBTQIA+ vem sofrendo ao longo da história com diversas formas de preconceitos e discriminação. Mesmo que ao longo do tempo a nossa sociedade venha reivindicando mais direitos para todos que estão fora do padrão heteronormativo, ainda há muita luta a ser feita para a garantia dos direitos humanos básicos.

A Associação Americana de Psiquiatria (AAP), até o início dos anos 1940, e a Organização Mundial de Saúde (OMS), até o começo dos anos 1990, consideravam a homossexualidade como uma doença<sup>3</sup>. As pessoas trans foram consideradas pela OMS como portadoras de transtorno de identidade de gênero até 2018<sup>7</sup>. Com as reivindicações de movimentos sociais, essas questões foram avançando ao longo dos anos. Em 2008, a 13ª Conferência Nacional de Saúde abordou pela primeira vez a orientação sexual e a identidade de gênero na análise da determinação social de saúde no Brasil e, em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT)<sup>9</sup>.

Devido à orientação sexual e identidade de gênero terem sido consideradas importantes determinantes sociais de saúde, é imprescindível que sejam abordadas essas definições neste estudo. A orientação sexual é definida como a capacidade de ter, sentir ou desenvolver atração e/ou relação emocional, afetiva ou sexual por outras pessoas, podendo ser classificada em homossexual (quando pessoas do mesmo gênero atraem-se), heterossexual (pessoas de gêneros opostos atraem-se), bissexual (atração por ambos os gêneros) e assexual (experimenta pouca ou nenhuma atração). No entanto, identidade de gênero refere-se à expressão de uma identidade construída a partir de como a pessoa se reconhece e/ou se apresenta, que pode corresponder ou não ao seu corpo biológico<sup>3</sup>.

Apesar de ter sido observado um maior reconhecimento da diversidade sexual e de gênero nas pautas das políticas públicas que foram implementadas principalmente durante o governo dos ex-presidentes Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) e, posteriormente, de Dilma Rousseff (2011-2016), o que foi observado durante a leitura de artigos científicos para a construção deste estudo é que essa população ainda apresenta muitas dificuldades na assistência à saúde nos serviços de saúde<sup>10</sup>.

Um estudo realizado com enfermeiros que trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em um município do estado do Espírito Santo chegou à conclusão de que há falta de estímulo e conhecimento sobre o público LGBTQIA+<sup>11</sup>. Já um estudo feito numa cidade na região Sul do Brasil, com médicos de família e comunidade, cuja metade dos entrevistados pertenciam à sigla LGBTQIA+ e a outra metade não, demonstrou que ambos os grupos apresentavam dificuldades com a temática

LGBTQIA+<sup>3</sup>. Isso demonstra a falta de incentivo em abordar essas questões durante a formação acadêmica desses profissionais.

Uma pesquisa de abordagem qualitativa feita com profissionais de diversas áreas numa UBS na cidade de Teresina, no Piauí, revelou que não há reconhecimento das necessidades, especificidades e situacionalidades das populações LGBTQIA+ por parte dos funcionários<sup>12</sup>. Por não serem reconhecidos pelas particularidades que cada letra da sigla possui, essas pessoas perdem em qualidade de atendimento. Outro estudo realizado numa capital do Nordeste brasileiro entrevistou agentes comunitários de saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, a partir dos relatos coletados por esses trabalhadores, foi possível identificar violências, negações e discriminações que são vivenciadas por parcelas das populações LGBTQIA+ nas próprias unidades de saúde, cujos espaços deveriam oferecer um cuidado em saúde mais equânime e integral<sup>10</sup>.

Já os resultados de uma pesquisa bioética elaborada em uma UBS na região de Florianópolis-SC revelaram que as representações sociais dos trabalhadores estão fortemente baseadas em valores religiosos conservadores e normas impostas externamente, compreendendo as pessoas em questão a partir de uma ideia de promiscuidade, de risco a infecções sexualmente transmissíveis, de estereótipos, e entendendo sua sexualidade e identidade de gênero como incorretas, determinadas biologicamente ou, ainda, como antinaturais, sujeitas a uma questão de escolha pessoal<sup>13</sup>. Esse achado não surpreende, visto que vivemos numa sociedade heteronormativa, machista, LGBTfóbica e que possui um profundo cunho religioso conservador.

No que se refere às mulheres lésbicas, grupo de mulheres que se relacionam sexual e/ou afetivamente com outras mulheres, é possível analisar se a ausência de estratégias que promovam equidade em saúde está relacionada ao risco elevado a certos agravos, principalmente relacionados à saúde sexual e reprodutiva<sup>4</sup>. Numa capital do Sul do Brasil, foram entrevistadas mulheres lésbicas acerca dos atendimentos à saúde sexual e reprodutiva em serviços de Atenção Primária à Saúde. Algumas questões que foram abordadas por essas mulheres foram: violência no atendimento, sentimento de negligência pelos profissionais de saúde e falta de acolhimento e resolutividade das suas necessidades de saúde<sup>4</sup>. Isso demonstra a falta de empatia e de cuidado humanizado e o despreparo de muitos

profissionais da ESF com as mulheres lésbicas.

Historicamente, pessoas trans vêm sendo expostas a múltiplas violações de direitos humanos e os discursos médico-biológicos apresentam um papel fundamental nessa estigmatização, contribuindo para a patologização de suas identidades. Isso é visto inclusive nos serviços de saúde, pois quando as pessoas trans tentam acessar esses serviços são marginalizadas e excluídas<sup>7</sup>. Essas situações podem ocorrer de diversas formas, seja pela não utilização do nome social, não respeito a sua identidade de gênero ou pela patologização de seus corpos, sendo assim, todos esses aspectos já são comuns de acontecerem. Isso acaba potencializando a situação de vulnerabilidade e invisibilidade na qual essa população se encontra na sociedade.

A implementação do Ambulatório T da APS de Porto Alegre demonstrou que a não patologização das identidades trans é de fundamental importância para o SUS, cujas barreiras de acesso podem ser minimizadas ou removidas<sup>7</sup>. Isso fica mais evidente ainda quando percebemos que a realidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde no geral não segue os padrões do Ambulatório T.

Num estudo realizado numa UBS do Espírito Santo, percebe-se na fala dos enfermeiros que existe uma intenção de respeitar o nome social do indivíduo, contudo a utilização dessa ferramenta se demonstra mais restrita e os profissionais acabam por utilizar o nome de registro<sup>11</sup>. Isso torna-se mais um processo de desrespeito e violência ao qual esse grupo é submetido. Nesse sentido, é de extrema importância e urgência que o cenário no qual vivemos seja modificado e que os princípios do SUS, como a universalidade, integralidade e equidade sejam executados por todos os profissionais de saúde, não somente para a população transexual, mas para toda a comunidade LGBTQIA+.

Portanto, baseando-se nos estudos supracitados fica evidente que pensamentos preconceituosos vindos de profissionais de saúde e a falta de aprendizado durante a formação acadêmica sobre os diferentes aspectos que envolvem o cuidado em relação a cada grupo pertencente à comunidade LGBTQIA+ potencializam a baixa adesão dessas pessoas aos serviços de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões relacionadas à sexualidade e ao gênero são complexas e, além disso, a população

em geral não discute essas temáticas com tanta intensidade e também não busca compreender suas particularidades. É por isso que esses assuntos precisam ser trabalhados na sociedade como um todo, visto que é cada vez mais evidente a necessidade de discutirmos a saúde da população LGBTQIA+. O campo da saúde é um espaço potente para a ruptura dessa lógica e abordagem preconceituosa.

É importante mencionar que essa mudança não ocorre sem políticas públicas que promovam maior visibilidade, melhorias na qualidade de vida e um cuidado integral e ético em saúde. No entanto, apenas a existência dessas políticas não garante que os profissionais de saúde ofereçam assistência integral, digna e respeitosa a essas populações, sendo necessário também o trabalho de educação em saúde.

Essa é uma luta diária que ainda apresenta um caminho muito longo para ser percorrido. Contudo, cada profissional que faz a sua parte buscando melhorar o atendimento a essa população, entendendo suas particularidades e se atualizando sobre o tema, contribuirá significativamente para a qualidade de vida e bem-estar do usuário.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Paulo Rogério Nunes Barbosa contribuiu com a realização da pesquisa, a redação do manuscrito e a revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Souza ACJ. Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil. [tese]. Recife, PE: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2018. 200p.
2. Giovanella L, Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 493-545.
3. Gomes JAS, Tesser Junior ZC. Experiências de médicos de família e comunidade no cuidado com a saúde de pacientes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2022 [citado 25 de novembro de 2022];17(44):2407. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2407>
4. Ketzner N, Becker Vieira L, Alessandra Schneck

- C, Maffaccioli R, Strada J, Patuzzi G, et al. Saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde: relatos de mulheres lésbicas. Rev baiana enferm [Internet]. 2022 [citado 25 de novembro de 2022];36. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/45637>
5. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Brasília: ANTRA; 2022. 144p.
6. Tgeu [homepage na internet]. Retrospectiva de 2021 quanto ao dia trans [acesso 22 de out. de 2022]. Disponível em: <https://transrespect.org/en/tmm-update-tdor-2021>
7. Thomazi GL, Avila S, Teixeira LB. Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans. Sexualidad, Salud y Sociedad [Internet]. 2022 [citado 20 de outubro de 2022];38. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/%20sess/a/XdK5Z6RhzbvHQnPz7tjkhXN/?format=pdf&lang=pt>
8. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2).
9. Guimarães RCP, Lorenzo CFG, Mendonça AVM. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. Physis: Rev Saúde Colet [Internet]. 2021 [citado 20 de novembro de 2022];31(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WbhPNXrjWbNwHbBKMbjQw8m/>
10. Ferreira BO, Pereira EO, Rocha MB, Nascimento EF, Albuquerque ARS, Almeida MMS, et al. “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet]. 2019 [citado 25 de outubro de 2022];13(3). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/173>
11. Guimarães NP, Sotero RL, Cola JP, Antonio S, Galavote HS. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet]. 2020 [citado 15 de novembro de 2022];14(2). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1712>
12. Ferreira BO, Bonan C. Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTB). Interface [Internet]. 2021 [citado 15 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/734700/1/ciencias-da-saude-politicas-publicas-assistencia-e-gestao-3.pdf>
13. Silva ALR, Finkler M, Pires ROM. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. Trab Educ Saúde [Internet]. 2019 [citado 20 de novembro de 2022];17(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/fJ8zJth7rcy%2068BddtPwg%2075w/?format=pdf&lang%20=pt>
14. Carvalho Pereira LB, Chazan ACS. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2019 [citado 20 de novembro de 2022];14(41):1795. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795>
15. Cabral KTF, Pereira IL, Almeida LR, Nogueira WBAG, Silva FV, Costa LFP, et al. Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. Rev enferm UFPE [Internet]. 2019 [citado 15 de novembro de 2022];13(1):79-85. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/237896>
16. Montecinos MJ, Silva AM. Percepción de personas de orientación homosexual respecto del enfoque hacia la diversidad sexual utilizado en Atención Primaria de Salud Valdivia, Chile. Rev Chilena De Salud Pública. 2019;23(1):60-7.
17. Oliveira GS, Nogueira JDA, Costa GPO, Medeiros RLSFMD, Oliveira TD, Almeida SAD. Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais. Rev enferm UFPE [Internet]. 2018 [citado 12 de novembro de 2022];12(10):2598-609. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237014>
18. Gahagan J, Subirana-Malaret M. Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada. Int J Equity Health. 2018;17(7).
19. Belém JM, Alves MJH, Pereira EV, Moreira FTL S, Quirino GS, Albuquerque GA. Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na estratégia saúde da família. Rev baiana enferm [Internet]. 2018 [citado 10 de novembro de 2022]; 32. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/%2026475>
20. Cele NH, Sibiyi MN, Sokhela DG. Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal. Curationis. 2015; 38(2):1522-30.



# VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO NO BRASIL

OBSTETRIC VIOLENCE: A CONCEPT UNDER CONSTRUCTION IN BRAZIL

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UN CONCEPTO EN CONSTRUCCIÓN EN BRASIL

Ana Beatriz da Silva <sup>1</sup>Bertulino José de Souza <sup>2</sup>Eva da Silva Paiva <sup>3</sup>Maiara de Oliveira Lopes <sup>4</sup>Naylla Duarte de Queiroga <sup>5</sup>Francisco Lucas Cardoso da Silva <sup>6</sup>**Como Citar:**

Silva AB, Souza BJ, Paiva ES, Lopes MO, Queiroga ND, Silva FLC. *Violência obstétrica: um conceito em construção no Brasil*. *Sanare*. 2025;24(1).

**Descritores:**

Violência obstétrica; Mulheres; Saúde da mulher; Parto.

**Descriptors:**

Obstetric Violence; Women; Women's Health; Childbirth.

**Descriptores:**

Violencia Obstétrica; Mujeres; Salud de la Mujer; Parto.

**Submetido:**

21/10/2024

**Aprovado:**

24/01/2025

**Autor(a) para Correspondência:**

Ana Beatriz da Silva  
Email: bana69796@gmail.com

**RESUMO**

*Este estudo teve como objetivo descrever e analisar os conceitos e as diferentes formas de violência obstétrica abordadas na literatura, identificando suas manifestações e impactos na vida das mulheres. Foi realizada uma revisão descritiva da literatura, com foco em artigos e documentos publicados sobre o tema, especialmente no contexto brasileiro. As fontes analisadas incluíram desde estudos acadêmicos até relatórios de saúde pública. A metodologia envolveu a revisão de publicações que tratam a violência obstétrica como um fenômeno multifacetado, incluindo suas tipificações física, verbal e psicológica. Destacaram-se exemplos como o uso inadequado de tecnologias no parto, intervenções invasivas e práticas de manipulação do corpo feminino sem consentimento. Os principais resultados indicam que a violência obstétrica não é amplamente reconhecida ou tipificada no sistema jurídico brasileiro, e as mulheres frequentemente desconhecem seus direitos durante o parto. Ademais, a prevalência dessa violência varia significativamente, sendo mais presente em comunidades vulneráveis e em instituições de saúde pública com recursos limitados. Conclui-se pela necessidade urgente de legislação específica para combater a violência obstétrica, além de maior conscientização por parte das mulheres e dos profissionais de saúde. A erradicação dessas práticas requer uma abordagem intersetorial, focada na humanização do parto e no empoderamento das mulheres.*

1. Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), mestranda em Saúde e Sociedade – UERN. E-mail: bana69796@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9851-8363>

2. Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Email: bertulinosouza@uern.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9866-9305>

3. Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), mestranda em Saúde e Sociedade – UERN. E-mail: eva20241002253@alu.uern.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6760-5747>

4. Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Mestra em Planejamento e Dinâmicas Territoriais do Semiárido (PLANDITES/UERN). E-mail: maiidanttas@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4301-8580>

5. Assistente Social pela Faculdade Santa Maria. Mestre em Planejamento e Dinâmicas Territoriais do Semiárido pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (2023).E-mail: nayllaqueiroga@alu.uern.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7861-1010>

6. Enfermeiro pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Mestre em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido (PLANDITES/UERN).E-mail: lucas.cardoso.enf777@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1522-8847>

**ABSTRACT**

*The objective of this study was to describe and analyze the concepts and different forms of obstetric violence addressed in the literature, identifying its manifestations and impacts on women's lives. The research employed a descriptive literature review, focusing on articles and documents published on the topic, especially within the Brazilian context. The sources analyzed ranged from academic studies to public health reports. The methodology involved reviewing publications that treat obstetric violence as a multifaceted phenomenon, including its physical, verbal, and psychological typifications. Examples highlighted included the inappropriate use of technologies during childbirth, invasive interventions, and practices of manipulating the female body without consent. The main results show that obstetric violence is not widely recognized or classified in the Brazilian legal system, and women are often unaware of their rights during childbirth. Furthermore, the prevalence of this violence varies significantly, being more present in vulnerable communities and in public health institutions with limited resources. The conclusions indicate the urgent need for specific legislation to combat obstetric violence, in addition to greater awareness from both women and health professionals. The eradication of these practices requires an intersectoral approach, focusing on the humanization of childbirth and the empowerment of women.*

**RESUMEN**

*El objetivo de este estudio fue describir y analizar los conceptos y las diferentes formas de violencia obstétrica abordadas en la literatura, identificando sus manifestaciones e impactos en la vida de las mujeres. La investigación utilizó una revisión descriptiva de la literatura, centrándose en artículos y documentos publicados sobre el tema, especialmente en el contexto brasileño. Las fuentes analizadas incluyeron desde estudios académicos hasta informes de salud pública. La metodología involucró la revisión de publicaciones que tratan la violencia obstétrica como un fenómeno multifacético, incluidas sus tipificaciones físicas, verbales y psicológicas. Se destacaron ejemplos como el uso inadecuado de tecnologías durante el parto, intervenciones invasivas y prácticas de manipulación del cuerpo femenino sin consentimiento. Los principales resultados muestran que la violencia obstétrica no es ampliamente reconocida o tipificada en el sistema jurídico brasileño, y que las mujeres a menudo no son conscientes de sus derechos durante el parto. Además, la prevalencia de esta violencia varía significativamente, siendo más presente en comunidades vulnerables y en instituciones de salud pública con recursos limitados. Las conclusiones indican la urgente necesidad de una legislación específica para combatir la violencia obstétrica, además de una mayor concienciación tanto por parte de las mujeres como de los profesionales de la salud. La erradicación de estas prácticas requiere un enfoque intersectorial, con énfasis en la humanización del parto y el empoderamiento de las mujeres.*

.....

**INTRODUÇÃO**

No Sistema Único de Saúde (SUS), existem inúmeras políticas que abordam a saúde da família como carro-chefe das ações de controle de agravos e educação em saúde para os indivíduos e grupos sociais. As políticas voltadas para a saúde da mulher demandam maior investimento em recursos humanos, considerando a complexidade do “ser mulher” em uma sociedade historicamente misógina e preconceituosa, que não considera a mulher em sua totalidade. Entre as dificuldades enfrentadas por esse grupo social, o que mais gera discussão é o direito sobre seu próprio corpo, destacando a violência obstétrica em puérperas como um tipo de manifestação de violência tanto coletiva quanto interpessoal<sup>1</sup>.

A violência obstétrica contra a mulher tem raízes históricas que vão desde a escravidão sexual em

casamentos indesejados, agressão psicológica e situações constrangedoras perpetuadas por estados ou instituições. Em outros contextos, essa violência parte de indivíduos que compõem o ciclo social e profissional, sendo definida como todas as formas de desrespeito e abuso existentes, sem o devido respeito aos direitos da mulher ou com infração destes. O empoderamento, por meio de escolaridade e acesso à informação, tem se mostrado um aliado importante para ampliar a discussão sobre o tema<sup>2</sup>.

Até recentemente, pouco se discutia sobre as violências ou abusos sofridos por mulheres no processo da gestação até o parto. O grupo de pesquisa “Saúde da mulher, da criança e do adolescente – determinantes sociais, epidemiologia e avaliações políticas, programas e serviços”, liderado por pesquisadores da Fiocruz, é responsável por estudos na área, abrangendo o pré-natal, parto e nascimento, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção

obstétrica no Brasil.

Henriques aponta que a prevalência da violência obstétrica em estudos realizados no Brasil varia entre 18,03% e 44,3%, ressaltando que o tema é pouco estudado, especialmente porque muitas mulheres vítimas desconhecem essas práticas<sup>3</sup>.

A violência obstétrica pode ser caracterizada como um conjunto de ações realizadas por profissionais de saúde contra mulheres durante a gestação, parto ou abortamento. Tesser descreve a violência obstétrica como um conjunto de violências físicas, verbais ou psicológicas sofridas durante o parto<sup>3</sup>. Entretanto, a literatura apresenta diferentes definições e classificações, incluindo quatro tipos principais: negligência (omissão no atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negação do alívio da dor quando indicado) e violência sexual (assédio e estupro)<sup>4</sup>.

Além disso, a violência obstétrica pode ser subdividida em violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaças e coerção, e violência física, manifestada por manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, tornando o parto um momento desagradável<sup>5,6</sup>.

Embora o tema tenha ganhado visibilidade nos últimos anos, ainda não existe lei específica para crimes de violência obstétrica. Em consonância com o descompromisso legislativo, o Ministério da Saúde, por meio da recomendação nº 29/2019, sugeriu a extinção do termo "Violência Obstétrica", alegando ser inadequado para qualificar atos que ferem a integridade humana de gestantes e puérperas.

Este trabalho tem como objetivo descrever os conceitos e diferentes situações caracterizadas como violência obstétrica, conforme apontado na literatura.

O método utilizado foi a revisão descritiva da literatura, considerando publicações sobre o conceito de violência obstétrica, suas expressões, tipificações e os danos causados à vida e saúde das mulheres.

## **O direito sobre o próprio corpo.**

Os estudos mostram relatos de mulheres durante o pré-natal, no parto ou no puerpério que relatam experiências desagradáveis e condutas invasivas sobre o seu corpo. Há um exemplo disso, sobre o que dispõe a lei do direito da presença de um acompanhante em sala de parto, garantido em 2005

(lei nº 11.108), muitas instituições hospitalares e maternidades omitem e retiram esse direito, utilizando da falta de informação dessas mulheres para não aplicar a conduta correta prevista na lei. Muitos pais desconhecem esse direito e não exigem a presença de um acompanhante na sala de parto ou uma pessoa de confiança da parturiente, diminuindo os riscos de estresse, trauma, e o aumento do apoio emocional durante o processo do parto.<sup>7</sup>

A violência ocorre quando se é negado o atendimento sem se quer dar o devido direcionamento oportuno para a mulher, informações erradas ou incompletas, longas esperas para atendimento em unidades de saúde que podem contribuir para sofrimento psíquico e danos físicos, negação de medicação, cuidados ou gestão da dor como 'punição'.<sup>8</sup>

Como violência institucional a literatura aponta: falta de acesso das mulheres pobres a serviços essenciais e a peregrinação das mulheres em diferentes maternidades para receber atendimentos. Quando se consegue a garantia do atendimento na unidade de saúde, as mulheres podem se deparar com a ausência de estrutura adequada, recursos físicos e humanos precários, sendo vítimas dos processos institucionais, que muitas vezes não conseguem lhes garantir a presença de um anestesiologista no plantão para realização de analgesias de parto, a proibição de acompanhantes no parto, embora este seja um direito garantido pela lei 11.108 de 2005, ou a proibição de homens na sala de pré-parto, sob a alegação de falta de espaço físico que garanta a privacidade para as demais pacientes, ou a falta de condições para o cuidado privativo.<sup>9</sup>

Apesar do contexto sociopolítico ainda pouco engajado na discussão sobre esse tipo de violência, os efeitos sinalizam a necessidade de ampla preocupação da intersectorialidade pública para o enfrentamento do problema. O que nos leva a considerar sobre as implicações negativas e traumatizantes da violência obstétrica a saúde física e mental de mulheres que podem ter, entre 01 (um) e 05 (cinco) anos saudáveis subtraídos de sua vida.<sup>10</sup>

É importante destacar que esse tipo de violência adentra nas questões de gênero, quando o uso do "poder" relacionado a figura do profissional ou do vínculo familiar, provoca opressão na mulher. Os episódios de violência obstétrica com grande efeito nocivo a saúde mental das mulheres, se configura como agressões verbais ou comportamentais que desencadeiam sentimentos de inferioridade,

vulnerabilidade ou abandono.<sup>11</sup>

Estudos aprofundam o entendimento da violência obstétrica física: utilização inadequada da tecnologia na atenção ao parto: litotomia (posição desfavorável para o nascimento), manobra de Kristeller (pressão externa sobre o útero da mulher, com o objetivo de diminuir o período expulsivo), toques violentos ou excessivos, realização de uma episiotomia (corte na região do períneo para acelerar a expulsão), amniotomia (ruptura proposital e artificial da bolsa amniótica).<sup>12</sup> Nessa perspectiva, em todos os processos assistenciais durante o pré-natal, parto e puerpério, não pode haver imposição de um sofrimento evitável, um atendimento desumanizado e intervenções abusivas.<sup>12</sup>

Diante da realidade complexa de assistência a saúde de gestantes, a informação é essencial para garantia da autonomia da mulher. É preciso que durante todo o processo de acompanhamento da gestação as informações prestadas sejam completas e imparciais, garantindo que a tomada de decisão da mulher seja com base na real situação. É necessário desconstruir os ideais clínicos míticos de indicação de cesariana e de procedimentos extremamente invasivos, como macrosomia fetal, mecônio, circulares cervicais, bacia materna estreita.<sup>13</sup>

No contexto epidemiológico brasileiro, é possível observar crescente taxa de cesarianas, entre os anos de 2001 a 2014, a taxa de cesarianas passou de 38% para 57%. A Organização Mundial de Saúde aponta taxas de cesarianas acima de 10% como preocupantes, uma vez que o procedimento é extremamente invasivo e não condiz com as práticas que buscam diminuir a mortalidade materna a nível mundial e representam maior gastos para os serviços assistenciais públicos.<sup>14</sup>

O estudo “Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras” de Silva, fez um levantamento das diferentes formas de violência obstétrica configuradas em verbalizações violentas de profissionais de saúde, identificando jargões de cunho sexual durante o parto ou no exame de toque. As discriminações estão presentes nas falas: sobre o exame de toque perguntar se “está doendo?”; “Na hora de fazer não gritou, mas agora faz show”; “como todo ano você vem aqui”; “mulher é tudo igual, grita, mas, no ano seguinte está aqui de novo.”<sup>4,09,15</sup> Essas como outras situações que causam constrangimento e invadem o corpo, sem que a mulher tenha o direito de dizer o que a incomoda, é uma das situações mais rotineiras nas salas de parto.

Os impactos causados por estas práticas são graves, podem chegar a ocasionar consequências psicológicas semelhantes às de mulheres vítimas de estupro, uma vez que geraram dificuldades de aceitação do próprio corpo e demora para retornar à vida sexual. A violência obstétrica se mostra presente na vida de grande parte das mulheres, cujo espaço de fala é cerceado devido à invisibilidade desta forma de violência.<sup>16,17</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando se discute que o momento do parto e do puerpério deveriam ser marcados por boas lembranças, se remete ao fato de que o parto não é considerado “mágico” como é vendido socialmente e pela mídia. É um momento de angústia, medo e insegurança que precisa ser encarado como é, mas sem desconsiderar a empatia e profissionalismo das pessoas que por responsabilidade precisam tornar esse momento seguro e único. Em muitos casos a parturiente sofre agressões verbais, psicológicas, além de perder a autonomia sobre o seu corpo pelos profissionais que compõe a equipe de assistência ao parto, incluindo médicos (as), enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem.<sup>18</sup>

Não existe um código penal que puna os envolvidos em casos como esses, porém é possível tipificar os atos da violência em vários tipos penais, como: injúria, maus-tratos, ameaça, constrangimento ilegal, lesão corporal e não raramente à tentativa de homicídio, todos elencados no Código Penal Brasileiro. Junto a isso, também existe uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que considera a Lei nº 8.088 de 19 de setembro de 1990 que estabelece saúde como um direito de todos e dever do estado, universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e integralidade e igualdade da assistência à saúde e considerando todos os possíveis direitos tirados da mulher durante a gestação e parto, recomendando ações de cunho legal para o combate de tais práticas.<sup>1</sup>

Dentre algumas dificuldades vivenciadas para punir o autor da violência obstétrica, está a falta de conhecimento quanto as condutas que tipificam a violência obstétrica, onde a gestante ou parturiente desconhece qualquer legislação existente sobre o tema, e conseqüentemente não consegue identificar quando está sofrendo a violência obstétrica durante sua gestação, no momento do parto ou no pós-parto.<sup>19</sup> É diante dessa realidade que deve-se considerar

sobre a necessidade de estratégias políticas e sociais que garantam cobertura assistencial segura e de qualidade a gestantes, na busca da redução de taxas de morbimortalidade materna e perinatal.<sup>20</sup>

Há diversas questões e situações históricas que se repetem no cotidiano atual e que influenciam no tratamento recebido pela mulher gestante e parturiente nos hospitais, e que a violência obstétrica não é de modo algum um fenômeno que ocorre sem relações ou bases externas ou que esta é ainda, de responsabilidade apenas da área da saúde, tampouco é apenas uma questão social, se apresentando assim como um misto das questões que atravessam os dois campos, a medicina e a sociedade, e pelas situações que pertencem ou transitam por ambas.<sup>21</sup>

Os resultados encontrados nesta revisão expressam a necessidade de dar publicidade ao conceito de violência obstétrica, como também uma legislação específica que ampare as mulheres vítimas de violência obstétrica. É legítimo e de grande contribuição que os profissionais envolvidos nesse contexto estimulem novos modos que proporcionem autonomia das mulheres durante o parto, que rompam com modelos institucionais conservadores, autoritários e controladores.

Além disso, é de extrema importância que sejam criadas leis que tipifiquem a violência obstétrica, prevendo inclusive punições específicas para cada ato violento realizado, pois assim as vítimas conseguirão finalmente encontrar um bom amparo ao buscarem a tutela jurisdicional para denunciar o que sofreram, e muito provavelmente os agentes causadores desta violência pensarão duas vezes antes de cometerem os atos criminosos, pois com a tipificação haverá uma certeza de punição.<sup>21</sup>

A erradicação da violência obstétrica ainda é um desafio, mas para que isso realmente aconteça um dia, é necessário que haja uma conscientização de mulheres e profissionais, tanto da saúde, quanto do judiciário para que estes possam reconhecer e lutar contra as condutas abusivas cometidas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que a violência obstétrica, embora seja uma prática recorrente e permeada por valores culturais de desvalorização e submissão da mulher, ainda carece de uma definição única e de legislação específica no Brasil. As práticas violentas, muitas vezes naturalizadas nas instituições de saúde, refletem ideologias médicas

conservadoras que perpetuam o controle sobre o corpo feminino, especialmente durante o período de gestação, parto e puerpério.

Para que mudanças efetivas ocorram, é imperativo consolidar o conceito de violência obstétrica e promover a legalidade de punições para os atos que configuram essa violência. Além disso, o empoderamento das mulheres é crucial para que elas reconheçam essas práticas abusivas e se sintam encorajadas a denunciar os responsáveis.

A erradicação da violência obstétrica exige não apenas a conscientização das mulheres, mas também a sensibilização e a formação de profissionais de saúde e do judiciário, para que possam identificar, combater e prevenir condutas abusivas no atendimento obstétrico. É necessário, ainda, o fortalecimento de políticas públicas que assegurem uma assistência à saúde humanizada e respeitosa, garantindo o direito à autonomia das mulheres sobre seus corpos.

Assim, conclui-se que, para alcançar a verdadeira humanização do parto e eliminar práticas violentas, é fundamental um esforço intersetorial que envolva o poder legislativo, a formação de profissionais e a conscientização social, promovendo o respeito aos direitos das mulheres e melhorando a qualidade da assistência obstétrica no Brasil.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

**Eva da Silva Paiva** responsável pela concepção do estudo, levantamento bibliográfico, redação inicial e revisão crítica do conteúdo. **Ana Beatriz da Silva** contribuiu na análise dos dados, estruturação dos resultados e revisão final do manuscrito. **Bertulino José de Souza** atuou na orientação metodológica, supervisão da pesquisa e validação dos conteúdos científicos. **Maiara de Oliveira Lopes** participou da coleta e organização dos dados, além da normalização das referências bibliográficas. **Naylla Duarte de Queiroga** colaborou na discussão teórica, redação parcial do texto e revisão linguística. **Francisco Lucas Cardoso da Silva** contribuiu com a análise crítica dos achados, elaboração da conclusão e adequação do texto às normas da revista.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 2019.
2. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci

- MF, Portella Y, Leal MC. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(2):483-91. DOI: 10.1590/1413-81232022272.38592020.
3. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz CSG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(35):12. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013).
4. D'Oliveira AFPL, Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002;359(9318):1681-5. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.
5. Wolff L, Waldow V. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*. 2008;17(3):138-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>.
6. Matos MG, Magalhães AS. Violência obstétrica e trauma no parto: o relato das mães. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2021;41. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219616>.
7. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Campo AMP, Suarez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista Universidad Industrial de Santander Salud*. 2019;51(2):135-46. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072019000200135](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072019000200135).
8. Martins AC, Barros GM. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Revista Dor*. 2016;17(3):215-8. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.2016007>.
9. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.
10. Barboza LPA. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes no Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2016;5(1). Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847>.
11. Almeida MM, Cardoso FJC, Costa ACM, Santos TS, Oliveira FBM. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2017;11(9):3346-53. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110232p3346-3353-2017>.
12. Feitosa RLG. Violência contra a mulher no ciclo gravídico-puerperal em instituições de saúde: uma revisão integrativa [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2017.
13. Flores TR, Neves RG, Mielke GI, Bertoldi AD, Nunes BP. Desigualdades na cobertura da assistência pré-natal no Brasil: um estudo de abrangência nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(2):593-600. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.2679201916>.
14. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Revista Rene (Online)*. 2014;15(4):720-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-749342>.
15. Coelho AJ, Andrade AFD, Almeida VB. Violência obstétrica: a agressão silenciosa nas salas de parto. *Pretextos Revista de Graduação em Psicologia da PUC Minas*. 2020;5(9):719-40. Disponível em: <https://doaj.org/article/f5e6465cc56e4809a9e54ff8555f9e1e>.
16. Sipião J, Vital B. Violência obstétrica: o silêncio das inocentes. In: Encontro de Pesquisa e Extensão da Faculdade Luciano Feijão, 8., 2015, Sobral. Anais [...]. Sobral: Faculdade Luciano Feijão; 2015.
17. Lopes JM. Violência obstétrica: uma análise jurídica acerca do instituto no estado do Tocantins. 2020. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/violencia-obstetrica-uma-analise-juridica-acerca-do-instituto-no-estado-do-tocantins/>.
18. Dionisio EN, Barbosa IS. A violência obstétrica no âmbito jurídico. *Revista Eletrônica ESA*. 2021. Disponível em: [https://revistaesa.oab-ro.org.br/gerenciador/data/uploads/2021/07/EMYLLY-NEGRELLO-DIONISIO\\_IZABELA-DOS-SANTOS-BARBOSA.pdf](https://revistaesa.oab-ro.org.br/gerenciador/data/uploads/2021/07/EMYLLY-NEGRELLO-DIONISIO_IZABELA-DOS-SANTOS-BARBOSA.pdf).
19. Simões AD, Carvalho BCU, Silva Júnior CA, Alvim CM, Pinheiro FESP, Ferreira GA, et al. Perfil epidemiológico dos tipos de parto realizados no Brasil: análise temporal, regional e fatorial. *Research, Society and Development*. 2022;11(7):e0211729678. Disponível em: [https://www.academia.edu/97582378/Perfil\\_epidemiol%C3%B3gico\\_dos\\_tipos\\_de\\_parto\\_realizados\\_no\\_Brasil\\_an%C3%A1lise\\_temporal\\_regional\\_e\\_fatorial](https://www.academia.edu/97582378/Perfil_epidemiol%C3%B3gico_dos_tipos_de_parto_realizados_no_Brasil_an%C3%A1lise_temporal_regional_e_fatorial).
20. Alonso D, Pena RS. Violência obstétrica: conceituações e considerações sobre sua implicação no parto [dissertação]. Volta Redonda: Universidade Federal Fluminense; 2018. 44p.
21. Andrade MAC, Ferreira PB. Apoio institucional: tecnologia inovadora para fortalecer a rede perinatal a partir do dispositivo acolhimento e classificação de risco. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos Humaniza SUS*. 2014;4:61-76. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/Marcusrenato/caderno-humanizasus-v4humanizaodoparto>.



# QUAIS CORPOS MERECEM PROTEÇÃO? REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DAS “VIOLÊNCIAS” CONTRA AS MULHERES QUE SE PROSTITUEM

WHICH BODIES DESERVE PROTECTION? BIBLIOGRAPHIC REVIEW ABOUT “VIOLENCE” AGAINST WOMEN WHO PROSTITUTE THEMSELVES

¿QUÉ CUERPOS MERECE PROTECCIÓN? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE “VIOLENCIA” CONTRA LAS MUJERES QUE SE PROSTITUYEN

Roberta de Fátima Rocha Sousa <sup>1</sup>

Juliana Vieira Sampaio <sup>2</sup>

## Como Citar:

Sousa RFR, Sampaio JV. Quais corpos merecem proteção? Revisão bibliográfica acerca das “violências” contra as mulheres que se prostituem. *Sanare* 2025;24(1).

## Descritores:

Trabalho sexual; Violência contra a mulher; Revisão.

## Descriptors:

Sex Work; Violence Against Women; Review.

## Descriptores:

Trabajo Sexual; Violencia contra la Mujer; Revisión.

## Submetido:

28/06/2023

## Aprovado:

24/01/2025

## Autor(a) para Correspondência:

Roberta de Fátima Rocha Sousa;  
Rua Dr João do Monte, 768, Centro  
Sobral/CE. CEP: 62.010-220  
E-mail: robertafrsousa@gmail.com

## RESUMO

A violência contra a mulher de uma forma ampla tem sido debatida na atualidade, assim como a criação de leis e dispositivos de enfrentamento a esse tipo de violência; porém quando se fala da violência contra a mulher que se prostitui, é necessário fazer uma busca a parte para compreender que ela é vista de forma diferente não apenas pela sociedade, mas, também pelo Estado. Nesse sentido a pesquisa busca responder o seguinte questionamento: O que os artigos acadêmicos têm produzido sobre a violência contra a mulher que se prostitui? Assim objetiva-se analisar as violências contra mulheres cis, trans e travestis que se prostituem a partir de uma revisão bibliográfica. Sendo evidenciado que ainda existe um caminho muito longo a percorrer sobre a desconstrução da normalização da violência cometida contra as profissionais do sexo sejam cis, trans ou travestis. Demonstrando a urgência na mudança social que coloca essas mulheres em condição de carência de direitos, inclusive no que diz respeito aos lugares que deveriam ofertar acolhimento e segurança.

1. Mestra em Psicologia e Políticas Públicas – UFC. E-mail: robertafrsousa@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1182-6916>

2. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE E-mail: julianavsampaio@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5770-244X>

**ABSTRACT**

*Violence against women in a broad way has been debated nowadays, as well as the creation of laws and devices to face this type of violence; however, when talking about violence against women who engage in prostitution, it is necessary to do a separate search to understand that it is seen differently not only by society, but also by the State. In this sense, the research seeks to answer the following question: What have academic articles produced about violence against women who engage in prostitution? Thus, the objective is to analyze the violence against cis, trans and transvestite women who prostitute themselves from a bibliographical review. Being evidenced that there is still a very long way to go on the deconstruction of the normalization of violence committed against sex workers, whether cis, trans or transvestites. Demonstrating the urgency of social change that places these women in a condition of lack of rights, including with regard to places that should offer shelter and security.*

**RESUMEN**

*La violencia contra la mujer de manera amplia se ha debatido en la actualidad, así como la creación de leyes y dispositivos para enfrentar este tipo de violencia; sin embargo, cuando se habla de violencia contra las mujeres que ejercen la prostitución, es necesario hacer una búsqueda aparte para entender que es vista de manera diferente no solo por la sociedad, sino también por el Estado. En este sentido, la investigación busca responder a la siguiente pregunta: ¿Qué han producido los artículos académicos sobre la violencia contra las mujeres que ejercen la prostitución? Así, el objetivo es analizar la violencia contra las mujeres cis, trans y travestis que se prostituyen a partir de una revisión bibliográfica. Evidenciando que aún queda un largo camino por recorrer en la deconstrucción de la normalización de la violencia cometida contra las trabajadoras sexuales, sean cis, trans o travestis. Demostrando la urgencia de un cambio social que coloque a estas mujeres en una condición de falta de derechos, incluso en lo que respecta a los lugares que deben brindarles cobijo y seguridad.*

.....

**INTRODUÇÃO**

A temática prostituição, em diversos artigos, livros, teses, dissertações, é comum de vir precedida da afirmação a profissão/ofício mais antiga do mundo. Uma prática sentenciada pela sociedade, tanto por aspectos relacionados a moral e a ética, quanto o imaginário da propagação de doenças, e estímulo a infidelidade<sup>1</sup>. A prostituição se articula com a necessidade de que é preciso compreender e ao mesmo tempo desconstruir o que é considerado profissão, uma vez que, além de não ser considerada como trabalho pela sociedade, ainda há uma luta pela sua regulamentação no sentido de garantia de direitos trabalhistas. Sendo assim, a prostituição carrega vários estigmas que comprometem a cidadania das profissionais do sexo, usufruto dos seus direitos e sobretudo o direito as políticas públicas.

De forma, o objetivo deste artigo é analisar as violências contra mulheres cis, trans e travestis que se prostituem a partir de uma revisão bibliográfica. A violência experienciada pela profissional do sexo encontra-se invisibilizada no que tange o universo da violência de gênero, não existindo dados representativos no Brasil sobre esse fenômeno.

Mesmo ocorrendo muitas vezes nos espaços públicos, essa violência está atravessada pela lógica do silenciamento e a ausência de estatísticas podem se desdobrar na normalização/invisibilização da violência contra essas mulheres<sup>2</sup>. Sem estatística o Estado não é cobrado pela formulação de estratégias e políticas que atendam esse público em específico.

As leis e políticas de enfrentamento a violência contra a mulher não foram pensadas para atender as profissionais do sexo, além disso, quando estas procuram as políticas públicas, muitas vezes sofrem com o estigma produzido pela sociedade, bem como dos profissionais que atuam nos serviços que deveriam ser suporte para essas mulheres. Temos alguns dispositivos que atuam diretamente frente a violência contra a mulher, de forma que pretendemos a partir dessa revisão discutir a importância da regulamentação da prostituição enquanto profissão e a criação de políticas públicas voltadas para esse público em específico.

É sabido do grande ganho da causa feminista com a regulamentação da Lei 11.340/2006, também conhecida como Lei Maria da Penha, porém apesar da necessidade e urgência da sua promulgação é preciso refletir sobre quais situações de violência estão

amparadas por esta lei e se as profissionais do sexo são assistidas por esta:

*Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. (BRASIL, 2006)<sup>3</sup>*

Assim como exposto, a referida lei deixa elucidado que pretende coibir as violências nas searas doméstica e familiar, uma vez que a violência experienciada pela profissional do sexo ocorre em seu ambiente de trabalho, foge ao que a lei Maria da Penha se propõe. Pensar nos aspectos que dizem respeito a violência, e olhar para o que temos de políticas públicas para a mulher que se prostitui é saber que ela também sofre violência do Estado, uma vez que o mesmo não reconhece a importância da criação de políticas públicas de proteção para essa mulher.

Compreendemos que parte das violências sofridas não são frutos somente da ocupação dos lugares/zona em si, mas também da exclusão dessa categoria das legislações laborais, sendo importante mencionar que a prostituição é reconhecida como ocupação profissional e incluída no Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO) N° 5198-05 e no Ministério do Trabalho e do Emprego, o que se entende um grande avanço em relação ao Estado, o Direito e o movimento das profissionais do sexo<sup>4</sup>. Porém mesmo diante do exposto ainda não é considerada profissão para a sociedade, assim como ainda há uma luta pela sua regulamentação no sentido de garantia de direitos trabalhistas, sendo assim, um fazer que carrega vários estigmas que comprometem o exercício das profissionais do sexo a cidadania, usufruto dos direitos, sobretudo o direito a saúde.

Sendo assim, compreende-se o envolvimento tanto das dimensões culturais e simbólicas da violência contra a mulher, assim como dimensões territoriais/urbanas e institucionais diante dessa invisibilidade por parte do Estado e da Sociedade Civil.

Esse cenário de ausência de políticas é uma consequência do limbo jurídico em que se encontram as profissionais do sexo no Brasil, o que produz cada vez mais o fortalecimento das situações de vulnerabilidade, violando direitos fundamentais e impulsionando violências<sup>5</sup>. Falar do fenômeno da violência contra a mulher é saber que ela se constitui de acordo com os contextos vivenciados pelas mesmas, no caso das mulheres que se prostituem, estas estão expostas as mais diversas vulnerabilidades produzidas a partir da sua atividade laboral.

A forma como a prostituição é percebida por parte da sociedade e inclusive por alguns campos do movimento feminista é que esta seria mais uma forma de violência contra as mulheres, não sendo compreendida como um trabalho e conseqüentemente como profissão; devendo ser abolida. Essa vertente do feminismo percebe as profissionais do sexo como vítimas da opressão masculina.

Assim como parte da própria luta do feminismo não engloba as demandas dessas mulheres, tendo em vista que as feministas abolicionistas enxergam a prostituição, não como um modo de vida, mas a partir do viés da escravidão. A prostituição seria incompatível com a dignidade humana, e, portanto, a proposta desse movimento é incentivar as profissionais do sexo a deixar essa forma de existir<sup>5</sup>.

Sabe-se que o feminismo luta contra as mais diversas formas de violências e violações de direitos, sendo assim, o feminismo é o desejo por uma democracia radical ampliando um olhar a luz dos direitos daquelas que vivem em um cenário de injustiças, onde incluem-se todas as mulheres cujos corpos são medidos para o valor de uso: corpos para o trabalho, procriação, cuidado e a manutenção da vida, para a produção do prazer alheio, que também compõe a ampla esfera do trabalho<sup>6</sup>.

Salientando a importância das lutas feministas, porém compreendendo que cada luta ergue sua bandeira, e que mesmo que parte do movimento não apoie essa causa, também existe parceria com parte do movimento que apoia a luta do reconhecimento da prostituição enquanto profissão, porém, a maior representatividade é da própria classe.

Como problema de pesquisa, foi formulado a seguinte questão: o que os artigos acadêmicos têm produzido sobre a violência contra a mulher que se prostitui? Sendo assim, o presente estudo pretende analisar a violência contra a mulher que se prostitui.

## PERCURSO METODOLÓGICO

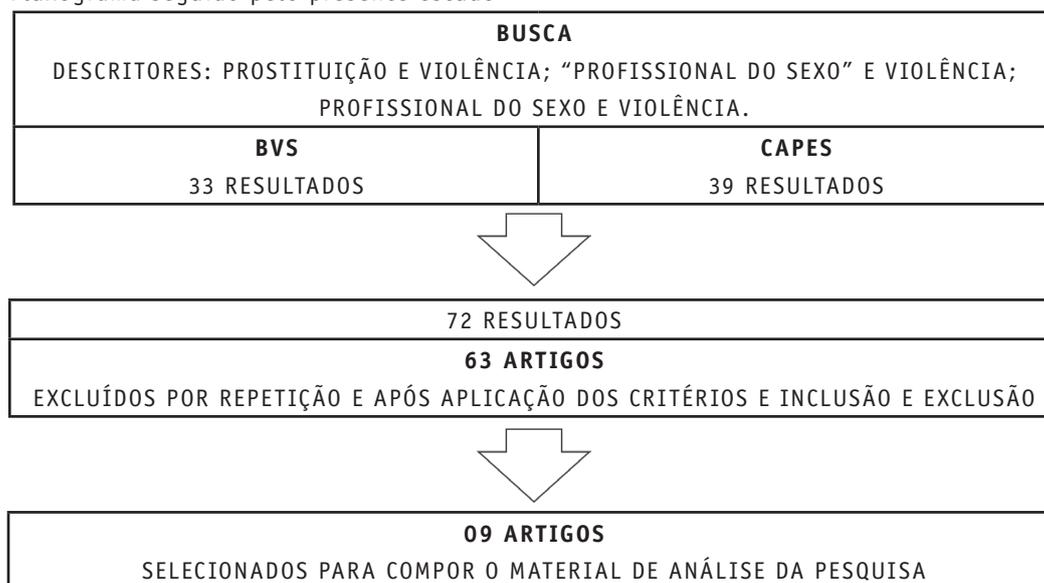
Este é um estudo de revisão bibliográfica, que tem o intuito de buscar produções acadêmicas brasileiras sobre a violência contra a mulher que se prostitui. De forma que o levantamento bibliográfico nos permite ter acesso às produções científicas já cristalizada, que podemos encontrar na forma de livros, teses, capítulos de livros, periódicos, artigos, cartas, editoriais, comentários, notícias e etc. Possibilitando e privilegiando investigações nos vários domínios do saber; assim como as produções discursivas que reconstróem e contribuem para a geração de novos sentidos e práticas<sup>7</sup>. Nesta revisão tivemos como foco o artigo científico, que é um ato de fala impresso, sendo produzido para ser apreendido de maneira ativa, assim como fomentar críticas e discussões<sup>7</sup>.

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: Plataforma CAPES e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), essas bases de dados foram escolhidas por sua abrangência bem como uma variedade de publicações de estudos multidisciplinares e interdisciplinares. Foram utilizados os seguintes descritores de forma combinada: prostituição e violência; “profissional do sexo” e violência; profissional do sexo e violência.

Foram utilizados como critérios de inclusão: a) artigos em português; b) artigos publicados no período de 2017 a 2022. Como critérios de exclusão: a) artigos que não abordassem o tema da violência contra a mulher que se prostitui; b) artigos repetidos ou incompletos; c) artigos de revisão bibliográfica. A partir dessa busca encontramos 72 (sessenta e duas) publicações. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nas leituras das publicações, identificamos que apenas 09 (nove) publicações atendiam ao objetivo desta pesquisa. Sendo assim os 09 (nove) artigos compõem o material analisado para esta pesquisa.

A Figura 1, ilustra o fluxograma seguido pelo presente estudo, sintetizando as etapas seguidas e dos procedimentos metodológicos adotados para a obtenção da amostra final.

Figura 1 - Fluxograma seguido pelo presente estudo



Fonte: Elaboração própria

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Quadro 1 apresenta as informações relativas aos 09 (nove) artigos que compõem a amostra final selecionada para o presente estudo descrevendo: ano, título, objetivos, métodos e resultados.

Quadro 1- Publicações selecionadas para análise.

PUBLICAÇÕES SELECIONADAS				
ANO	TÍTULO	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS
2017	Fatores associados à violência contra as mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras	Estimar a prevalência de violência contra a mulher em dez cidades brasileiras, segundo a natureza e os perpetradores, além de identificar os fatores associados a essa violência.	Estudo transversal	Conclui-se que as mulheres profissionais do sexo brasileiras vivenciam uma carga desproporcional de violência.
2017	O corpo fala: Universo das travestis	Caracterizar o ser travesti na população de profissionais do sexo em atividade em Uberlândia - MG, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas, bem como os fatores de risco para as IST's.	Pesquisa prospectiva - exploratória	A pesquisa apresentou uma visão sobre o mundo das travestis que têm como profissão a prostituição, colaborando para um olhar mais respeitoso sobre a opção e sobre as transformações realizadas em seu corpo enquanto travesti.
2017	O benevolente e a "vítima" na prostituição: Poder e violência simbólica nas interações entre profissionais do sexo e a Pastoral da Mulher Marginalizada	Apresentar os desafios e os riscos que a pastoral enfrenta em suas relações com as profissionais do sexo, para as quais oferecem ajuda e com as quais mantém um contato e um atendimento duradouro.	Pesquisa etnográfica	O processo de subalternização de profissionais do sexo, mostra desacordo entre o discurso e as práticas mediante os quais essa organização pretende mudar a vida das mulheres sujeitas às suas intervenções, particularmente através do procedimento de deixa-las falar, mas sem ouvi-las, ou de silenciá-las.
2017	Notas sobre as implicações psicossociais da violência na baixa prostituição feminina na cidade de Fortaleza/CE	Problematizar as implicações psicossociais da violência no contexto da baixa prostituição feminina.	Etnográfica	Identificou-se que as mulheres que vivem no contexto da baixa prostituição seguem invisíveis no que diz respeito aos direitos sociais e humanos.
2018	Donas de casa, de prostituição: sobre as violências decorrentes da criminalização dos contextos dessas práticas	Tensionar a ideia de ficção e realidade, bem como de borrar a fronteira entre a cafetina má e a dona de casa de prostituição que cuida.	Etnográfica	Autora diz preferir abarcar a incongruência, sem uma conclusão de que donas de casas de prostituição são boas ou más. Através da prática e escrita antropológica é possível refletir que são tudo e mais do que isso.

2018	Violência contra mulheres na prostituição	Investigar as violências contra as mulheres no contexto de prostituição no cenário goiano.	Qualitativa	Percebeu-se que as principais violências eram de ordem implícita e constituíam-se em humilhações, opressões e desqualificações pela condição da mulher e pelos estigmas presentes na prostituição.
2019	Profissionais do sexo: a cumplicidade como enfrentamento das vulnerabilidades	Analisar as vulnerabilidades do trabalho de profissionais do sexo atuantes na rua e suas formas de enfrentamento	Qualitativo transversal e reflexivo	Observou-se uma complexidade de variáveis influenciando nas situações de vulnerabilidade, mas também muitas formas de enfrentamento perante as diferentes situações vivenciadas.
2019	Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no estado de São Paulo, Brasil	Estimar fatores associados ao bem-estar psicológico de travestis e mulheres transexuais.	Estudo transversal	Evidenciou que as condições de desigualdade social e violência estão associadas a um pior bem estar psicológico de travestis e mulheres transexuais.
2020	Violência e prostituição: reflexões acerca da omissão estatal no Brasil	Compreender de que forma o Estado brasileiro ratifica e impulsiona uma relação íntima entre violência e prostituição.	Pesquisa documental	A pesquisa constatou que o Estado brasileiro pode ser identificado como diretamente responsável por esse quadro de violências.

Conforme demonstrado no Quadro 1, as publicações selecionadas são referentes aos anos de 2017 a 2021, porém, vale destacar que foi encontrada apenas 01 (uma) publicação do Estado do Ceará sobre as violências sofridas pelas profissionais do sexo dentro desse corte; assim como 01 (uma) publicação no ano de 2022 referente às profissionais do sexo, mas que tinha como foco a atuação das mesmas frente a pandemia do Covid-19 e por isto foi descartado do escopo da análise.

Partindo da questão problema deste artigo que é buscar na literatura o que existe sobre a violência contra a mulher que se prostitui, foi percebido que temos poucos trabalhos publicados sobre essa temática, em específico na Região Nordeste, como citado no anteriormente. Demonstrando a importância de pesquisar a violência em todas suas possíveis manifestações, assim como desenvolver um olhar para essa mulher enquanto sujeito de direitos. Sendo assim partir dos dados levantados nesta revisão, organizamos o material a partir de duas categorias de análise: a) Combate à prostituição e a violência simbólica; b) Preconceito como potencializador da violência e invisibilidade.

### Combate à prostituição e violência simbólica

Atualmente no Brasil existem grupos que defendem o sistema abolicionista, no qual a prostituição é compreendida como uma forma de violência contra as mulheres, sendo defendido que a prostituição não é um trabalho, assim como também não é uma profissão e dessa maneira deve ser abolida<sup>5</sup>.

Alguns grupos religiosos partilham da perspectiva abolicionista, e assim, descrevem a atuação da Pastoral, que envolve diversos grupos católicos espalhados pelo país, que trabalham com a reinserção social das profissionais do sexo desde 1974, no Rio de Janeiro<sup>6</sup>.

Criando uma identidade que marcaria a atuação da pastoral enquanto uma organização cristã e abolicionista, baseada na teologia da libertação, eles se fundamentam na lógica do resgate das profissionais do sexo a partir da ideia da vitimização.

Partir dessa ideia de "vítima" é pensar que essas mulheres precisam ser resgatadas, construindo assim uma figura benevolente (pastoral), enquanto para construir-se neste lugar, o outro sujeito precisa ser colocado como vítima e inferiores. Esse tipo

de lógica reforça a ideia de libertação e resgate das profissionais do sexo, justificando assim, a necessidade das práticas da Pastoral enquanto entidade salvadora e superior<sup>8</sup>.

A relação da Pastoral com as profissionais do sexo a partir da sua experiência na mesa de abertura do Encontro da mulher marginalizada, que ocorreu em Salvador e que foi organizado pela Pastoral. Na ocasião, uma das profissionais do sexo que compunha a mesa de abertura se apresenta: dizendo ser uma menina de Uberaba, fato que chama atenção de Gabriela Leite, que questionou Leonardo Boff, que estava presente no evento e ele explica que a Pastoral prefere usar o termo “menina”, por achar muito forte a palavra prostituta; de forma que quando chega a vez de Gabriela Leite se apresentar, ela afirma que ao contrário da colega ela era prostituta<sup>9</sup>.

Importante mencionar que existem alguns termos que fazem referência a essa profissão, os mais comuns são: prostituta, garota de programa, profissional do sexo e puta; porém a partir da ótica higienista carregada de preconceito, percebe-se uma tentativa de invisibilizar essa mulher quando se diz que o termo puta, prostituta e garota de programa são estigmas e impondo que profissional do sexo é o termo correto – politicamente correto, inclusive descartando a possibilidade de escolha dessas mulheres sobre como se nomear. Para o movimento das prostitutas é importante assumir o nome e não fugir dele<sup>9</sup>.

Assim como Gabriela Leite, Amara Moita também a Pastoral da mulher marginalizada como uma forma de controle, além disso, destaca que um feminismo que se denomina como radical e que anda de mãos dadas com a pastoral e a bancada fundamentalista na luta contra o direito das profissionais do sexo é bastante questionável<sup>10</sup>.

A pastoral visa controlar e fazer com que as profissionais do sexo assumam o discurso de vítima, cometendo uma violência simbólica contra essas mulheres, sendo a partir dessas ações que as desigualdades, diferenças, preconceitos e discriminações vão ganhando forma e cor; e que na visão da pastoral ganham o nome de “mulheres marginalizadas”<sup>8</sup>.

### **Preconceito como potencializador da violência e Invisibilidade**

É preciso compreender as nuances que a violência pode ter para além do que podemos encontrar no

senso comum, uma vez que se pode perceber uma naturalização deste fenômeno. Ser mulher, na nossa sociedade, já é uma situação de vulnerabilidade, devido as relações de desigualdade em que a mulher é vista como submissa e inferior aos homens. No caso das profissionais do sexo, temos a construção de outra violência, permeada pelo preconceito, estigmas e estereótipo de ser profissional do sexo/garota de programa/prostituta/puta, intensificando e de certa forma, justificando a violência sofrida por estas.

Sendo assim, as violências no cenário da prostituição são múltiplas e constantes, partindo do pressuposto que muitas não escolhem seus clientes, além de serem aliciadas por cafetões e cafetinas. Essas mulheres são vítimas não apenas da violência física, mas também estão expostas a outros tipos de violências como: tráfico, abusos sexuais, roubos e a violência psicológica. A objetificação e a mercantilização dos corpos das mulheres que se prostituem motivam as violências que estas sofrem, uma vez que estamos falando de um corpo que é transformado em objeto, a exploração e abuso parecem naturais<sup>11</sup>.

Falar sobre gênero é falar de relações de poder e não apenas das diferenças biológicas e naturais, sendo produzido a medida do que é vivido, forjando-se ao corpo, as desigualdades de gênero machistas e patriarcal reproduzem essa lógica da violência, sobretudo no contexto da prostituição devido as relações de poder, de forma que acabam por serem invisibilizadas tanto pelo fato da marginalização quanto dos mais variados preconceitos que circundam a profissão.

Quando falamos de prostituição, falamos de algo que é visto com preconceito diante da sociedade civil, portanto, aquilo que é marginalizado, deixado de lado, ou seja, invisível. Gabriela Leite, em seu livro *Filha, Mãe, Avó e Puta*; demonstra a visão que sociedade tem da puta, demonstrando que ela é, desde todos os tempos, o ralo da sociedade, e não há nada que se possa fazer para mudar isso<sup>9</sup>. A mulher tem o direito de exercer sua sexualidade de forma livre, reiterando ainda o fato de estar ainda na vida pelo fato de gostar de sexo, assim como não conseguiria o que conseguiu tendo outra atividade, porém para a sociedade é apenas uma mulher que não presta<sup>9</sup>.

As mulheres que trabalham com a prostituição carregam o sofrimento produzido não apenas pelo estigma da profissão em si, mas também diante de

um sistema que é criado para torná-las invisível. Os setores judiciais e da saúde além de não terem uma lei que proteja essa categoria em específico, também apresentam uma série de dificuldades para assistir esse público. A profissional do sexo no Brasil é exposta a diversas vulnerabilidades, sendo tratadas pelo Estado como consequência da anormalidade social e não como violações de direito. Um trabalho tido como um risco social<sup>5</sup>.

Trazer à tona esses aspectos são de fundamental importância para compreendermos também o lugar não apenas das mulheres cis, mas também das mulheres transexuais e travestis, onde o Brasil ocupa o primeiro lugar no ranking de assassinatos dessas<sup>12</sup>. Existe um conjunto de outras violências relegadas a elas, incluindo a falta de respeito ao direito do uso do nome social e identidade de gênero, a falta de uma agenda política direcionada para população de transexuais e travestis<sup>13</sup>.

Ressaltando também a ausência de estatísticas e indicadores oficiais com relação a violência contra as travestis e transexuais. O que temos de estatísticas sobre essa população foram produzidas pela ANTRA – Associação Nacional das Travestis e Transexuais -, o último dossiê lançado em 27 de janeiro de 2023, referente aos anos 2017 a 2022, indica que no ano de 2022 foram 131 assassinatos de pessoas trans, sendo 130 travestis e mulheres transexuais e 1 homem trans. Indicando em primeiro lugar o estado Pernambuco, em segundo lugar São Paulo e em terceiro lugar o Ceará; os estados que mais mataram essa população<sup>14</sup>.

É urgente falar da ausência de estatísticas sobre violência contra as mulheres que se prostituem, uma vez que o estigma da invisibilização é reforçado, seja no âmbito da saúde, assistência ou judiciário. A reprodução dos estigmas sociais e julgamentos morais pelos profissionais afastam essas mulheres das políticas públicas. É de extrema importância que os profissionais de saúde estejam capacitados para reconhecer os sinais de violência e assim fazerem o devidos encaminhamentos e orientações de forma humanizada e acolhedora das profissionais do sexo<sup>15</sup>. Os serviços públicos precisam compreender o peso do estigma e tempo que essa mulher leva para decidir procurar os equipamentos, uma vez que ela já carrega o peso e o medo de ser julgada por quem deveria acolher e percebê-la como um sujeito de direitos.

Esse cenário de ausência de políticas, é consequência do limbo jurídico que se encontram as profissionais do sexo no Brasil, ao mesmo tempo

fortalecendo as situações de vulnerabilidade, violando direitos fundamentais e impulsionando violências<sup>5</sup>. Algumas vidas são vistas como menos dignas e a elas são distribuídas diferencialmente proteção e violência<sup>16</sup>; demarcando assim sobre quais vidas importam e quais não. Quais corpos merecem proteção?

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe um caminho muito longo a percorrer sobre a desconstrução da normalização da violência cometida contra as profissionais do sexo sejam cis, trans ou travestis. A prostituição ocupa um lugar produtor de vulnerabilidades, porém, quem deve olhar para isso? Sociedade civil? Estado? Ouso dizer que é de todos nós.

Falar sobre algo invisível é trazer à tona a visibilidade, não tendo mais como negar a existência de determinado fenômeno, uma vez que ele se torna visível. É urgente a mudança social que coloca essas mulheres em condição de carência de direitos, inclusive no que diz respeito aos lugares que deveriam ofertar acolhimento e segurança. Observamos o contrário, muitas mulheres mesmo sabendo dos seus direitos, acabam procurando os dispositivos apenas nos casos mais extremos, e recorrendo as estratégias produzidas pelas mesmas para fugir do preconceito e julgamento.

Assim como a literatura evidenciou a criação de rede de afetos e proteção no território, diante da exclusão é percebido a importância dessa rede, inclusive no que diz respeito a proteção, em que a partir dos códigos produzidos territorialmente elas se protegem com ajuda umas das outras, reforçando que existe afeto, existe humanização.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Roberta de Fátima Rocha Sousa** contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Juliana Vieira Sampaio** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- Schmalfluss J, Boff E, Lago A, Gnoatto D, Lutinski J, Ferraz L, et al. Profissionais do sexo: a cumplicidade como enfrentamento das vulnerabilidades [Internet]. 2019 [citado 2023 jun 13]. Disponível em: <http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/grifos/article/view/4493>

2. Brito L. Implicações psicossociais da violência nos modos de vida de prostitutas pobres [Internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2014 [citado 2023 jun 27]. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/9555>
3. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Presidência da República; 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)
4. Silva L, Ximenes V. Notas sobre as implicações psicossociais da violência na baixa prostituição feminina na cidade de Fortaleza/CE. Interthesis [Internet]. 2017 [citado 2023 jun 28];14(1):176. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2017v14n1p176>
5. Tabuchi M, Santos A. Violência e prostituição: reflexões acerca da omissão estatal no Brasil. In: Captura Críptica. 1ª ed. Florianópolis: UFSC; 2020. p. 75-88. v. 9. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/capturacriptica/article/view/4358/3722>
6. Tiburi M. Feminismo em comum: para todas, todes e todos. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; 2019.
7. Mirim L. Garimpando sentidos em bases de dados. In: Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações metodológicas. São Paulo: Cortez; 2013. p.127-55.
8. Skackauskas A. O benevolente e a “vítima” na prostituição: poder e violência simbólica em interações entre prostitutas e a Pastoral da Mulher Marginalizada. Sex Salud Soc (Rio J) [Internet]. 2017 [citado 2023 jun 20];27:66-96. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.05.a>
9. Leite G. Filha, mãe, avó e puta. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
10. Moira A. E se eu fosse pura. São Paulo: Hoo Editora; 2018.
11. Souza T, Carvalho N. Violência contra mulheres na prostituição. 2ª ed. Rio Grande: FURG; 2018. ISBN: 978-85-7566-547-3. Disponível em: <http://www.seminariocorpogenerosexualidade.furg.br/>
12. Zucchi E, Barros C, Redoschi B, Deus L, Veras M. Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [citado 2023 jun 28];35:e00068518. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LqvvCfLhQNHQwb3M3zQPFFN/?lang=pt>
13. Nolasco G, Lopes Z, Arruda D. “Ela é boa de cuspir, maldita Geni!”: reflexões sobre violências contra os corpos dissidentes de travestis em Campo Grande/MS. Rev Ártemis [Internet]. 2020 [citado 2023 abr 11];29(1):205-21. DOI: 10.22478/ufpb.1807-8214.2020v29n1.47316. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/view/47316>
14. Benevides B. Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022. Brasília: ANTRA; 2023. Disponível em: <https://antrabrasil.org/assassinatos/>
15. Maciel L, Schneider J, Chambart D, Grassi-Oliveira R. Percepções de profissionais sobre atendimentos em saúde para mulheres usuárias de crack. Psicol Cienc Prof [Internet]. 2020 [citado 2023 abr 10];40:e223750. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/76g33BpJfYv4QTXgFnyk7Cq/?lang=pt>
16. Butler J. Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto? 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2017.

# PAPEL DOS ENFERMEIROS NA LINHA DE FRENTE DA COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA

THE ROLE OF NURSES AT COVID-19 FRONT LINE: AN INTEGRATIVE REVIEW

PAPEL DE LOS ENFERMEROS QUE ACTUARON EN LA PRIMERA LÍNEA CONTRA LA COVID-19: REVISIÓN INTEGRATIVA

Beatriz da Silva Sousa <sup>1</sup>Roberlandia Evangelista Lopes Ávila <sup>2</sup>Lidyane Parente Arruda <sup>3</sup>Glaucirene Siebra Moura Ferreira <sup>4</sup>**Como Citar:**

Sousa BS, Ávila REL, Arruda LP, Ferreira GS. Papel dos enfermeiros na linha de frente da covid-19: revisão integrativa. *Sanare*. 2025;24(1).

**Descritores:**

Enfermagem; Pandemia; Covid-19.

**Descriptors:**

Nursing; Pandemic; Covid-19.

**Descriptores:**

Enfermería; Pandemia; COVID-19.

**Submetido:**

14/09/2025

**Aprovado:**

21/05/2025

**Autor(a) para Correspondência:**

Beatriz da Silva Sousa  
Largo Francisco Xavier de Medeiros,  
S/N - Imaculada Conceição,  
Canindé - CE  
E-mail: beatrizgba@hotmail.com

**RESUMO**

Objetivou-se, neste trabalho, analisar o papel desempenhado pelos enfermeiros durante a pandemia de covid-19. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, em que, para a busca de artigos, utilizaram-se as bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), aplicando-se os descritores de assunto: “enfermeiros”, “COVID-19” e “pandemia”, utilizando o operador booleano “AND”. Foram analisados oito artigos científicos e, dos principais resultados, constatou-se que, diante da situação inesperada de pandemia, os enfermeiros exerceram seu papel com competência, condição que possibilitou grande visibilidade da categoria no contexto pandêmico. Não obstante, foi desafiador atuar na pandemia. Dentre os desafios mais significativos destacam-se: a necessidade de lidar com os diversos sentimentos de ansiedade, medo de transmissão da doença, a escassez de insumos e falta de conhecimento que surgiram diante do cuidado ao paciente com covid-19. Assim, durante a pandemia, evidenciou-se que os enfermeiros vivenciaram diversas adaptações, dentre elas, as mudanças no cenário de trabalho para a prestação de cuidados devido à covid-19. Dessa forma, a categoria teve destaque diante do empoderamento na prestação do cuidado.

1. Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: beatrizgba@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1586-734X>

2. Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Doutorado em Educação pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Mestrado de Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Email: roberlandialopes@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6810-7416>

3. Docente do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Email: lidyaneparente@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5218-1259>

4. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Inta-UNINTA. E-mail: glaucirenesiebra586@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1742-2096>

**ABSTRACT**

*This study aimed to analyze the role played by nurses during the covid-19 pandemic. This is an integrative literature review. The databases used for article searches were: Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) and Base de Dados em Enfermagem (BDENF), applying the subject descriptors: "nurses," "covid-19," and "pandemic," using the Boolean operator "AND". A total of 8 scientific articles were analyzed, and among the main findings, we noted that, in the face of the unexpected pandemic situation, nurses carried out their roles with competence, allowing for significant visibility of the profession within the pandemic context. Nonetheless, working during the pandemic was challenging, and the most prevalent challenges included dealing with various feelings of anxiety, fear of disease transmission, shortages of supplies, and lack of knowledge that emerged when caring for patients with covid-19. Therefore, during the pandemic, it became evident that nurses underwent a series of adaptations, including changes in the work environment to provide care for covid-19 patients, causing the profession to gain prominence through the empowerment associated with health assistance.*

**RESUMEN**

*El objetivo de este trabajo fue analizar el papel desempeñado por los enfermeros durante la pandemia de COVID-19. Se trata de una revisión integrativa de la literatura, en la que se utilizaron las siguientes bases de datos para la búsqueda de artículos: Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y la Base de Datos en Enfermería (BDENF). Se emplearon los descriptores "enfermeros", "COVID-19" y "pandemia", combinados mediante el operador booleano "AND". Se analizaron ocho artículos científicos. Los principales resultados revelaron que, ante la situación inesperada de la pandemia, los enfermeros desempeñaron su rol con competencia, lo que otorgó gran visibilidad a la categoría profesional en el contexto pandémico. No obstante, actuar durante la pandemia representó un gran desafío. Entre los retos más significativos se destacan: la necesidad de gestionar diversos sentimientos como la ansiedad, el miedo al contagio, la escasez de insumos y la falta de conocimientos frente al cuidado de pacientes con COVID-19. Así, durante la pandemia se evidenció que los enfermeros enfrentaron múltiples adaptaciones, incluyendo cambios en el entorno laboral para la prestación de cuidados en el contexto de la COVID-19. De este modo, la categoría cobró protagonismo a través del empoderamiento en el ejercicio del cuidado.*

.....

**INTRODUÇÃO**

A pandemia de covid-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), teve o seu início na cidade Wuhan, região central da China, e, em pouco tempo, propagou-se pelo resto do país, de modo que em menos de dois meses atingiu todos os continentes<sup>1</sup>. Com a chegada do vírus ao Brasil, registrou-se o aumento do número de casos dessa doença. Assim, a inquietação dos profissionais da saúde, especialmente da enfermagem, intensificou-se, diante do complexo e inesperado cenário de atuação<sup>2</sup>.

A pandemia do novo coronavírus mobilizou, em todo o mundo, profissionais da saúde para o seu enfrentamento. O controle da doença ressaltou, de maneira expressiva, o papel essencial que esses trabalhadores e trabalhadoras desempenham no manejo do cuidado à vida das pessoas e no fortalecimento dos sistemas de saúde<sup>3</sup>. Considerando que a exposição ao vírus, no ambiente de trabalho, impactou significativamente as famílias desses

profissionais, medidas de segurança foram adotadas como meio de evitar a propagação da doença. Algumas das providências tomadas foram: o correto descarte do Equipamento de Proteção Individual – EPI, higienização pessoal em diversos ângulos do cuidado e o isolamento familiar do profissional. Ou seja, parte dos profissionais de saúde ficaram sem contato com seus familiares para protegê-los<sup>4</sup>.

Dentre as profissões que atuaram no enfrentamento à pandemia, destaca-se a enfermagem, com ações de cuidado integral às pessoas infectadas, medidas de prevenção e práticas de educação em saúde que envolvem aspectos técnico-científicos e de humanização<sup>5</sup>. A equipe de enfermagem, no que lhe concerne, executou projeto primordial no contexto de pandemia, com o desenvolvimento das mais diversas ações de cuidado e proteção à saúde das pessoas<sup>5</sup>.

Em virtude do exposto, e levando em consideração o estado sanitário devido à disseminação do coronavírus, este artigo questionou: Qual é o papel desempenhado pelos enfermeiros na linha de frente da covid-19? Tal análise é de grande relevância social

e acadêmica, pois evidencia como a atuação desses profissionais foi fundamental diante do contexto emergencial da pandemia e também oferece subsídios teóricos que fortalecem a produção científica na área da saúde, além de impulsionar reflexões sobre as práticas de cuidado em contextos emergenciais.

## METODOLOGIA

O presente estudo fundamenta-se em uma revisão integrativa de literatura, que consiste em estudos que englobam conhecimentos experimentais e não experimentais, sendo a busca dos artigos orientada por uma questão norteadora. Ademais, utilizaram-se métodos sistemáticos que geraram resultados consistentes e identificaram possíveis lacunas do conhecimento<sup>6</sup>.

A questão de pesquisa deste estudo foi formulada a partir do acrônimo PICO, aplicado em pesquisas não clínicas: (P) População – enfermeiros; (I) Intervenção (fenômeno de interesse) – papel; (Co) Contexto – linha de frente. Desse modo, a questão norteadora deste estudo compreende o seguinte questionamento: Qual o papel dos enfermeiros na linha de frente da covid-19?

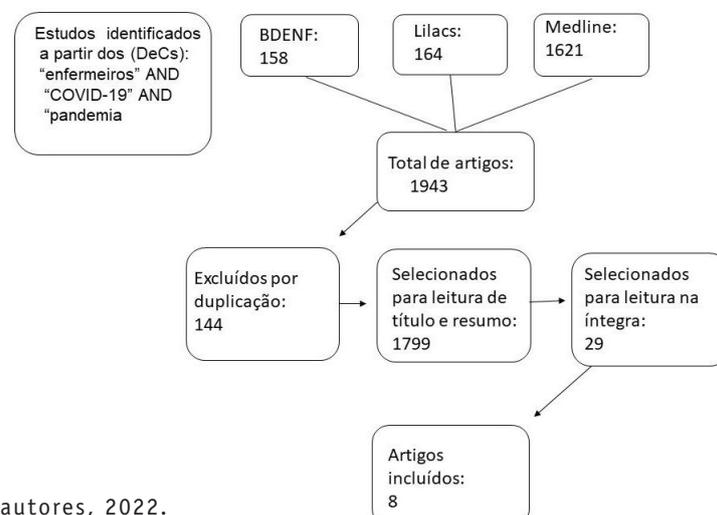
Para a busca de artigos, nesta revisão, foram utilizadas as bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF); na forma de busca avançada, aplicando-se os descritores de assunto (DeCs): “enfermeiros”, “covid-19” e “pandemia”, utilizando o operador booleano “AND”. Foi utilizada a seguinte combinação

de descritores nessas bases de dados, a partir da estratégia PICO: “enfermeiros” AND “covid-19” AND “pandemia”. A escolha das bases de dados foi diretamente influenciada pelo grande volume de estudos sobre o tema proposto incorporados a elas. O levantamento das produções científicas foi realizado em maio de 2022.

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra que retratassem a temática proposta e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados, no período de 2020 a 2022. Foram excluídos: artigos apresentando duplicidade nas bases de dados, estudos de revisão, teses, dissertações, relatos de experiência e estudos de casos. Assim, os artigos que contemplaram os critérios estabelecidos seguiram para a seleção por título e resumo, realizada pela plataforma gratuita da ferramenta Rayyan, em que, nessa etapa, buscou-se identificar os artigos relacionados à temática da pesquisa. Os artigos coletados seguiram para a avaliação e leitura na íntegra, sendo selecionados apenas aqueles que atenderam à pergunta norteadora.

A amostra inicial foi constituída por 1.943 artigos, sendo 158 deles na plataforma BDENF, 164 artigos na plataforma LILACS e 1.621 artigos na Medline. Após a aplicação dos filtros, de todos os trabalhos encontrados, 144 foram excluídos por estarem duplicados, 1.799 foram selecionados para a leitura de resumo e título. Desses, 29 foram selecionados para a leitura na íntegra. Após a leitura, a amostra foi reduzida para oito artigos, sendo um artigo da plataforma BDENF, um artigo da plataforma LILACS e seis artigos da Medline. A Figura 1 apresenta o fluxograma desses manuscritos.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos. Sobral (CE), Brasil, 2022.



Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

A análise dos artigos selecionados foi realizada de forma descritiva. Essa análise permite observar, descrever e classificar os dados, com a finalidade de atingir o objetivo do tema proposto<sup>7</sup>.

Após a leitura, obtiveram-se duas categorias para a discussão, são elas: I) Atuação da enfermagem na linha de frente e II) Desafios da enfermagem no cenário da covid-19.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O cruzamento dos descritores resultou em 1.943 artigos. Do total, foram selecionados 1.799 trabalhos, para os quais se procedeu à leitura dos títulos, respeitando o objetivo do presente estudo e os critérios de inclusão e exclusão. Após a leitura, na íntegra, a amostra final reduziu-se a oito artigos, os quais se adequaram aos critérios de inclusão e responderam ao objetivo do presente estudo (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição dos artigos. Sobral (CE), Brasil, 2022.

Nº ID	Título	Autores	Periódico	Ano
1	Criando espaços de cuidado para enfermeiros que atuam na pandemia à luz do processo de enfermagem.	Bitencourt JVOV et al.	Invest educ enferm	2022
2	A Phenomenological Study of Nurses' Experience in Caring for COVID-19 Patients.	Jang YH, Yang JE, Shin YS.	Internat J Environ Res Public Health	2022
3	Nurses' perspectives oftaking care of patients with Coronavirus disease 2019: A phenomenological study.	Rathnayake S. et al.	PLoS One	2021
4	Atuação do enfermeiro em um hospital de campanha voltado para pacientes com covid- 19.	Conz CA et al.	Rev Gaúcha Enferm	2021
5	Nurses' experiences of providing care during the COVID-19 pandemic in Taiwan: A qualitative study.	Liang HF, Wu YC, Wu CY.	Int J Ment Health Nurs	2021
6	A qualitative study on the experiences of the first nurses assigned to COVID-19 units in Turkey.	Yildirim N, Aydogan A, Bulut M	J Nurs Manag	2021
7	Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study.	Fernández- Castillo RJ et al.	Nurs Crit Care	2021
8	Percepções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia da COVID- 19.	Borges EMN et al.	Rev Rene	2021

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

No que se refere à descrição metodológica dos artigos, o Quadro 2 acrescenta algumas informações.

Quadro 2 – Descrição metodológica de acordo com idioma, delineamento do estudo, objetivo e participantes. Sobral (CE), Brasil, 2022.

Nº ID	Idioma	Delineamento do estudo	Objetivo	Participantes
1	Português	Estudo qualitativo do tipo pesquisa ação participante	Dialogar sobre a percepção dos profissionais da enfermagem no que tange ao enfrentamento da covid-19 e as repercussões em sua prática profissional e vida pessoal.	10
2	Inglês	Estudo qualitativo	Compreender e descrever as vivências de enfermeiros que cuidaram de pacientes com COVID-19.	14
3	Inglês	Estudo qualitativo	Explorar as experiências e desafios de enfermeiros que trabalharam com pacientes hospitalizados com COVID-19.	14
4	Inglês	Estudo qualitativo	Compreender a atuação do enfermeiro em hospitais de campanha voltados para pacientes com COVID-19.	20
5	Inglês	Estudo qualitativo	Explorar em profundidade as experiências dos enfermeiros na prestação de cuidados no momento da pandemia global de COVID-19.	16
6	Inglês	Estudo qualitativo	Explorar as experiências dos primeiros enfermeiros designados para trabalharem em unidades COVID-19 com o início do surto na Turquia.	17
7	Inglês	Estudo qualitativo	Explorar e descrever as experiências e percepções de enfermeiros que trabalham em uma UTI durante a pandemia global de COVID-19.	17
8	Português	Estudo qualitativo	Descrever a percepção e vivências dos enfermeiros sobre o seu desempenho durante a pandemia da COVID-19.	15

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Os estudos incluídos nesta revisão possibilitaram compreender, a partir de evidências científicas, duas categorias temáticas para discussão, sendo elas: a atuação da enfermagem na linha de frente e os desafios da enfermagem durante o combate à covid-19.

### Atuação da enfermagem na linha de frente

Durante o cuidado às pessoas doentes ou com suspeita de infecção por covid-19, destacou-se o envolvimento positivo dos enfermeiros, atuação essa que intensificou nesses agentes uma flexibilidade e adaptabilidade perante as novas exigências. Cabe destacar o quanto esse fato é relevante, tendo em vista a multiplicidade de faixas etárias entre enfermeiros e o seu vínculo definitivo, o que revela um verdadeiro compromisso profissional<sup>8</sup>.

Em suma, os enfermeiros foram ágeis, tomando decisões alicerçadas em evidências científicas e recomendações mundiais para a reestruturação dos serviços, de modo que fosse possível atender à nova demanda em saúde desse período. Esses profissionais foram, inegavelmente, protagonistas em todas as dimensões do cuidado,

assistencialismo, gerenciamento, política, pesquisa e educação durante o período pandêmico. Eles compuseram comissões de trabalho, planejaram o funcionamento e estruturas físicas para se prestar a assistência, gestão de pessoas, criação de protocolos e fluxos de cuidado e, ainda, atuaram diretamente na assistência<sup>9,10</sup>.

Desse modo, a enfermagem teve destaque durante a pandemia por sua importante atuação em ações preventivas, curativas e de reabilitação voltadas aos pacientes portadores da doença covid-19, cujo número de casos mostrava-se crescente. Conseqüentemente, observou-se o reconhecimento social e mudança da imagem pública dos profissionais, que passaram a ser vistos como aqueles que possuem determinação, coragem, competência e humanidade. Observaram-se, ainda, demonstrações populares de respeito e gratidão, como murais com enfermeiros representados como heróis, palmas para os profissionais de saúde e publicações nas redes sociais<sup>11-13</sup>.

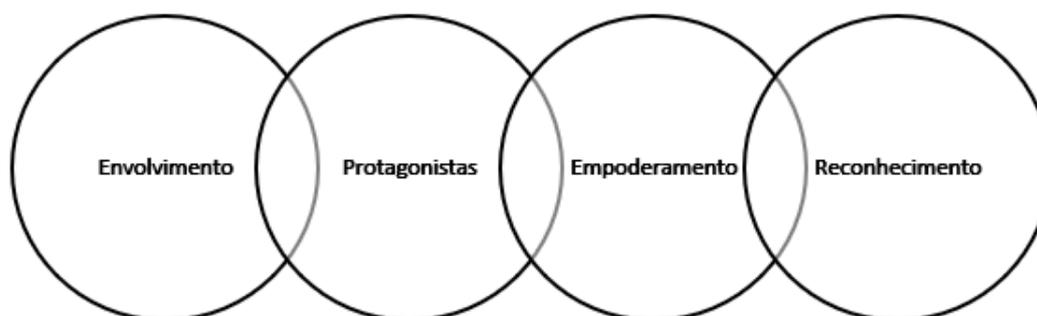
Nesse sentido, conforme Bitencourt et al.<sup>9</sup>, ficou notório o quanto se sentiram valorizados nos seus saberes e fazeres, no contexto pandêmico e em seu local de trabalho. As pesquisas selecionadas nesta revisão de literatura apontam para o empoderamento dos profissionais da saúde no período pandêmico, além de dar ênfase à percepção dos participantes quanto ao cuidado diferenciado prestado e desenvolvido à época<sup>9</sup>. E conforme apontado no estudo de Jang, Yang e Shin<sup>10</sup>, mesmo diante de doenças desconhecidas e perigos imprevisíveis, os profissionais assumiram responsabilidades e se dedicaram à sua missão. Estes desenvolviam seu trabalho com muita cautela e atenção, especialmente diante de um cenário com grandes mudanças, como foi a pandemia. Ambos os fatores formaram as condições basilares e ilustraram o progresso dos enfermeiros no enfrentamento de uma pandemia<sup>15</sup>. Por outro lado, apenas a experiência, por si só, não preparou a equipe de enfermagem para lidar com surtos de novas doenças, como a pandemia. Assim, enfatiza-se a necessidade de protocolos específicos e procedimentos operacionais padrão direcionados a diferentes cenários de risco, a fim de subsidiar o trabalho da enfermagem, com amplos recursos<sup>10</sup>.

Nesse contexto, proporcionar a aprendizagem entre pares e garantir diretrizes e protocolos de cuidados oportunos são elementos essenciais, assim como garantir a disponibilidade de materiais de aprendizagem autônomos e fornecer instalações. A exemplo disso, o fornecimento de serviço de internet e computadores pode promover a motivação dos enfermeiros para a aprendizagem durante crises de saúde, como foi na pandemia<sup>12,14</sup>. Os enfermeiros precisam ser bem informados sobre as necessidades de cuidados específicos relativos ao contexto pandêmico e apoiados na segurança pessoal e do paciente. Quanto ao tema, Liang, Wu e Wu<sup>15</sup> apontaram em seu estudo que os enfermeiros acolheram positivamente as ofertas educacionais on-line durante a pandemia.

Assim, a pandemia pelo novo coronavírus explicitou a relevância dos enfermeiros no contexto dos serviços de saúde, visto que pôs em evidência os profissionais que atuaram na linha de frente do combate à covid-19, assistindo diretamente os pacientes, bem como atuando em ações de promoção e prevenção da saúde<sup>13</sup>. Durante a atuação na pandemia, os enfermeiros aprenderam a adaptar-se a um ambiente em rápida mudança, desenvolveram inovações e improvisaram eficazmente na prestação de cuidados e na proteção de si próprios, bem como esforçaram-se por obter uma perspectiva positiva durante a pandemia<sup>15</sup>.

Logo, mesmo diante da situação de saúde inesperada, como aconteceu na pandemia, percebe-se que os enfermeiros atuaram de maneira competente, fato que proporcionou maior empoderamento na profissão e maior visibilidade no contexto pandêmico. A Figura 2 concentra os principais termos quanto à atuação da enfermagem na pandemia.

Figura 2 – Atuação da enfermagem na linha de frente. Sobral (CE), Brasil, 2022.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

## Desafios da enfermagem no cenário da covid-19

Os estudos trouxeram os desafios de ser profissional de enfermagem na pandemia da covid-19, dentre os quais, cita-se o desafio de lidar com diversos sentimentos “controversos” diante da situação de incerteza que se enfrentava. Nesse sentido, discute-se que a ansiedade, o medo e a insegurança cercam eventos dessa natureza.

É factual que, historicamente, e em situações similares, essa realidade já tenha sido vivenciada, logo, considerando-se a repercussão de caráter ímpar dessa pandemia, revisitam-se produções científicas cujas evidências apontem para o apoio psicológico a ser oferecido diante desses contextos de saúde<sup>9</sup>. Além do mais, os enfermeiros lutavam sob o peso de lidar com doenças infecciosas, referindo ansiedade e medo na ausência de um tratamento definitivo para a COVID-19, tratamento esse caracterizado por muitos pacientes isolados, o que aumentou exponencialmente o trabalho dos enfermeiros<sup>10,11</sup>.

Em relação à assistência, Rathnayake et al.<sup>12</sup> trouxeram como resultado um maior nível de sofrimento físico e psicológico entre os enfermeiros, desse modo, o medo em relação à covid-19 tornou-se uma das principais razões para seu sofrimento psicológico. Ademais, as condições de trabalho confusas e incertas, em parte relacionadas à equipe de enfermagem, revelaram-se como outro agravante, de modo que, paralelo ao sentimento de medo de se contaminar, existia o receio de ser um potencial transmissor do vírus aos familiares. A elevada transmissibilidade do coronavírus gerou grande receio nos profissionais da enfermagem quanto à possibilidade de contaminação de membros da família, o que culminou no distanciamento de uns para com os outros<sup>13</sup>. Além disso, as causas mais relatadas de estresse psicológico foram a separação dos membros da família por um período prolongado e incapacidade de se apresentar fisicamente à família durante esse período difícil<sup>12</sup>.

Acrescenta-se, ainda, que os enfermeiros experimentaram intenso medo e ansiedade no início, mas que essas emoções foram substituídas pelo sentimento de frustração, o que foi percebido claramente pelas expressões verbais e faciais dos profissionais. Tais sentimentos foram motivados pelo tratamento injusto, no qual percebiam-se submetidos a uma espiral de comparação entre o que conquistavam com seus esforços, suas expectativas e o rendimento dos demais funcionários<sup>14</sup>.

Constatou-se nos resultados que a carga de

trabalho na saúde foi excessivamente delegada aos enfermeiros, que cuidaram de pacientes com covid-19<sup>10</sup>. Os enfermeiros foram gradualmente exauridos à medida que a maioria dos deveres, especialmente aqueles fora de sua competência, lhes era delegado. Além disso, o desconforto relacionado ao equipamento de proteção individual foi encontrado como uma das fontes significativas de estresse físico e psicológico dos enfermeiros<sup>12</sup>.

Logo, o sofrimento físico e psicológico entre esses profissionais foi um fenômeno esperado devido às preocupações relacionadas ao testemunhar o sofrimento dos pacientes, sentimento de culpa relacionado às limitações do cuidado, fatores relacionados ao trabalho, desconforto associado ao uso de EPI, impacto negativo para a família, além de estigma e discriminação<sup>12</sup>. Os enfermeiros que trabalharam na linha da frente da pandemia enfrentaram duras condições de trabalho, o elevado risco de infecção e a ansiedade provocados pela pandemia da covid-19, e também injustiça organizacional<sup>14</sup>.

Por se tratar de uma situação inédita, a pandemia acarretou aos enfermeiros desafios associados ao trabalho e à busca de conhecimento<sup>8</sup>. Acrescenta-se, ainda, que outro desafio mencionado pelos enfermeiros esteve relacionado às dúvidas que permearam o cuidado ao paciente com covid-19, como as formas de tratamento, manifestações clínicas, transmissão e gravidade do quadro clínico. As incertezas em relação à estrutura do vírus, bem como sua replicação, impactaram o desenvolvimento de medidas eficazes contra a covid-19 em todo o mundo<sup>13</sup>. Por outro viés, expandir as oportunidades de educação e formação para melhorar o conhecimento e as competências relacionadas aos cuidados da covid-19 foi uma medida apontada como capaz de minimizar o medo da doença<sup>12</sup>.

A Figura 3, abaixo, sintetiza os principais desafios da enfermagem no cenário da covid-19.

Figura 3 – Desafios da enfermagem no cenário da covid-19. Sobral (CE), Brasil, 2022.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Assim, observou-se que os enfermeiros enfrentaram, durante a assistência na pandemia, diversos desafios, como lidar com os múltiplos sentimentos de ansiedade, medo de transmissão de infecção, a escassez de EPI e a falta de conhecimento diante do cuidado ao paciente com covid-19.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pandemia, evidenciou-se que os enfermeiros vivenciaram diversas adaptações, dentre elas, as mudanças no cenário de trabalho para a prestação de cuidados devido à covid-19. Com isso, surgiram os desafios, dentre os quais: a questão de lidar com os sentimentos de ansiedade e medo, risco de transmissão de infecção, a escassez de EPI e a falta de conhecimento diante dos cuidados ao paciente com covid-19, que demandava do profissional uma busca constante por atualizações.

Por outro lado, executar seu papel diante dos diversos desafios possibilitou oportunidades em relação à atuação profissional. Nesse contexto, o papel do enfermeiro, na pandemia, ganhou destaque diante do empoderamento na prestação do cuidado. Enfatiza-se, ainda, a adaptabilidade perante as exigências que surgiam, prestando uma assistência cautelosa.

No que tange às limitações do presente estudo, pode-se destacar a possibilidade de publicação de novos estudos para a produção de conhecimento correlato à covid-19, não contemplados por esta produção, além do curto período estudado.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

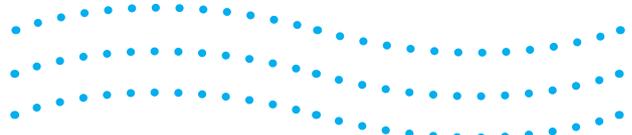
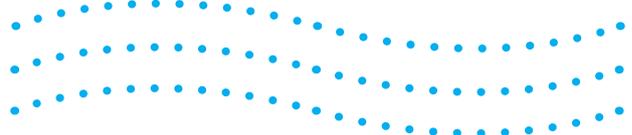
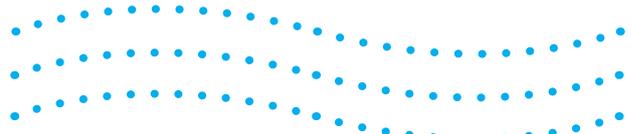
**Beatriz da Silva Sousa** contribuiu com o

delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Roberlandia Evangelista Lopes Ávila** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a redação do manuscrito. **Lidyane Parente Arruda** contribuiu com o delineamento e a revisão crítica do manuscrito. **Glaucirene Siebra Moura Ferreira** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- Miranda FMA, Santana LDL, Pizzolato AC, Saquis LMM. Working conditions and the impact on the health of the nursing professionals in the context of Covid-19. *Cogitare enferm* [Internet]. 2020 [citado 21 de julho de 2022];25:e72702. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1096018/4-72702-v25-en.pdf>.
- Souza NVDO, Carvalho EC, Soares S, Varella TCMML, Pereira SRM, Andrade KBS. Nursing work in the COVID-19 pandemic and repercussions for workers' mental health. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021 [citado 20 de julho de 2022];42:(spe):e20200225. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MHPHG NFPtgYJgQzwyFQnZZr/?format=pdf>
- Gandra EC, Silva KL, Passos HR, Schreck RSC. Enfermagem brasileira e a pandemia de COVID-19: desigualdades em evidência. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021 [citado 21 de julho de 2022];25:(spe):e20210058. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/ccWCPqt8ffm4fbDFvgb68g/?lang=pt#>.
- Rodrigues NH, Silva LGA. Gestão da pandemia coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. *J nurs health* [Internet]. 2020 [citado 20 de julho de 2022];10(4). Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/18530>.

5. Cavalcante CCFS, Sousa JAS, Dias AMA. Consulta de Enfermagem aos casos suspeitos de COVID-19, na Atenção Primária a Saúde. Rev FAESF [Internet]. 2020 [citado 21 de julho de 2022];(4):34-40. Disponível em: <https://www.faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/112>
6. Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 21 de julho de 2022];33(2):8-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/9TrSVHTDtDGhcP5pLvGnt5n/?for#>
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2008.
8. Borges EMN, Queirós CML, Vieira MRFSP, Teixeira AAR. Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic. Rev Rene [Internet]. 2021 [citado 21 de julho de 2022];22:e60790. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/130764/2/433155.pdf>
9. Bitencourt JVOV, Dors JBD, Franzmann KL, Migliorança DCM, Maestri E, Biffi P. Creating spaces for care for nurses working in the pandemic in light of the nursing process. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2022 [citado 21 de julho de 2022];40(1):e07. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072022000100007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072022000100007&script=sci_arttext&tlng=en)
10. Jang HY, Yang JE, Shin YS. A Phenomenological Study of Nurses' Experience in Caring for COVID-19 Patients. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [citado 29 de julho de 2022];19(5):2924. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8910268/>
11. Fernández-Castillo RJ, González-Caro MD, Fernández-García E, Porcel-Gálvez AM, Garnacho-Montero J. Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. Nurs Crit Care [Internet]. 2021 [citado 29 de julho de 2022]; 26(5):397-406. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12589>
12. Rathnayake S, Dasanayake D, Maithreepala SD, Ekanayake R, Basnayake PL. Nurses' perspectives of taking care of patients with Coronavirus disease 2019: A phenomenological study. PLoS One [Internet]. 2021 [citado 30 de julho de 2022];16(9): e0257064. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0257064>.
13. Conz CA, Braga VAS, Reis HH, Silva S, Jesus MCP, Merighi MAB. Role of nurses in a field hospital aimed at patients with Covid-19. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2021 [citado 30 de julho de 2022];42(spe):e20200378. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Pn8qSFr9nhCcJtqTLmqw9JJ/abstract/?lang=pt#>
14. Yildirim N, Aydogan A, Bulut MA. A qualitative study on the experiences of the first nurses assigned to COVID 19 units in Turkey. J nursing management [Internet]. 2021 [citado 30 de julho de 2022];29(6):1366-74. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.13291>
15. Liang HF, Wu YC, Wu CY. Nurses' experiences of providing care during the COVID 19 pandemic in Taiwan: a qualitative study. Internat J Mental health nurs [Internet]. 2021 [citado 30 de julho de 2022];30(6):1684-92. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12921>



# REPERCUSSÕES CARDÍACAS DA COVID-19: MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DO SARS-COV-2 NA BRADICARDIA

CARDIAC REPERCUSSIONS OF COVID-19: PATHOPHYSIOLOGICAL MECHANISMS OF SARS-COV-2 IN BRADYCARDIA

REPERCUSIONES CARDIACAS DE COVID-19: MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DE SARS-COV-2 EN BRADICARDIA

Mateus Teles Aguiar <sup>1</sup>Raimundo Fabrício Paiva Pinto <sup>2</sup>José Jordan de Menezes Magalhães <sup>3</sup>Maria Clara Moreira Santiago <sup>4</sup>Sandrielle Maria Brito do Nascimento <sup>5</sup>Eládio Pessoa de Andrade Filho <sup>6</sup>**Como Citar:**

Aguiar MT, Pinto RFP, Magalhães JJM, Santiago MCM, Andrade Filho EL. Repercussões cardíacas da covid-19: mecanismos fisiopatológicos do sars-cov-2 na bradicardia. *Sanare* 2025;24(1).

**Descritores:**

Arritmias cardíacas; Bradicardia; COVID-19.

**Descriptors:**

Arrhythmias Cardiac; Bradycardia; COVID-19.

**Descriptores:**

Arrhythmias Cardiac; Bradycardia; COVID-19.

**Submetido:**

29/11/2024

**Aprovado:**

24/01/2025

**Autor(a) para Correspondência:**

Mateus Teles Aguiar  
Faculdade de Medicina UFC Sobral  
Av. Comandante Maurocélvio Rocha  
Pontes, nº 100 Derby, Sobral-CE,  
CEP.:62042-280  
E-mail: mateusteles@alu.ufc.br

**RESUMO**

O objetivo deste estudo é relacionar bradiarritmias às manifestações da COVID-19 e elencar hipóteses dos mecanismos fisiopatológicos. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura feita com artigos selecionados a partir dos bancos de pesquisas PubMed e BVS, com os descritores "Bradycardia", "Pathophysiology", "Sars-Cov-2", "Coronavirus Infections" e "Covid-19", articulados com o operador booleano AND e OR. Para compor o estudo, foi empregado um filtro de seleção para artigos de, no máximo, 5 anos, sem especificação linguística. Assim, após aplicados os critérios de exclusão, foram analisados 16 artigos. A bradicardia na COVID-19 está relacionada a mecanismos fisiopatológicos como invasão cardíaca direta pelo SARS-CoV-2 via receptores ECA-2, hipóxia que compromete a condução elétrica cardíaca, tempestade de citocinas alterando canais iônicos e gerando canalopatias inflamatórias, uso de medicamentos como remdesivir e lopinavir/ritonavir associados a disfunções mitocondriais, além de desequilíbrios eletrolíticos (hiponatremia, hipocalemia, hipomagnesemia) que agravam arritmias e contribuem para danos cardíacos multifatoriais. Lesões miocárdicas na COVID-19 estão associadas a mortalidade elevada, envolvendo fisiopatologia multifatorial. Estudos futuros devem investigar bradicardia, sequelas cardíacas e diretrizes terapêuticas para manejo e prognóstico.

1. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral. E-mail: mateusteles@alu.ufc.br ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8980-7136>

2. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral. E-mail: fafapaiva@alu.ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4814-8031>

3. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral. E-mail: josejordan@alu.ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6393-1963>

4. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral. E-mail: mariaclaramoreirasantiago@alu.ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3661-2604>

5. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral. E-mail: britosandrielle@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1564-6184>

6. Doutor em Morfologia pela Universidade Federal de São Paulo. E-mail: eladio@sobral.ufc.br ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3081-3667>

**ABSTRACT**

*The aim of this study is to relate bradyarrhythmias to the manifestations of COVID-19 and to list hypotheses about pathophysiological mechanisms. This is a systematic review of the literature using articles selected from the PubMed and VHL research databases, with the descriptors "Bradycardia", "Pathophysiology", "Sars-Cov-2", "Coronavirus Infections" and "Covid-19", articulated with the Boolean operator AND and OR. To compose the study, a selection filter was used for articles no older than 5 years, without linguistic specification. Thus, after applying the exclusion criteria, 16 articles were analyzed. Bradycardia in COVID-19 is related to pathophysiological mechanisms such as direct cardiac invasion by SARS-CoV-2 via ACE-2 receptors, hypoxia that compromises cardiac electrical conduction, cytokine storm altering ion channels and generating inflammatory channelopathies, use of drugs such as remdesivir and lopinavir/ritonavir associated with mitochondrial dysfunction, as well as electrolyte imbalances (hyponatremia, hypokalemia, hypomagnesemia) which aggravate arrhythmias and contribute to multifactorial cardiac damage. Myocardial lesions in COVID-19 are associated with high mortality, involving multifactorial pathophysiology. Future studies should investigate bradycardia, cardiac sequelae and therapeutic guidelines for management and prognosis.*

**RESUMEN**

*El objetivo de este estudio es relacionar las bradiarritmias con las manifestaciones de la COVID-19 y enumerar hipotéticos mecanismos fisiopatológicos. Se trata de una revisión sistemática de la literatura utilizando artículos seleccionados de las bases de datos de investigación PubMed y BVS, con los descriptores «Bradycardia», «Pathophysiology», «Sars-Cov-2», «Coronavirus Infections» y «Covid-19», articulados con el operador booleano AND y OR. Para componer el estudio, se utilizó un filtro de selección de artículos con una antigüedad no superior a 5 años, sin especificación lingüística. Así, tras aplicar los criterios de exclusión, se analizaron 16 artículos. La bradicardia en COVID-19 está relacionada con mecanismos fisiopatológicos como la invasión cardíaca directa por el SARS-CoV-2 a través de los receptores ACE-2, la hipoxia que compromete la conducción eléctrica cardíaca, la tormenta de citoquinas que altera los canales iónicos y genera canalopatías inflamatorias, uso de fármacos como remdesivir y lopinavir/ritonavir asociados a disfunción mitocondrial, así como desequilibrios electrolíticos (hiponatremia, hipopotasemia, hipomagnesemia) que agravan las arritmias y contribuyen al daño cardíaco multifactorial. Las lesiones miocárdicas en la COVID-19 se asocian a una elevada mortalidad, en la que interviene una fisiopatología multifactorial. Futuros estudios deberán investigar la bradicardia, las secuelas cardíacas y las pautas terapéuticas para su manejo y pronóstico.*

.....

**INTRODUÇÃO**

A infecção viral por SARS-CoV-2, vírus RNA da família *Coronaviridae*, recebeu atenção mundial após ser declarada pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020. O quadro típico da síndrome respiratória aguda grave se caracteriza, primariamente, como uma doença pulmonar. No entanto, direta ou indiretamente, apresenta manifestações multissistêmicas, incluindo cardíacas.

O mecanismo de interação miocárdica permanece indefinido, porém, estudos afirmam que, assim como outros coronavírus, o SARS-CoV-2 provoca uma infiltração direta das células miocárdicas, aumentando a afinidade dos receptores da enzima conversora de angiotensina II (ECA-2) presentes nas células do nó sinoatrial pelo peptídeo de ligação, resultando em ações inflamatórias, pró-trombóticas e oxidativas<sup>1,3</sup>. Isso desempenha um papel

fundamental nas propriedades pró-arritmogênicas do vírus, dado que afeta diretamente o nó sinoatrial e o miocárdio, agravando doenças de condução preexistentes<sup>2,3</sup>. Além disso, as complicações podem estar relacionadas ao desequilíbrio entre oferta e demanda do miocárdio, ruptura de placa e trombose decorrente de procoagulantes.

As manifestações cardiovasculares abrangem, mais comumente, lesão cardíaca aguda, mas outros quadros clínicos já foram relatados em estudos clínicos: choque cardiogênico, síndrome coronariana aguda, bloqueio atrioventricular (AV) transitório de alto grau, disfunção sistólica aguda do ventrículo esquerdo (VE) e tromboembolismo venoso.

Dentre as disfunções cardíacas, destacam-se, ainda, as arritmias. Suspeita-se que a arritmogenicidade da Covid-19, cuja causa exata é desconhecida, esteja também relacionada a anormalidades eletrolíticas, resposta inflamatória

sistêmica, lesão hipóxica, miocardite e morte de células cardíacas por medicamentos<sup>1,5</sup>.

O envolvimento miocárdico do vírus está associado à maior morbidade e mortalidade<sup>4,6</sup>. As bradiarritmias se apresentam como bradicardia sinusal, arritmias envolvendo disfunção do nó AV ou bloqueios de ramos, sendo mais comuns na fase aguda da doença<sup>1,3,7</sup>. Além disso, embora sejam relatadas com menos frequências que as taquiarritmias, estão associadas a um pior prognóstico<sup>3</sup>.

Esta revisão integrativa busca relacionar quadros de bradiarritmias com as manifestações da Covid-19. Além disso, outro objetivo é elencar as hipóteses pesquisadas para a explicação dos mecanismos fisiopatológicos da sintomatologia.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa com uma abordagem qualitativa e quantitativa. Na área da saúde, as revisões assumem um papel de otimização do conhecimento acerca de determinada temática, esse método consegue sintetizar estudos existentes sobre uma problemática, utilizando uma abordagem descritiva, no qual permite reunir dados pré-existentes, encontrados em bases científicas sólidas e, posteriormente, realizar uma análise e discussão mais aprofundada acerca da temática estudada.

A elaboração desta pesquisa seguiu etapas previamente estabelecidas, incluindo a identificação do tema e a formulação da pergunta norteadora, a revisão da literatura, a coleta de dados, a análise crítica dos estudos para determinar sua inclusão ou exclusão, a interpretação e discussão dos resultados, bem como a apresentação da síntese do conhecimento.

A questão norteadora foi: “Quais são os mecanismos fisiopatológicos associados à bradicardia em pacientes com COVID-19?”, construída a partir do mnemônico Population, Concept e Context, em que P: Pacientes com Covid-19, C: Mecanismos Fisiopatológicos e C: Bradicardia. Para esse delineamento, cada parte do mnemônico foi associada a descritores (DeCS), o P foi associado aos descritores “COVID-19”, “SARS-CoV-2” e “infecções por coronavírus”, C foi associado à “bradicardia e o segundo c à “fisiopatologia”.

A busca dos artigos foi realizada entre dezembro de 2023 e janeiro de 2024 nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PUBMED, ressaltando que a BVS engloba as seguintes bases:

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Utilizou-se como estratégia de busca os descritores disponíveis no Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) e termos *Medical Subject headings* (MeSH).

BVS	PUBMED
(covid-19) OR (sars-cov-2) OR (infecções por coronavirus) AND (bradicardia) AND (fisiopatologia) AND ( fulltext:("1")) AND (year_cluster:[2019 TO 2024])	((COVID-19[MeSH Terms]) OR (SARS-CoV-2[MeSH Terms]) OR (Coronavirus Infections[MeSH Terms])) AND ((“Bradycardia”[MeSH Terms] OR “Bradycardia”[All Fields]))

Para filtrar as fontes selecionadas inicialmente, foram numerados alguns critérios de inclusão: texto completo e na íntegra, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol e que tenham sido publicados nos últimos 5 anos. Os critérios de exclusão foram: teses, Trabalhos de Conclusão de Curso, dissertações, monografias e trabalhos publicados em anais de eventos. O presente estudo dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por se tratar de um estudo de revisão de literatura, com a presença de dados secundários.

## RESULTADOS

**Quadro 1** - Síntese dos objetivos, resultados e principais conclusões dos estudos.

Autor/ano	Objetivo	Principais resultados	Conclusão	Limitações
(Kanagala <i>et al.</i> , 2023)	Discutir os mecanismos fisiopatológicos da bradicardia induzida por Remdesivir, além de estratégias de diagnóstico e manejo.	O Remdesivir foi associado a vários efeitos adversos, com a bradicardia sendo o mais comum, ocorrendo em 31% dos pacientes em um estudo da OMS.	A bradicardia induzida pode estar ligada à disfunção mitocondrial ou à inibição do Nó Sinoatrial.	Não Relata
(Pandat <i>et al.</i> , 2021)	Sintetizar dados sobre a incidência e os desfechos de arritmias nos períodos agudo e de convalescença.	A bradicardia absoluta ocorreu em 24,9% dos pacientes, a bradicardia profunda em 13%, associada a maior mortalidade, e bloqueios cardíacos em 11,9% dos casos.	Bradiarritmias são as arritmias mais comuns na fase aguda da doença e estão associadas a um pior prognóstico.	Não Relata
(Alblaihed <i>et al.</i> , 2022)	Abordar a fisiopatologia dos principais tipos de arritmias associadas à COVID-19 e discutir estratégias de manejo.	Bradicardia e bloqueio atrioventricular ocorreram em quase 12% dos pacientes, indicando um prognóstico desfavorável, mesmo com marcadores de lesão miocárdica normais.	Na COVID-19, a fibrilação atrial é a arritmia mais comum, com necessidade de monitorar o intervalo QT devido a outras arritmias como bradicardias e bloqueios AV.	Não relata
(Nagamine <i>et al.</i> , 2022)	Reunir evidências existentes acerca da bradicardia na Covid-19 e propor novos tópicos de pesquisa, manejo e tratamento.	Pacientes com Covid em estado grave ou crítico tem maior probabilidade de apresentar bradiarritmia, que se caracteriza como uma complicação rara, de mecanismo fisiopatológico desconhecido, da infecção por Sars-CoV-2.	A fisiopatologia pode ser multifatorial, envolvendo lesão miocárdica direta, efeitos de medicamentos, citocinas e/ou hipóxia.	Restrições de tempo, exclusão de resumos e subnotificação de casos leves de bradicardia em pacientes com COVID-19.

(Gatto <i>et al.</i> , 2021)	Associar arritmias hipocinéticas e infecção por Sars-CoV-2, a partir de um relato de caso.	A ocorrência de alterações na condução cardíaca após COVID-19 assintomática ou leve aponta possíveis sequelas tardias da infecção por SARS-COV-2, sugerindo que o próprio vírus deve ser considerado um fator de risco.	Distúrbios de condução cardíaca podem ocorrer durante o curso da infecção por Sars-CoV-2 e, embora menos comumente, após resolução do quadro.	Casos de bradiarritmias transitórias podem não ter sido considerados relevantes.
(Rattanawong <i>et al.</i> , 2020)	Analisar interações medicamentosas com drogas antiarrítmicas e anticoagulantes em pacientes com manifestação de fibrilação atrial em infecção por Sars-CoV-2.	Algumas drogas estudadas apresentaram cardiotoxicidade para bradicardia, no entanto especialmente o Fingolimod apresentou aumento do risco de bradiarritmia por bloqueio de canais de cálcio do tipo L e de canais de potássio dependentes de acetilcolina.	Interações medicamentosas podem aumentar o risco de eventos cardiovasculares. A escolha de antiarrítmicos e anticoagulantes para pacientes com COVID-19 l deve ser individualizada, considerando mecanismos e indicações.	Não relata
(Zhong <i>et al.</i> , 2020)	Identificar a eficácia e a segurança das opções terapêuticas para SARS, MERS, além da Covid-19, numa tentativa de descrever terapias promissoras para os pacientes infectados.	Foram analisadas 69 publicações elegíveis sobre intervenções para COVID-19, com foco em morbimortalidade, melhora clínica e depuração viral, além de desfechos secundários como taxa de intubação, bradicardia e trombocitopenia; o maior risco relativo (2,04) foi associado à bradicardia, com evidência moderada.	Houve evidências de menor mortalidade e melhorias clínicas e radiográficas no grupo de intervenção, com benefícios associados a combinações de ribavirina com corticosteroides, lopinavir/ritonavir e hidroxicloroquina.	As variações na administração, dosagem e via, além das amostras pequenas e foco em desfechos secundários, resultaram em análises.

(Ho <i>et al.</i> , 2020)	Compilar o conhecimento atual dos efeitos da infecção pelo coronavírus no coração humano e no sistema cardiovascular.	A presença do receptor ACE2 nas células miocárdicas, regulado por IECA/BRA, sugere que o SARS-CoV-2 pode facilitar a entrada do vírus no coração. Infecções por coronavírus, como SARS e MERS, estão associadas à bradicardia, que pode ser grave em alguns casos e também ocorre em recém-nascidos.	Manifestações cardíacas podem ocorrer em infecções por coronavírus, e os pacientes com comorbidades cardiovasculares têm desfechos mais desfavoráveis quando infectados.	Muitos estudos avaliados apresentaram baixa qualidade devido ao risco de viés em relatos e séries de casos, além de pequenos tamanhos populacionais.
(Malaty <i>et al.</i> , 2020)	Analisar a incidência e o tratamento das arritmias em pacientes hospitalizados com infecção por SARS-CoV-2.	A incidência de arritmia em pacientes hospitalizados foi de 6,9%, com a síndrome do QT longo induzida por medicamentos apresentando 14,15%. O tratamento visa estratificação de risco e monitoramento do intervalo QT corrigido.	Pacientes com SARS-CoV-2 têm risco aumentado de arritmias devido à terapia medicamentosa, que pode causar torsades de pointes e morte súbita cardíaca.	Os dados focaram em oseltamivir e podem ter subestimado a incidência de arritmias devido a limitações de idioma e falta de análises estatísticas.
(Williams <i>et al.</i> , 2021)	Identificar como os mamíferos adaptados ao mergulho evitam danos aos tecidos hipóxicos e relacionar com os sintomas de hipóxia em pacientes com COVID-19.	Mamíferos marinhos possuem um sistema único para evitar os efeitos da falta de oxigênio, enquanto a hipóxia localizada causada pela infecção por SARS-CoV-2 leva à rápida perda de funções vitais em humanos.	O mecanismo de adaptação dos mamíferos marinhos à baixa disponibilidade de oxigênio pode guiar o manejo de tecidos sensíveis em outras espécies afetadas por hipóxia.	Não relata
(Hernández-Mercado <i>et al.</i> , 2022)	Estudar mecanismos fisiopatológicos acerca de múltiplas manifestações cardiovasculares da COVID-19, a fim de propor algoritmos de detecção precoce e tratamento estratificado.	A infecção por SARS-CoV-2 causa uma resposta imunológica exacerbada, com tempestade de citocinas, disfunção na coagulação, inflamação sistêmica, hipóxia pulmonar e danos cardíacos devido à lise celular.	As arritmias, incluindo bradiarritmia por disfunção do nó sinusal, resultam de dano miocárdico causado por estresse neuro-hormonal, liberação de citocinas, desequilíbrio hidroeletrólítico e hipóxia tecidual.	Não relata

(La Torre-Fonseca <i>et al.</i> , 2022)	Estudo analítico de coorte prospectivo realizado em pacientes com Covid-19, que visa determinar se existe relação entre as alterações eletrocardiográficas intra-hospitalares, com os antecedentes cardiovasculares e sua evolução hospitalar.	Um estudo com 373 pacientes com COVID-19, maioria com 69 anos, identificou hipertensão, diabetes, obesidade e cardiopatia isquêmica como antecedentes comuns. Alterações no ECG foram observadas em 56,6% dos casos, com diabetes, cardiopatia isquêmica e idade como preditores independentes, mas sem impacto significativo na mortalidade intra-hospitalar.	Pacientes com COVID-19 apresentaram maior prevalência de alterações no ECG, com cardiopatia isquêmica, diabetes e idade como preditores independentes. No entanto, essas alterações não impactaram significativamente a sobrevida.	Restrição quanto a análise individual de cada alteração eletrocardiográfica, além de se tratar de um estudo unicêntrico com um tamanho de amostra pequeno.
(Attena <i>et al.</i> , 2021)	Avaliar a incidência e o impacto clínico de eventos de bradicardia após uso de Remdesivir em pacientes positivos ao COVID-19.	No estudo com 100 pacientes, o uso de Remdesivir foi associado a maior incidência de bradicardia sinusal (21%) em comparação com o grupo controle. A bradicardia foi reversível com a suspensão do medicamento e não afetou significativamente o prognóstico ou a mortalidade.	Embora haja, em uma porcentagem dos pacientes, a bradicardia sinusal após administração de remdesivir, não parece ter impacto no prognóstico dos pacientes em termos de internação e mortalidade hospitalar.	A principal limitação do estudo foi a falta de abrangência populacional, o que impediu a avaliação completa dos riscos do Remdesivir em pacientes com comorbidades.
(Amir <i>et al.</i> , 2021)	Apresentação de uma manifestação atípica de Covid-19 em um paciente saudável: pré-síncope devido a bradicardia sinusal relacionada à SIADH.	A bradicardia no paciente foi observada com saturação normal de oxigênio e sem lesões ou uso de medicamentos. Ele teve hiponatremia, associada à SIADH, que pode ser estimulada pelo estresse do COVID-19, ativando o eixo hipotálamo-hipofisário e aumentando a liberação de vasopressina.	A bradicardia relacionada ao desequilíbrio eletrolítico pode ser a manifestação inicial e única da covid-19.	Não relata

(Beyls <i>et al.</i> , 2020)	Avaliar o risco de bradicardia induzida por lopinavir e ritonavir em pacientes positivos para COVID-19.	Dos 41 pacientes com COVID-19, 9 (22%) desenvolveram bradicardia com o uso de lopinavir e ritonavir. Desses, 8 (88%) tiveram bradicardia sinusal e 1 (12%) bloqueio atrioventricular de terceiro grau. A bradicardia foi mais comum em idosos e em pacientes com maior concentração de ritonavir no plasma após 72h.	O estudo sugeriu que a superdosagem plasmática de ritonavir em pacientes idosos com doença crítica pode aumentar o risco de bradicardia.	Não relata
(Ikeuchi <i>et al.</i> , 2020)	Estudo demonstra que a bradicardia relativa é uma característica comum em pacientes com doença por coronavírus leve a moderada no Japão.	Em um estudo com 54 pacientes com COVID-19, 13% apresentaram bradicardia relativa, com febre alta e frequência cardíaca abaixo de 120 batimentos/min. A frequência cardíaca caiu menos de 18 batimentos/min para cada aumento de 1°C de febre. A bradicardia pode ser explicada pelo aumento da Interleucina-6, que eleva o tônus vagal, ou pelo efeito tóxico do SARS-CoV-2 no sistema nervoso.	A bradicardia relativa é um achado característico em pacientes que tiveram Covid-19 leve a moderada no Japão.	As limitações foram a subestimação da febre por antipiréticos e a falta de pacientes intubados, sugerindo necessidade de mais estudos em casos graves.

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

## DISCUSSÃO

Os autores discutem as repercussões cardíacas da Covid-19, com ênfase na bradicardia, relatada como uma potencial complicação decorrente da infecção por SARS-CoV-2, pois embora não seja a manifestação cardiovascular mais comum, apresentou frequência significativa durante a hospitalização dos pacientes.

A bradicardia é uma arritmia caracterizada por uma frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto, podendo ser causada por danos no sistema de condução decorrentes de fatores intrínsecos ou extrínsecos. As causas mais comuns dessa condição estão associadas ao nó sinusal, ao tecido nodal atrioventricular e ao sistema de condução especializado de His-Purkinje, além do comprometimento direto das células do marcapasso cardíaco, o que resulta em alterações na frequência cardíaca (FC) e na resposta a neurotransmissores. Entre os casos relatados de bradicardia, o bloqueio atrioventricular completo foi o ritmo mais frequente, ocorrendo

na maioria dos pacientes (55,9%), seguido pela bradicardia sinusal (15,3%)<sup>3</sup>. Os sintomas típicos incluem síncope, pré-síncope, tontura transitória, fadiga, dispneia aos esforços e manifestações de insuficiência cardíaca ou hipoperfusão cerebral, podendo levar à confusão mental<sup>8</sup>.

Excluindo pacientes em uso de bloqueadores nodais atrioventriculares ou com bradicardia em fim de vida, os autores constataram que a bradicardia relativa (FC < 60) ocorreu em 24,9% das internações por COVID-19, apresentando uma taxa de mortalidade de 17,7%. Bradicardia profunda (FC < 50) ocorreu em 13% dos pacientes, com uma taxa de mortalidade de 25,5%. Eles relataram uma razão de chances de 6,59 (IC 95%, 2,83-15,36) para mortalidade em pacientes com bradicardia absoluta em comparação com indivíduos com resposta normal de frequência cardíaca<sup>7</sup>.

Sob esse contexto, a bradicardia sinusal transitória, induzida por infecção do SARS-CoV-2, tem etiologia múltipla, sobre a qual a literatura médica discorre de forma divergente, pondo em foco diferentes causas.

### **Invasão Cardíaca via ECA-2**

Na SARS, as principais alterações cardíacas incluem vasculite sistêmica e reações tóxicas, como edema miocárdico e alargamento das junções endoteliais, além de infiltração de células mononucleares e linfocíticas. Alguns pacientes apresentaram infartos sistêmicos com trombos de fibrina e tromboembolia pulmonar, provavelmente devido à disfunção de múltiplos órgãos ou dano viral direto<sup>5</sup>. Lesão miocárdica foi observada em um número significativo de pacientes com COVID-19, com marcadores de lesão cardíaca e inflamação - NT-proBNP, troponina I cardíaca e proteína C reativa de alta sensibilidade - fortemente associados à gravidade da doença e sugerindo o potencial para o desenvolvimento de miocardite<sup>7</sup>.

Essas complicações têm levado à crença de que as arritmias associadas à COVID-19 podem ser causadas diretamente pelo efeito do SARS-CoV-2 no coração ou indiretamente através de seu impacto em outros sistemas orgânicos, que acabam afetando o coração ou o sistema de condução cardíaca<sup>6</sup>. Um dos mecanismos sugeridos é a clivagem da proteína Spike viral pela enzima TMPRSS2, que permite a fusão das membranas do vírus e do hospedeiro, resultando na infiltração direta de miócitos, observada em

35% dos pacientes com SARS-CoV<sup>2</sup>. Além disso, a lesão miocárdica indireta pode ser consequência da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), o que aumenta significativamente a incidência de arritmias (1,5% em pacientes sem lesão miocárdica contra 17,3% naqueles com lesão)<sup>6</sup>.

A união do SARS-CoV-2 à ECA2, presente em cardiomiócitos, fibroblastos cardíacos e células do endotélio coronariano, facilita a entrada do vírus nas células, modifica as vias de sinalização, permite a replicação e localização do vírus na célula infectada, leva à saída do vírus por lise celular e altera a membrana do sarcolema para infectar outras células cardíacas<sup>9</sup>.

Quando o SARS-CoV-2 se liga aos receptores ECA2, causa regulação negativa desses receptores e acúmulo de angiotensina II, que promove inflamação, vasoconstrição e fibrose, podendo causar disritmias. A angiotensina II acumulada leva à inflamação cardíaca e remodelação miocárdica adversa, contribuindo para a lesão miocárdica e miocardite. A miocardite, por sua vez, pode causar arritmias na fase aguda da COVID-19 por danos celulares diretos e disfunções elétricas. A ligação do SARS-CoV-2 aos receptores ECA2 nas células endoteliais provoca disfunção microvascular e isquemia miocárdica.

O aumento de citocinas inflamatórias pode causar síndrome coronariana aguda ao ativar células inflamatórias em placas preexistentes e induzir vasoconstrição das artérias coronárias<sup>6</sup>. Assim, a bradicardia relativa pode ser um indicativo de uma alteração característica na resposta inflamatória à COVID-19, afetando o sistema cardiovascular de forma direta ou indireta.

### **Hipóxia**

Embora a preocupação inicial com pacientes com COVID-19 fosse a redução do fornecimento de oxigênio devido ao dano alveolar extenso, esclareceu-se que as respostas imunológicas à infecção podem causar alterações sistêmicas e falha homeostática em múltiplos órgãos. A conversão de receptores da enzima conversora de angiotensina 2 pode levar a distúrbios vasculares, resultando em hipoxemia localizada e rápida perda de função orgânica, especialmente em tecidos dependentes de oxigênio, como os pulmões, coração e cérebro<sup>10</sup>. Sem proteção contra a hipóxia a infecção por COVID-19 pode causar danos irreparáveis nesses órgãos.

Esta condição causa um desequilíbrio entre o

fornecimento de oxigênio ao miocárdio e a demanda, além de ativar a glicólise anaeróbica reduzindo o pH celular e aumenta os níveis de cálcio intracelular. Esses fatores facilitam despolarizações precoces e tardias, alterando o potencial de ação das células miocárdicas e aumentando os níveis de potássio extracelular<sup>6</sup>. Esses processos são associados à remodelação do tecido de condução cardíaca e à anisotropia, devido aos efeitos nas proteínas das junções comunicantes cardíacas, como conexina 40 e conexina 43, resultando em arritmias ventriculares<sup>7</sup>.

Além disso, a hipóxia associada a casos graves de COVID-19 pode levar a uma interação complexa envolvendo a estimulação do corpo carotídeo e a ativação de fatores induzíveis por hipóxia (HIF)<sup>3</sup>. Em particular, o desequilíbrio entre o HIF-1, que aumenta a produção de espécies reativas de oxigênio (ROS) e ativa o sistema nervoso simpático; e o HIF-2, que suprime as ROS através da superóxido dismutase, pode contribuir para o desenvolvimento de arritmias.

### Tempestade de citocinas

O COVID-19 pode evoluir em três fases: uma fase viral inicial com sintomas; uma segunda fase em que o vírus infecta e replica-se em células, especialmente pneumócitos tipo II, causando insuficiência respiratória e Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA); e, em alguns casos, uma fase mais grave de falência multissistêmica, marcada por inflamação devido a uma tempestade de citocinas.

A resposta imunológica ao SARS-CoV-2 e a tempestade de citocinas desempenham um papel crucial no impacto da COVID-19 em múltiplos sistemas orgânicos. A inflamação miocárdica pode ocorrer devido à migração de citocinas pró-inflamatórias, macrófagos e citotoxicidade mediada por linfócitos CD8 e T, resultando em danos aos cardiomiócitos<sup>6</sup>. A disfunção microvascular e macrovascular, o aumento da trombogenicidade, a acidose, a hipóxia e o desequilíbrio nas respostas T-helper 1 e 2 contribuem para a intensa liberação de citocinas e quimiocinas, como interleucina 1 (IL-1), interleucina 6 (IL-6) e fator de necrose tumoral alfa (TNF- $\alpha$ )<sup>2</sup>.

Essas citocinas inflamatórias desempenham um papel significativo no desenvolvimento de arritmias ao alterar a expressão e a função dos canais de potássio e cálcio nos miócitos. A hiperinflamação, particularmente associada a altos níveis de IL-6,

pode causar canalopatias inflamatórias, bloqueando canais de potássio, o que prolonga o potencial de ação e resulta no prolongamento do intervalo QT, facilitando a formação de arritmias instáveis<sup>2,6-7</sup>. Além disso, elas superativam o sistema simpático cardíaco por meio do reflexo inflamatório mediado pelo hipotálamo e inibem o citocromo P450, aumentando a biodisponibilidade de medicamentos que também prolongam o intervalo QT<sup>6-7</sup>.

Embora o mecanismo exato da bradicardia relativa não seja totalmente compreendido, uma hipótese é que níveis elevados de citocinas inflamatórias observados em pacientes com COVID-19 possam aumentar o tônus vagal e reduzir a variabilidade da frequência cardíaca<sup>1,11</sup>. Diante disso, as citocinas pró-inflamatórias podem desequilibrar o sistema nervoso autônomo, levando à bradicardia, além de exercer um efeito patogênico direto conhecido no nó sinoatrial, o que também contribui para a redução da frequência cardíaca<sup>1,3</sup>.

### Medicamentos

A bradicardia pode ser atribuída ao fármaco em pacientes que apresentaram resultados normais de ECG antes do tratamento e não estavam usando outros medicamentos que poderiam causar bradicardia. Muitos dos antivirais e antibióticos usados para tratar a COVID-19 são conhecidos por prolongar o intervalo QT, aumentando o risco de *torsades de pointes* (TdP) ao inibirem os canais de potássio, prolongando o potencial de ação e desencadeando pós-despolarização devido às correntes internas de sódio e cálcio sem oposição<sup>6</sup>.

A ribavirina, amplamente empregada no tratamento de infecções virais, como SARS e MERS, tem sido associada à bradicardia, um efeito adverso frequentemente relatado em pacientes e que, embora geralmente transitório, tende a se resolver com a redução da dose e a melhora do quadro infeccioso.

Embora a ribavirina tenha sido considerada para uso no combate à COVID-19 devido à sua capacidade de se ligar firmemente ao RNA polimerase (RdRp) do SARS-CoV-2, os resultados de estudos clínicos mostraram inconsistências em termos de redução da mortalidade. Em comparação com o grupo controle, os pacientes tratados com ribavirina apresentaram taxas semelhantes de intubação e ventilação mecânica, mas com uma incidência significativamente maior de eventos adversos, como bradicardia, anemia e transaminite<sup>12</sup>.

As primeiras terapias contra a COVID-19, como hidroxicloroquina (HCQ), cloroquina (CQ) e azitromicina, foram associadas a um risco aumentado de arritmias devido à inibição dos canais de potássio hERG, o que pode levar ao prolongamento do intervalo QT e ao risco de torsade de pointes (TdP)<sup>7</sup>. O mecanismo, ainda não totalmente compreendido, acredita-se estar relacionado à inibição das correntes de repolarização de potássio, com o aumento contínuo das concentrações de hidroxicloroquina e cloroquina até a primeira semana de uso, podendo saturar o canal hERG<sup>2</sup>. Cerca de 10% dos pacientes tratados com hidroxicloroquina ou cloroquina, especialmente quando combinados com inibidores do Citocromo P450 3A4 como a azitromicina, desenvolveram prolongamento significativo do intervalo QT e casos de arritmia ventricular<sup>2,7</sup>. Devido a esses riscos, a hidroxicloroquina e a azitromicina não são mais recomendadas para o tratamento de COVID-19.

À vista disso, o antiviral remdesivir foi reconhecido como uma terapia especial e alternativa para o tratamento de pacientes hospitalizados pelo COVID-19 com saturação de oxigênio inferior a 94% e infecções do trato respiratório inferior. Entretanto, embora tenha mostrado modestos benefícios clínicos, foi associado a um risco significativamente maior de bradicardia grave em comparação com outros tratamentos<sup>7</sup>. A terapêutica foi associada à bradicardia sinusal, especialmente em pacientes com frequência cardíaca em repouso diminuída e aumento das taxas do dímero D na admissão, afetando 31% dos 2.603 pacientes com COVID-19, principalmente homens com idade média de 61,2 anos, com início médio três dias após o início do tratamento<sup>8,13</sup>. A bradicardia sinusal induzida pelo remdesivir pode ser causada por dois mecanismos principais: disfunção mitocondrial, por efeito citotóxico nos miócitos cardíacos devido à ligação a RNA polimerase mitocondrial humana, e supressão do nó sinoatrial, devido à semelhança estrutural do trifosfato ativo do remdesivir com o ATP, o que pode levar a alterações eletrofisiológicas no coração<sup>3,8,13</sup>.

Outras terapêuticas também foram associadas a complicações cardiovasculares, como o fingolimod, um imunossupressor modulador do receptor de esfingosina 1-fosfato, que causa bradicardia e bloqueio cardíaco dose-dependentes por bloquear canais de cálcio tipo L e ativar canais de potássio dependentes de acetilcolina no nó sinoatrial<sup>14</sup>. Ademais, a terapia com lopinavir/ritonavir, usada anteriormente em SARS-CoV-1 e MERS-

CoV, também está associada à bradicardia em pacientes com COVID-19, especialmente em idosos com linfocitopenia. Sugere-se que a overdose por ritonavir, exacerbada por inflamação e absorção aumentada em pacientes críticos, pode causar bradicardia, destacando a necessidade de atenção rigorosa na dosagem<sup>15</sup>.

## Eletrólitos

A COVID-19 é associada a uma série de complicações cardíacas que podem ser influenciadas por distúrbios eletrolíticos e desequilíbrios de fluidos, uma vez que os eletrólitos desempenham um papel fundamental na condução do potencial de ação cardíaco. A hiponatremia, embora não amplamente documentada, foi observada em casos específicos e pode interagir com os sistemas imunológico, neuroendócrino e cardiovascular, resultando em manifestações atípicas como quase síncope causada por bradicardia sinusal<sup>16</sup>.

Além da hiponatremia, distúrbios eletrolíticos como hipocalcemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia também foram observados em pacientes com COVID-19. Esses distúrbios, frequentemente resultantes de diarreia, lesão renal aguda e outros desequilíbrios de fluidos, foram identificados em 7,2% dos 416 pacientes hospitalizados com a infecção em estudo<sup>6</sup>. Em casos graves, a hipocalcemia persistiu mesmo com a suplementação exógena de potássio, indicando uma disfunção no equilíbrio do sistema renina-angiotensina-aldosterona e na função da enzima conversora de angiotensina 2 (ECA2)<sup>9</sup>.

Esses desequilíbrios eletrolíticos não apenas agravam condições cardíacas preexistentes, mas também aumentam o risco de novas arritmias. A interleucina-6 (IL-6), uma citocina liberada durante a resposta inflamatória, desempenha um papel crucial nesse contexto, promovendo desequilíbrios eletrolíticos que podem levar à falência de múltiplos órgãos. Um estudo preliminar mostrou que os níveis de IL-6 estavam inversamente correlacionados com os níveis de sódio, sugerindo uma ligação entre a resposta inflamatória e a disfunção eletrolítica<sup>16</sup>.

Outro fator que pode contribuir para a formação de arritmias em pacientes com COVID-19 é a presença de uma variante comum do canal de sódio Nav1.5, codificada pelo gene SCN5A<sup>2</sup>. Essa variante pode influenciar a condução elétrica cardíaca, aumentando o risco de disritmias em um cenário já complexo, como o da COVID-19.

## CONCLUSÃO

Fica claro, portanto, que lesões miocárdicas são comuns em pacientes graves e críticos com Covid-19, resultando em maior mortalidade. No entanto, como a infecção por SARS-CoV-2 é recente, ainda é incerto o mecanismo relativo ao envolvimento cardiovascular. Embora hipotética, a disritmogenicidade aparece relacionada a uma fisiopatologia multifatorial: *downregulation* dos receptores da ECA-2, dano cardíaco secundário por hipóxia, efeitos de citocinas e catecolaminas, desequilíbrio de eletrólitos e fluidos, rupturas de placas e teratogenicidade de medicamentos.

Por isso, necessita-se de mais estudos sobre os efeitos arrítmicos da doença, por meio do monitoramento em longo prazo associado a novas terapias. Nesses casos, deve-se avaliar a prevalência de bradicardia, a partir da análise prognóstica dos pacientes que desenvolvem o quadro e as sequelas cardíacas de longo prazo, no momento imprevisível, a fim de formular uma diretriz para o manejo da bradicardia no cenário de Covid-19 e alvos terapêuticos potenciais.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

**Mateus Teles Aguiar e Raimundo Fabrício Paiva Pinto** contribuíram com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Eládio Pessoa de Andrade Filho, José Jordan de Menezes Magalhães, Maria Clara Moreira Santiago e Sandrielle Maria Brito do Nascimento** contribuíram com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

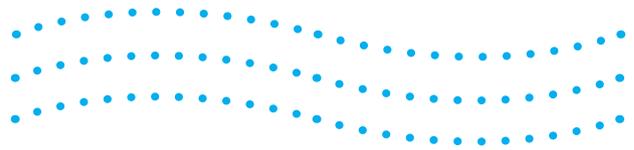
## REFERÊNCIAS

- Gatto MC, Persi A, Tung M, Masi R, Canitano S, Kol A. Bradyarrhythmias in patients with SARS-CoV-2 infection: A narrative review and a clinical report. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2021; 44: 1607–1615. DOI: <https://doi.org/10.1111/pace.14308>
- Malaty M, Kayes T, Amarasekera AT, Kodsí M, MacIntyre CR, Tan TC. Incidence and treatment of arrhythmias secondary to coronavirus infection in humans: A systematic review. *European Journal of Clinical Investigation*. 2020 Nov 26;51(2). DOI: <https://doi.org/10.1111/eci.13428>
- Nagamine T, Randhawa S, Nishimura Y, Huang R, Thiratest Leesutipornchai, Benavente K, et al. Characteristics of bradyarrhythmia in patients with

Covid 19: Systematic scoping review. *Pacing and Clinical Electrophysiology*. 2022 Feb 19;45(4):556–566. DOI: <https://doi.org/10.1111/pace.14466>

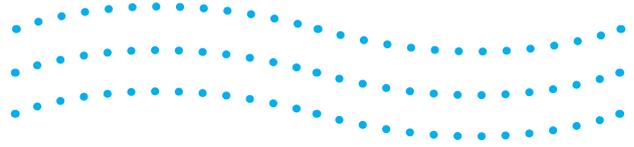
- de la Torre-Fonseca LM, Looor-Cedeño F, Alarcón-Cedeño R, Barreda-Pérez AM, Reyes-Mora AD. Alteraciones electrocardiográficas en pacientes hospitalizados con COVID-19. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2022 Dec 20;29(6). DOI: <https://doi.org/10.24875/rccar.22000029>
- Ho JS, Tambyah PA, Ho AF, Chan MY, Sia CH. Effect of coronavirus infection on the human heart: A scoping review. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2020 May 18;27(11):1136–1148. DOI: <https://doi.org/10.1177/2047487320925965>
- Alblaihed L, Brady WJ, Al-Salamah T, Mattu A. Dysrhythmias associated with COVID-19: Review and management considerations. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2022 Dec. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.12.004>
- Pandat S, Zhu Z, Fuentes-Rojas S, Schurmann P. Arrhythmias in COVID-19. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*. 2021;17(5):73-82. DOI: <https://doi.org/10.14797/mdcvj.1039>
- Sai Gautham Kanagala, Hardeep Dholiya, Poonam Jhaggi, Patel M, Gupta V, Gupta S, et al. Remdesivir-Induced Bradycardia. *Southern Medical Journal*. 2023 Mar 1;116(3):317–320. DOI: <https://doi.org/10.14797/mdcvj.1039>
- Hernández-Mercado, Marco A., Hernández-Tirado, Verónica, Tirado-García, Luis A., Rivera-Figueroa, Jaime, & Bernal, Norma E. Morales. (2022). Taquicardia sinusal post-COVID-19: patogenia, identificación y estratificación temprana. *Revista Colombiana de Cardiología*, 29(4), 485-494. Epub November 08, 2022. DOI: <https://doi.org/10.24875/rccar.21000087>
- Williams TM, Davis RW. Physiological resiliency in diving mammals: Insights on hypoxia protection using the Krogh principle to understand COVID-19 symptoms. *Comparative Biochemistry and Physiology Part A: Molecular & Integrative Physiology*. 2021 Mar;253. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cbpa.2020.110849>
- Ikeuchi K, Saito M, Yamamoto S, Nagai H, Adachi E. Relative Bradycardia in Patients with Mild-to-Moderate Coronavirus Disease, Japan. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(10):2504–2506. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid2610.202648>
- Zhong H, Wang Y, Zhang ZL, Liu YX, Le KJ, Cui M, et al. Efficacy and safety of current therapeutic options for COVID-19 - lessons to be learnt from SARS and MERS epidemic: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacological Research*. 2020 Jul;. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2020.104872>

13. Attena E, Albani S, Alberto Enrico Maraolo, Mollica M, Annunziata De Rosa, Pisapia R, et al. Remdesivir-Induced Bradycardia in COVID-19: A Single Center Prospective Study. *Circulation-arrhythmia and Electrophysiology*. 2021 Jun 29;14(7). DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.121.009811>



14. Rattanawong P, Shen W, El Masry H, Sorajja D, Srivathsan K, Valverde A, et al. Guidance on Short Term Management of Atrial Fibrillation in Coronavirus Disease 2019. *Journal of the American Heart Association*. 2020 Jul 21;9(14). DOI: <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.017529>

15. Beyls C, Martin N, Hermida A, Abou-Arab O, Mahjoub Y. Lopinavir-ritonavir Treatment for COVID-19 Infection in Intensive Care Unit: Risk of Bradycardia. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*. 2020 Jul 9; DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.120.008798>



16. Amir M, Renata A, Ratana LT. Symptomatic sinus bradycardia due to electrolyte imbalances in syndrome of inappropriate antidiuretic hormone (SIADH) related covid-19: a case report. *BMC Infectious Diseases*. 2021 May 21;21(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06143-2>

