

Luís Paulo Souza e Souza

Organizador

Atenção Primária à Saúde no Brasil: resultados, avanços e desafios



Editora Inovar

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: RESULTADOS, AVANÇOS E DESAFIOS

Luís Paulo Souza e Souza
(Organizador)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: RESULTADOS, AVANÇOS E DESAFIOS

1.^a edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORA INOVAR
2020

Copyright © do autor e da autora.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original dos autores e autoras seja corretamente citado.

Luís Paulo Souza e Souza (Organizador).

Atenção primária à saúde no Brasil: resultados, avanços e desafios. Campo Grande: Editora Inovar, 2020. 573p.

ISBN: 978-65-86212-50-1

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-50-1

1. Saúde. 2. Atenção primária. 3. Pesquisas. 4. Autores. I. Título.

CDD – 614

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades dos autores e das autoras.

Revisão dos textos: os autores.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil), Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

Editora Inovar

www.editorainovar.com.br

79002-401 - Campo Grande – MS

2020

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

13

Capítulo 1

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: UMA ANÁLISE DE INDICADORES SÓCIO HISTÓRICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS

14

Tábitha Ruama Lopes da Silva Gomes

Itana Ferreira dos Santos Silva

Iara Ferreira Lima

Francisco Mateus Lima Sousa

Vitória Tainá Freire da Silva

Rafael Vitor Araújo de Queiroz

Samuray Freire de Oliveira

Capítulo 2

A TERRITORIALIZAÇÃO COMO POTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

23

Nathalia Ingrid dos Santos Silva

Géssica Silva de Oliveira

Dalvânia de Moura Santos

Jaslene Carlos da Silva

Luana Gabriela dos Santos Calado

Vlaybson Valdir de Freitas Lima

Roberta Amorim da Silva

Capítulo 3

A UTILIZAÇÃO DA TELEMEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

34

Elias Silveira de Brito

Gabriel Vidal de Vasconcelos

Jailma de Araújo Freire

Joana Amaral Acioly

Matheus Correia Lacerda

Rafael Alves Bezerra Santos

Janaína Rocha de Sousa Almeida

Capítulo 4

ACESSIBILIDADE COMO DIRETRIZ DE QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

46

Loren Beatriz Bastos Braga Bento

Débora Ximenes de Águila

Elias Silveira de Brito

Liana Andrade Oliveira

Luciano Carneiro Suassuna

Paula Cunha Tavares

Joseane Marques Fernandes

Capítulo 5

AÇÕES EDUCATIVAS COMO MÉTODO DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA EM COMUNIDADE ESCOLAR

57

André Luiz Fidelis Lima

Kleinn de Oliveira Silva

Glauciene Cavalcante Gomes

Isabel Comassetto

Rossana Teotônio de Farias Moreira

Julio César Pereira da Silva

Capítulo 6

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA POR MEIO DO USO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

66

Marcelino Maia Bessa

Layane da Silva Lima

Joyce Oliveira de Souza

Anderson Italo Aquino Silva de Souza

Nayanne Victória Sousa Batista

Marlison Diege Melo da Silva

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas

Capítulo 7

ACOMPANHAMENTO DE DADOS NUTRICIONAIS DE GESTANTES QUILOMBOLAS NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO BRASIL: UM RETRATO

73

Lorrany Santos Rodrigues

Tháís Barbosa de Oliveira

Sara da Silva Meneses

Caroliny Victoria dos Santos Silva

Jade Christinne da Costa de Paula dos Santos

Maurício Yukio Hirata

Nayara Garcez Miranda

Capítulo 8

ANÁLISE DA COINFECÇÃO SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)/TUBERCULOSE EM PATOS DE MINAS – MG

85

Elza Maria de Castro

João Pedro Gomes de Oliveira

Lara Cruvinel Fonseca

Laura Martins Bomtempo

Luis Henrique Pires Bessas

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio

Capítulo 9

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO PARA O CÂNCER DE MAMA EM ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

92

Nathália Gonçalves Pereira

Vitória Maria Chacon Martins

Lilian Dias dos Santos Alves

Maria José Caetano Ferreira Damaceno

Capítulo 10

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS RELACIONADOS AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL

102

Larissa Mercielly Nóbrega Medeiros

Flávia Thalia Guedes Farias

Livia Dantas Fragoso

Lizandra Pinheiro do Nascimento

Mariana Soares de Araújo

Érika Ruanna Alencar da Silva

Milena Nunes Alves de Sousa

Capítulo 11

ASPECTOS RELEVANTES DA ADEÇÃO DO DIABÉTICO AO TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

114

Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes

Fernanda da Conceição Lima Santos

Isabel Alves Targino

Edenilson Cavalcante Santos

Capítulo 12

ASSISTÊNCIA PRESTADA AO PORTADOR DE ANEMIA FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

124

Francisco Werbeson Alves Pereira

Amanda Pinheiro de Alencar

Gabriela Diolina Torres

Nadiene de matos Oliveira

Juliana Ferreira Carlos

Nara Jéssica Alves De Souza

Natália Bastos Ferreira Tavares

Capítulo 13

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: OBSTÁCULOS E POTENCIALIDADES FRENTE ÀS DESIGUALDADES SOCIAIS ACENTUADAS PELA PANDEMIA POR COVID-19

133

Hortência Freitas de França

Aline Olegário da Silva

Alessandra Maria dos Santos

Leandro Augusto da Silva Araujo

Álvaro Francisco da Silva

Letícia Olimpia de Santana

Luana Olegário da Silva

Capítulo 14

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO 140

Kennedy Anderson Barros de Almeida
Emerson Façanha Brito
Carlos Colares Maia
Germana Maria Viana Cruz
Adelaide Souza da Silva Rodrigues
Paulo Ayslen Nascimento de Macêdo

Capítulo 15

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 152

Luiz Henrique dos Santos Ribeiro
Laisa Marcato Souza da Silva
Leonardo Henrique Pires de Oliveira
Ana Lúcia Naves Alves

Capítulo 16

AUTOCUIDADO EM DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO 160

Luziana de Paiva Carneiro
Karine Sales Braga Alves
Alana Mara Lima Feijão
Letícia Kessia Souza Albuquerque
Cleane Maria dos Santos Teles
Francisca Camila Teixeira Mesquita
Francisco Marcelo Alves Braga Filho

Capítulo 17

AVANÇOS E DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA 171

Rayanne Oliveira da Silva
Ianne Mayara Oliveira da Silva
Gabriel Pereira Reichert
Ana Beatriz Nogueira da Cruz
Gabriela Silva de Brito
Lucas de Alcântara Pereira
Aline Cristina Abrantes Formiga

Capítulo 18

BRINCANDO DE APRENDER: JOGO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL APLICADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE 180

Natália Ferrari
Maria Júlia de Oliveira Dadona
Juliana Andrade Silva Pereira
Felipe Colombelli Pacca
Lúcia Mara Lopes Cursino

Capítulo 19

COMPARTILHANDO SABERES ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: OUTUBRO ROSA 187

Ezilley da Silva Araújo
Ianca Thaís Lopes Marques
Verônica Samila Aires Batista
Douglas Paraibano Cavalcante
Letícia Oliveira Cassimiro Dias Nascimento
Matheus Klisman Santos Rodrigues
Karyne Gleyce Zenf Oliveira

Capítulo 20

CONHECIMENTO DAS MULHERES ACERCA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO 195

Ana Carolina Carvalho dos Santos
Hélen Christiane Pessoa Da Silva
Jéssica Correia Macedo
José Osmar da Silva
Renata Batista dos Santos
Roseli Batista dos Santos
Sheila Juliana Leite Lima

Capítulo 21

CONTRATUALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O DESAFIO DA AVALIAÇÃO POR DESEMPENHO 206

Érika Fernandes Tritany
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Capítulo 22		
<u>COORDENAÇÃO DO CUIDADO: ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS</u>		216
<i>Érika Fernandes Tritany</i>		
Capítulo 23		
<u>COORDENAÇÃO DO CUIDADO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</u>		225
<i>Érika Fernandes Tritany</i>		
Capítulo 24		
<u>CUIDADOS PALIATIVOS NAS DOENÇAS TERMINAIS E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA SUA GARANTIA</u>		234
<i>Christiano Tadeu Sanches Mattos Killesse</i>		
<i>José Luiz de Faria</i>		
<i>Fabrcio dos Anjos Silva Bomfim</i>		
<i>Érika Aline de Souza</i>		
<i>Louise Teixeira Costa e Silva</i>		
<i>Josué da Silva Brito</i>		
<i>Lorray de Abadia Rodrigues Borges</i>		
Capítulo 25		
<u>DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER RESIDENTE NA ZONA RURAL</u>		243
<i>Ana Beatriz de Oliveira Fernandes</i>		
<i>Antonio Rodrigues Ferreira Júnior</i>		
<i>Luciana Camila dos Santos Brandão</i>		
<i>Júlia Diana Pereira Gomes</i>		
Capítulo 26		
<u>DESAFIOS NA FORMAÇÃO ACADÊMICA E MANUTENÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NO CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</u>		255
<i>Ana Paula Lopes</i>		
<i>Lucas Yuji Sonoda</i>		
<i>Maria da Graça Lepre Hawerth</i>		
<i>Gilmar Antonio Batista Machado</i>		
<i>Jaqueline Silva Santos</i>		
<i>Maria Ambrosina Cardoso Maia</i>		
Capítulo 27		
<u>DETERMINANTES SOCIAIS E GEOGRÁFICAS NO PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DO HIV E A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO PERFIL ESTABILIZADOR</u>		267
<i>Livia Dantas Fragoso</i>		
<i>Heloísa da Silva Araújo</i>		
<i>Rita de Cássia Pereira Dantas</i>		
<i>Raissa Suiane Gomes Cândido</i>		
<i>Luana Idalino da Silva</i>		
Capítulo 28		
<u>EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM O PÚBLICO DO PROGRAMA HIPERDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA</u>		278
<i>Anderson Italo Aquino Silva de Souza</i>		
<i>Marcelino Maia Bessa</i>		
<i>Wesley Queiroz Peixoto</i>		
<i>Joyce Oliveira de Souza</i>		
<i>Letícia Maria Medeiros de Souza</i>		
<i>Ismael Vinícius de Oliveira</i>		
Capítulo 29		
<u>EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: PRÁTICAS EXITOSAS DO PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE</u>		286
<i>Layanne Ramalho Jacob</i>		
<i>Dayane Porto Silva</i>		
<i>Sandra Maria Magalhães Villela Carneiro</i>		
Capítulo 30		
<u>EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS GRUPOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELEVÂNCIA DAS TECNOLOGIAS LEVES NOS CUIDADOS AOS USUÁRIOS DO SUS</u>		293
<i>Andreza Alves de Sousa</i>		
<i>Ana Gabriely Sales da Silva</i>		
<i>Francisco Alberto Nascimento Viana</i>		
<i>Débora Ximenes de Águila</i>		
<i>Ester Duarte Matoso</i>		
<i>Isabelle Neves Lobo</i>		

Cristiano José da Silva

Capítulo 31

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A ENFERMAGEM FRENTE À CAPACITAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS PARA PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL

304

André Luiz Fidelis Lima

Glauciene Cavalcante Gomes

Julio César Pereira da Silva

Isabel Comassetto

Rossana Teotônio de Farias Moreira

Edna Verissimo dos Santos Aniceto

Capítulo 32

ELEMENTOS COMUNICACIONAIS UTILIZADOS POR LÍDERES NO GERENCIAMENTO DE CONFLITOS NAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE

315

Délia Figueredo Carvalho

Lisandra Santana Oliveira Reis

Marks Passos Santos

Capítulo 33

EMPREGO DE DIFERENTES MEDIDAS NA AVALIAÇÃO DO EXCESSO DE PESO NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

324

Fernanda Keila Valente Batista

Roseane Saraiva de Santiago Lima

Anakláudia Sombra Santos

Débora Bezerra Xavier

Luís Clenio Jário Moreira

Nayane Valente Batista

Scarlett Valente Batista

Capítulo 34

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E A IMPORTÂNCIA DA PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE SUA DOENÇA

336

Danielle C. Ferrarezi. Barboza

Lorena Correia da Cruz

Maria José C. F. Damaceno

Rafaela de Cerqueira Souza

Vanessa P. Fagundes

Capítulo 35

IMPLANTAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO PARA PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

347

Maria Helena Marques Magalhães

Ana Yasmin Vasconcelos de Oliveira Melo

Carolina Chaves Bittencourt de Albuquerque

Natália Bezerra de Menezes Cruz

Thais de Alencar Montenegro

Thais Ferreira Campos

Antônio Eusébio Teixeira Rocha

Capítulo 36

INFECÇÕES BACTERIANAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UM DESAFIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

358

José Nyedson Moura de Gois

Davi Lincon de Souza Mendonça

Jéssica Costa de Oliveira

Luanne Eugênia Nunes

Capítulo 37

INFECÇÕES URINÁRIAS: UMA ANÁLISE DESCRITIVA ACERCA DO ASSUNTO JUNTO AO GRUPO DA TERCEIRA IDADE DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO EM SÃO JOSÉ DOS QUATRO MARCOS – MT

366

Rafael Rodrigues Gomides

Ligia Karla Dos Santos Rezende

Marilza Garcia de Oliveira

Rosivania Aparecida dos Santos Rezende

Victória Bandeira dos Santos

Capítulo 38

INFLUÊNCIA DAS DISTRORÇÕES COGNITIVAS NO COMPROMETIMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS EM PESSOAS COM ALCOOLISMO

375

Daniel Devisom da Silva Rozado

José Yago Barreiro da Silva

Capítulo 39

INSTITUCIONALIZAÇÃO INFANTIL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

385

Yara Martins Gurgel

Márcia Ferreira de Araújo Rodrigues

Gilmara Ferreira de Araújo

Bruna de Souza Diógenes

Eder Ferreira de Arruda

Viliane Lima

Capítulo 40

INTERAÇÃO DOS SABERES E PRÁTICAS EXPERIENCIADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE O ENFRENTAMENTO DA COVID-19

397

Estherfane Ribeiro de Lima

Isabel Comassetto

Amauri dos Santos Araujo

Diana Hadaça de Lima Araújo Vilela

Mileyse da Silva Acácio

Igor Michel Ramos dos Santos

Nathalia Comassetto Paes

Capítulo 41

MARCOS HISTÓRICOS E LEGISLATIVOS QUE SUSTENTAM A IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

408

Lázaro Heleno Santos de Oliveira

Anna Alleska Silva Santos

Ellen Beatriz Moura Barbosa

Lavinia Correia do Rozário Amorim

Lizandra Kelly Alves da Silva

Givânia Bezerra de Melo

Ana Paula Rebelo Aquino Rodrigues

Capítulo 42

MODIFICAÇÕES DURANTE O PROCESSO DE FORMAÇÃO DE UM PROFISSIONAL RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA

417

Táisa Freire Mororo de Sa

Carla Jordana de Oliveira Nascimento

Antônio Rafael da Silva

Capítulo 43

O CONHECIMENTO E INDICAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

423

Anny Katheryne da Rocha França

José Júnior Bezerra da Silva

Cristiane Maria Alves Martins

Capítulo 44

O PRÉ-NATAL TAMBÉM É AZUL: DISCURSOS DOS HOMENS SOBRE OS DESAFIOS DA PATERNIDADE

431

Adna Thallita Fernandes Cardoso

Adriana Michelly de Albuquerque Ramos

Andréia Cordeiro de Brito Marques

Cristiane Xavier Silva

Capítulo 45

OS DESAFIOS DA ACESSIBILIDADE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

441

Mariana Silva Almeida

Andreza Alves de Sousa

Ariany Vidal Alves

Lara Albuquerque Braga

Maria Helena Marque Magalhães

Maria Luiza Miranda Carneiro

Gabriela Fernandes Oliveira Marques

Capítulo 46

OS IMPACTOS DO NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

452

Verônica Eglene Farias

Geison Vasconcelos Lira

Capítulo 47

PELAS ÁGUAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE RESIDENTES EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

462

*Rafael Fernandes Tritany
Camila Siqueira de Castro Ferreira
Debora Silva do Nascimento Lima
Luana de Castro*

Capítulo 48

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DOS GRUPOS ANTITABACO

472

*Anamerinda de Oliveira Diaz
Raquel de Maria Carvalho Oliveira
Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues
Adriano Matos Cunha
Antonia Maria Railene de Lima Cunha Linhares
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior*

Capítulo 49

PERFIL DE GESTANTES DE UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO AGRESTE PERNAMBUCANO

480

*Ana Pedrina Freitas Mascarenhas
Aldaires Peixoto da Silva
Gabriel Barbosa Huszcz
Izaura Cleone Ferreira dos Santos Cadete
Juliana Maria Azevedo Pessoa da Silva
Klessiane Mendes de Fontes
Luana Vitória da Costa Silva*

Capítulo 50

PORTA DE ENTRADA PARA QUEM? OS DESAFIOS DE PESSOAS TRANS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

490

*Vanessa Juliene Ferreira Braga
Cibele Lima Taveira*

Capítulo 51

PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES ISOLADAS DE APARELHOS CELULARES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

497

*Caroline Da Silva Cortez Sanchez
Lucia Mara Lopes Cursino*

Capítulo 52

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NOS ESPAÇOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: OBSERVÂNCIA DOS DESAFIOS INERENTES A ÁREA DE ATUAÇÃO

505

*Bárbara Bispo de Santana
Marks Passos Santos*

Capítulo 53

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

512

*Rosana da Conceição Evangelista
Adan Renê Pereira da Silva*

Capítulo 54

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL: AÇÕES DOS PSICÓLOGOS INSERIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

522

*Rafael Vítor Araújo de Queiroz
Vitória Tainá Freire da Silva
Francisco Mateus Lima Sousa
Tábitha Ruama Lopes da Silva Gomes
Itana Ferreira dos Santos Silva
Iara Ferreira Lima
Maurício Cirilo da Costa Neto*

Capítulo 55

QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL

530

*Gabriella Chrystina Chaves Batista
Glenda da Silva Cunha
Marcus Vinícius Moreira Barbosa
Taynara Augusta Fernandes*

Capítulo 56

REPERCUSSÕES DA POLIFARMÁCIA E A IMPORTÂNCIA DA AÇÃO INTERVENTORA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

538

Herick Campos Ferreira

Laura Sturzeneker de Oliveira

Capítulo 57

SAÚDE MENTAL EM CAMPOS SALES-CE: TERRITORIALIZAÇÃO DA (DES)ASSISTÊNCIA

544

Débora Cristina de Oliveira Braga

Francisca Elizabeth Cristina Araújo Bezerra

Capítulo 58

TRANSIÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM PARA ENFERMEIRO: A VISÃO DESSES ENFERMEIROS SOBRE A GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

556

Luiz Fernando de Almeida

Saulo Nascimento de Melo

Livia Carolina Andrade Figueiredo

Bárbara Marques de Castro Lara

Klauber Menezes Penaforte

Flávia de Oliveira Lima Penaforte

Maria Gabriela Ferreira Santos

Capítulo 59

PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE: INSERÇÃO PRECOCE DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

564

Laura Fernandes Antunes

Sarah Eko Eni

Jonas Magno de Resende

Daniel Martins

Regina Aparecida de Melo Bagnolli

Antônia Gonçalves de Souza

Luís Paulo Souza e Souza

SOBRE O ORGANIZADOR

571

Luís Paulo Souza e Souza

APRESENTAÇÃO

Considerando a expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios brasileiros e sua importância enquanto porta preferencial do(a) usuário(a) ao sistema de saúde, este livro reúne resultados de pesquisas de campo, investigações teóricas e experiências práticas (do cotidiano do serviço), a partir de vários pontos de vista: trabalhadores(as), usuários(as), pesquisadores(as), alunos(as), movimentos sociais, entre outros. Os textos aqui apresentados mostram realidades de diversas regiões do Brasil, agrupando perspectivas variadas a respeito dos caminhos teóricos, sociais, políticos, econômicos, das experiências em diferentes territórios, das práticas profissionais e dos processos de trabalho.

Mesmo que seu valor esteja claro na nossa sociedade, com valor inigualável para conquista do direito à saúde, a Atenção Primária à Saúde também apresenta desafios de múltiplas ordens. Assim, este livro se apresenta como um instrumento que reúne parte destes desafios, debatendo-os, a fim de agregar ao conhecimento já existente sobre a APS e trazer novos olhares para que os impasses sejam superados, buscando práticas de cuidado dignas, humanas, científicas e que respeitem os conhecimentos dos(as) usuários(as) e suas famílias, sem deixar de estarem estritamente ligadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabemos o quão importante é a divulgação científica e, por isso, é preciso evidenciar a qualidade da estrutura da Editora Inovar, por permitir que autores(as) publiquem seus textos, além de possibilitar que os(as) leitores(as) tenham acesso facilitado à obra, trazendo esclarecimentos de questões importantes para avançarmos no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Luís Paulo Souza e Souza
(Organizador)

Capítulo 1

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: UMA ANÁLISE DE INDICADORES SÓCIO HISTÓRICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS

THE ROLE OF THE PSYCHOLOGIST IN BRAZILIAN PUBLIC HEALTH: AN ANALYSIS OF HISTORICAL, POLITICAL AND ECONOMIC SOCIO INDICATORS

Tábitha Ruama Lopes da Silva Gomes¹
Itana Ferreira dos Santos Silva²
Iara Ferreira Lima³
Francisco Mateus Lima Sousa⁴
Vitória Tainá Freire da Silva⁵
Rafael Vitor Araújo de Queiroz⁶
Samuray Freire de Oliveira⁷

RESUMO: A psicologia brasileira vem sendo construída perpassada por aspectos históricos, políticos e sociais que fazem parte do país desde sua fundação até a contemporaneidade. Dessa forma, o objetivo desse trabalho visa compreender a relação de alguns indicadores (como a colonização do país, a economia e a formação em psicologia) com o desenvolvimento da psicologia da saúde pública, também buscando instigar reflexões sobre os desafios, potencialidades e possibilidades da atuação do psicólogo nesse campo. Pensando nisso, a elaboração do trabalho se deu por meio de revisão integrativa de literatura e apresenta como resultados, as influências dos indicadores apresentados na atuação do psicólogo na saúde pública, desde a construção identitária do brasileiro, até a formação voltada para clínica privada. Portanto, observa-se como um possível desdobramento, a ampliação curricular dos cursos de psicologia, visando atender demandas da saúde pública brasileira.

Palavras-chave: Psicologia. Colonização. Capitalismo. Formação. Saúde Pública Brasileira.

ABSTRACT: Brazilian psychology has been built through historical, political and social aspects that have been part of the country since its foundation until contemporary times. Thus, the objective of this work aims to understand the relationship of some indicators (such as the colonization of the country, the economy and training in psychology) with the development of public health psychology, also seeking to instigate reflections on the challenges, potentialities and possibilities of the psychologist's performance in this field. With this in mind, the elaboration of the work took place through an integrative literature review and presents as results, the influences of the indicators presented in the psychologist's performance in public health, from the construction of the Brazilian's identity, to the training focused on private clinic. Therefore, it is observed as a possible outcome, the curricular expansion of psychology courses, aiming to meet the demands of Brazilian public.

Keywords: Psychology. Colonization. Capitalism. Formation. Brazilian Public Health.

INTRODUÇÃO

A psicologia, tal como a vemos na hipermodernidade⁸, é produto de diversas mudanças ocorridas ao longo do seu surgimento enquanto área científica e prática. Assim, compreende-se como sendo de suma importância a observação da historicidade da psicologia e como ela se

1 Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: tabitharuama12@gmail.com

2 Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: itana_ferreira@hotmail.com

3 Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: iaralimac@hotmail.com

4 Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: mateulsousa@gmail.com.

5 Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: vitoriataina1@hotmail.com.

6 Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: rafa.vitor_@outlook.com.

7 Docente do curso de Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: samuray.pierry@hotmail.com

⁸ Hipermodernidade é um termo criado pelo filósofo francês Gilles Lipovetsky para delimitar o momento da sociedade humana que inicia em 1970 e chega aos dias de hoje. O termo "hiper" é utilizado em referência a uma exacerbação dos valores criados na Modernidade (progresso científico, valorização da razão humana e individualismo), atualmente elevados de forma exponencial. Para maiores aprofundamentos, indica-se a obra "Os tempos hipermodernos" do teórico supracitado.

relacionou social, política e economicamente nas mais diversas sociedades em que se inseriu, pois, tal historicidade, com suas relações inerentes, produz reverberações no formato em que a psicologia irá adquirir ao longo de seu desenvolvimento, bem como no seu *modus operandi* nos mais diversos campos em que se inserirá.

Dessa forma, compreendendo que uma sociedade e sua conjuntura social, política e econômica é fruto de séculos de (re)construção, a partir de influências internas e externas a ela; que o surgimento de um campo profissional, ou até mesmo sua importação de uma sociedade para outra, absorve essas influências; na elucubração aqui apresentada, a qual objetiva compreender a relação de alguns indicadores (como a colonização do país, a economia e a formação em psicologia) com o desenvolvimento da psicologia da saúde pública, também buscando instigar reflexões sobre os desafios, potencialidades e possibilidades da atuação do psicólogo nesse campo de trabalho.

Assim, usufruindo-se de olhar sócio-histórico para alcançar o objetivo supramencionado, delimitar-se-á a sociedade brasileira, com as suas diversas transformações, enquanto tecido social no qual se desenhou e se (re)desenha o surgimento e atuação da psicologia no campo da saúde pública.

Essa produção tem seu percurso metodológico embasado na ciência dos atravessamentos sócio históricos, políticos econômicos, que viabilizam implicações acerca do papel da psicologia em sua atuação no campo da saúde pública, potencializando reflexões elucidativas acerca da construção dessa atuação ao longo da história do Brasil. Tendo assim, sua relevância justificada pela contribuição à reflexão crítica necessária para compreensão desse percurso histórico, visando possibilitar meios de (re)construção de estratégias que possam viabilizar uma atuação do profissional psicólogo no campo sobredito. Dessa forma, oportunizando assistência da psicologia para com a população, reafirmando sua potencialidade quanto à sua relevância social.

Doravante, para que se construa um entendimento de como a estrutura da psicologia da saúde brasileira se constituiu, faz-se necessário um passeio pela história do nosso país, a fim de fomentarmos a produção de compreensões sobre as bases lançadas, no passado, que possibilitaram chegar até aqui. E para isso, é preciso citar desde a colonização do Brasil ao atual sistema de produção que vivemos, o capitalismo.

Inicialmente, faz-se necessária a indagação sobre qual a importância do conhecimento da historicidade da psicologia para o campo da saúde pública. E para encontrar uma resposta, é preciso saber de onde ela veio, onde se deve ir e para onde não se deve voltar, obtendo assim, ao entender seu papel e importância na história das políticas públicas na área da saúde, uma prática que beneficie o usuário, valorizando a atuação do profissional psicólogo nesse campo.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2011), há um paralelo que funde a história da Psicologia no Brasil com a própria história do país, pois as novas atuações dos profissionais da área os levam a participar de discussões sobre a busca de quais políticas públicas a Psicologia

defende. Compreendendo, nessa procura, a relevância que movimentos, como a reforma sanitária e a elaboração do SUS, tiveram para o Brasil e para a Psicologia.

Para tanto, nessa produção, realizou-se uma revisão integrativa de literatura. E assim, na busca por uma perspectiva crítica aos resultados da revisão, utilizou-se da teoria das representações sociais, aliada ao materialismo histórico dialético, para que se respalde a construção de posicionamentos, tidos neste trabalho, de que, a partir da materialidade do mundo, formula-se representações que influenciarão na forma de vê-lo e de ver-se, conseqüentemente, na maneira como se dar o relacionamento com o mundo, com o outro e com si, mediados por essas representações, que são sociais na medida em que são construídas em contexto sócio-histórico específico e são moldadas pelos atravessamentos sociais sofridos.

INDICADORES DA COLONIZAÇÃO DO BRASIL E CAPITALISMO

Ao pensar em psicologia no Brasil é necessário pontuar, mesmo que brevemente, o contexto histórico da colonização empregada no país em questão, já que isso também se expressa na formação identitária da população brasileira. Uma observação importante a ser feita é sobre o tipo de colonização imposta ao país, cuja foi a de exploração que, segundo Monasterio e Ehl (2015), se configura a partir da existência de uma metrópole que visa ter uma colônia para retirada de matérias primas, as quais seriam levadas para o país em que ela estava situada, utilizando a mão de obra escravizada. Partindo do pressuposto da colônia de exploração, nota-se que a cultura brasileira e a sua economia foram influenciadas de forma a beneficiar as grandes potências da época, que se concentravam no continente Europeu.

Mas em que a colonização se liga a psicologia? A função da colonização está profundamente imbricada com a identidade psicossocial do povo brasileiro, fazendo parte dos seus processos de (re)subjetivação e, devido a subjetividade se constituir objeto de estudo e intervenção da psicologia (BOCK, 2002), compreende-se como sendo necessária uma produção de discussão sob um viés sócio histórico, para que se construam compreensões sobre os atravessamentos que a história da fundação do Brasil produz, até hoje, na subjetividade da população brasileira e em como esses atravessamentos influenciam na constituição da psicologia da saúde enquanto campo teórico e prático, visto que será, a partir dessas marcas subjetivas, que profissionais brasileiros da psicologia da saúde (re)construirão e aperfeiçoarão esse campo.

Dessa forma, compreendendo a relevância do entendimento acerca da historicidade do país, defende-se a importância de que as teorias estudadas na psicologia brasileira, sejam adaptadas à realidade aqui produzida, evitando a reprodução acrítica, a histórica e descontextualizada de teorias psicológicas advindas da Europa e dos Estados Unidos, como ocorreu, demarcadamente, no passado (LANE, 1984). Corroborando com essa perspectiva, considera-se

[...] que as implicações do pensamento colonialista sobre a Psicologia brasileira influenciou de tal maneira a consolidação da profissão que, ainda com muita dificuldade, apenas recentemente alguns grupos específicos de intelectuais brasileiros têm conseguido articular demandas psicológicas nacionais a problemas de estudos teóricos mais amplos, junto a um campo de ideias e conhecimento que vem se consolidando em torno de questões da psicologia brasileira e latino-americana.

(BROSEK & MASSIMI, 1998; GEWEHR, 2010; GUEDES, 2007; MASSIMI & GUEDES, 2004 apud ZURBA, 2011, p.8)

Outro fator de suma importância para compreensão da historicidade da atuação do psicólogo, é o sistema econômico em que se deu o surgimento da psicologia, enquanto ciência. A psicologia científica surge no século XIX, com Wundt (BOCK, 2002) e, neste período, era (e é até hoje) o capitalismo o modo de produção instaurado no Brasil e na maioria do mundo, conforme fala Pochmann (2017). A psicologia, de acordo com seus registros históricos, teve um papel de servir a ordem social, no período de industrialização, que segundo CANO (2000) e LACERDA (2000), se deu entre 1930 e 1970. Assim, para Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014), as funções da psicologia, neste período, iam desde a seleção de funcionários até a aplicação de testes psicológicos a fim de ajustar o sujeito ao cargo para o qual havia se candidatado. Trocando em miúdos, a psicologia, que nesse período se configurava como psicologia industrial, segundo Sena e Silva & Braz de Aquino (2004), servia para ajudar na manutenção do sistema capitalista e do funcionamento das empresas, frente aos trabalhadores que a eles era imposta a adaptação ao funcionamento organizacional. Com isso, tem-se um questionamento: a quem a psicologia deve servir?

Apontando para outros fatos históricos, no Brasil a profissão de Psicólogo foi regulamentada apenas em 1962, há 58 anos. De acordo com Cambaúva, Silva e Ferreira (1998), a concepção de psicologia adotada pelo Brasil, em seu período de regulamentação, pautava-se na concepção biológica de constituição do sujeito, fazendo uma analogia acrítica (a-histórica) entre o meio natural e o meio social ao qual o homem – objeto de estudo – tem de se ajustar dentro dos moldes impostos – sujeito composto de um conjunto de sistema orgânico que, em seu funcionamento adequado, regulado, viabiliza com que contribua, efetivamente com o sua força de trabalho, para o desenvolvimento do país, ou seja, nutricionalmente e fisicamente preparado, terá disposição a ocupar os postos de trabalho – para que sobreviva enquanto indivíduo. Dessa forma, não considerando a historicidade humana e sua relação dialética com o meio social no qual está inserido, negligenciando sua influência na sociedade e sua relação na produção da subjetividade (CAMBAÚVA; SILVA; FERREIRA, 1998).

Doravante, mediante a visão de homem na qual baseava-se a psicologia brasileira da década de 60, trazida por Cambaúva, Silva e Ferreira (1998) logo acima, a qual corroborava com a própria lógica de consumo tida no capitalismo, ajustamento social imposto aos sujeitos dominados, meritocracia, culpabilização do sujeito, cultura individualizante e privatizações; a psicologia clínica ganha um espaço naquele período brasileiro e torna-se o campo de formação e atuação preponderante desde então (DIMENSTEIN, 2000). Assim, observa-se a supervalorização da psicologia clínica individual em detrimento as perspectivas mais críticas, como a psicologia social e até mesmo da saúde.

INDICADORES DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS À ATUAÇÃO HUMANIZADA

Outro campo que a psicologia se inseriu no Brasil foi o da saúde. Baseando-se em um modelo hospitalocêntrico (hospital psiquiátrico como meio unitário do cuidado em saúde mental) em que, no geral, distanciava-se da Psicologia Social, ou seja, desconsiderando as relações sócio históricas, culturais e econômicas como fatores influenciadores no processo saúde-doença da população, pois nesse modelo havia-se a intenção de higienização social, a qual visada a exclusão dos indivíduos, considerados diferentes, do acesso, circulação e usufruto de espaços e papéis sociais. Dito de outra forma, para todos aqueles que não se adaptavam aos padrões morais sociais impostos, a eles cabiam a institucionalização em instituições totais públicas (GOFFMAN, 1974; FOUCAULT, 1996; CAFÉ, 2017;).

Na obra, *Em defesa da sociedade*, Foucault (2005) discorre sobre a luta de raças e relações de poder no período do nazismo e expressa que a sociedade exige uma espécie de higiene social, em que, a depender da questão, altera apenas o grupo que deve ser o foco da ação de poder, visando retirá-lo do convívio social. Ele, na mesma obra, resume bem o cenário higienizador com a indagação seguida de uma afirmativa: “O inimigo de classe, que é agora? Pois bem “[...] e o doente, e o transviado, e o louco” (2005, p.97). Nesse cenário, as instituições psiquiátricas assistenciais se tornaram “um centro ajustador dos “desajustados” frente ao sistema, de forma discriminatória e punitiva” (STOCKINGER, 2007, p. 28).

A Psicologia Social Crítica teve – e tem – uma importante contribuição para a luta antimanicomial. Segundo Lima (2010), essa psicologia pode contribuir para a “uma – revolução psiquiátrica, uma vez que ela pode evidenciar [...] condições sociais, políticas e econômicas a que estamos submetidos atualmente” (p. 175). Com essa contribuição os sujeitos podem (re)construir suas identidades, buscando sua emancipação por meio “das condições de reconhecimento social oferecidas e enfrentando as políticas de Estado” (LIMA, 2010, p.175).

Dado o pano de fundo, elucida-se agora acerca das Reformas Psiquiátricas Brasileiras, as quais foram principais fatores impulsionadores de mudanças no cenário de cuidado em saúde mental no Brasil, segundo Amarante e Rotell (1992). Pode-se pontuar, ainda a partir dos autores anteriormente mencionados, que as reformas tiveram o objetivo central de rever a atuação da psiquiatria e a estruturação de hospitais psiquiátricos, os manicômios, visando levar um atendimento multiprofissional para os sujeitos em sofrimento psíquico.

Foi apenas em 2001, com a Lei 10.216/2001, que se conseguiu a principal reivindicação do movimento: sair do modelo hospitalocêntrico para estabelecer uma rede de cuidado que enxergue o sujeito de forma humanizada (Stockinger, 2007). A reforma, segundo Stockinger (2007), “não se constituiu apenas uma reforma do modelo assistencial psiquiátrico, mas se aproxima da real implantação de um modelo de saúde mental multidimensionado nos três níveis de atenção” (p. 58). Trazendo um cuidado mais ampliado, em saúde mental, para o usuário.

As reformas psiquiátricas brasileiras, portanto, foram de fundamental importância para o fortalecimento da saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) e para a implementação de novas práticas nessa esfera. Ao colocar o usuário no centro do serviço, passou a possibilitar o

acesso, de forma mais humanizada, à saúde pública, pois trouxe a expansão dos tipos de atenção à saúde ofertadas. Inclui-se nesses tipos, a atenção psicológica, a qual contribuiu para a incorporação da psicologia no cuidado multiprofissional defendido pelas reformas já mencionadas, o que viabilizou um cuidado, na perspectiva da integralidade, para o usuário de saúde mental no SUS.

Segundo Lima (2010, p.170), os movimentos de Luta Antimanicomial espalharam-se pelo o país, propagando o discurso “alternativo ao sistema manicomial a partir da invenção de novos dispositivos e tecnologias de cuidado, substituindo a clínica fechada por instrumentos abertos [...] de natureza comunitária, que garantiriam a desinstitucionalização”. Mesmo assim, na hipermodernidade, como visto anteriormente, ainda existe e é propagado um cuidado, à saúde mental, numa perspectiva individualizante. Embora a desinstitucionalização psiquiátrica, defendida pela Reforma Psiquiátrica Contemporânea, se posicione subversivamente a situação científica esclerótica da psiquiatria clássica (LIMA, 2010), observa-se, na contemporaneidade, a existência de produções de cuidados que ainda dispensam o olhar da Psicologia Social Crítica, perpetuando o ideal de cuidado antropocêntrico e segregacionista.

Contudo, as conquistas advindas das Reformas Psiquiátricas trouxeram, além de visibilidade maior para o campo da saúde mental e para o usuário em sofrimento psíquico, uma nova perspectiva para atuação do psicólogo no setor público, convocando, então, segundo Lima (2010), a psicologia para se posicionar politicamente a favor da emancipação do sujeito, compreendendo o cuidado em saúde mental como um âmbito que perpassa o paliativo individualizante, percebendo esse sujeito como construto de uma historicidade que vai além de suas patologias ou limitações psíquicas.

INDICADORES DA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO

Compreendendo a colonização, o capitalismo e as Reformas Psiquiátricas como indicadores que influenciaram o desenvolvimento da psicologia no Brasil e os ~~nes~~ campos de atuação do psicólogo brasileiro, é possível afirmar a necessidade da reflexão acerca da formação dos profissionais psicólogos.

Assim como em muitas profissões, a psicologia, conforme Dimenstein (2000) trata, inicialmente, não era acessível a todas as classes sociais, nem a sua formação e nem seu fazer clínico privado, que excluía a população pobre de ter acesso. Realidade essa que não se alterou tanto no decorrer do tempo, já que ainda é considerado um curso elitista e poucos pacientes conseguem ser inseridos no modelo clínico.

Visando a aspiração ao ideal liberal, relacionado ao sistema capitalista, grande parte de estudantes dos cursos de psicologia ainda compreende sua atuação voltada para a classe média urbana, obtendo, segundo Dimenstein (2000), em sua formação teórica, anseios voltados ao modelo de atendimento individual tradicional, no ambiente clínico. Essa imagem, ainda de acordo com Dimenstein (2000), potencializa o estereótipo da psicologia elitista, que seria uma profissão voltada apenas para uma parcela da sociedade, tornando essa atuação a mais conhecida e valorizada tanto pelos profissionais quanto pelo público leigo. Dessa forma, essa imagem

associada a psicologia torna a atuação do psicólogo, em outras áreas, como no campo da saúde pública, embora de grande relevância, demasiadamente desvalorizada.

É preciso entender uma variável fundante sobre as diferenças de atuação da psicologia em âmbito privado e público, que é a quem é destinado esse serviço. Segundo Dimenstein (2000), as demandas e funções são bem distintas, já que na primeira – clínica privada – o público, de maneira geral, pertence a classes que possuem um poder aquisitivo alto, podendo pagar pelo serviço. Nessa modalidade, a procura, em muitos casos, parte do próprio indivíduo e a atuação do psicólogo se dá de forma individual, ou grupal. Já na rede pública, a forma de acesso, o usuário e as demandas são diferentes da clínica. Nessa última modalidade grande parte tem acesso ao serviço por encaminhamentos através da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, e a atuação do psicólogo é ampla e não individualista, possibilitando uma visão mais abrangente das demandas trazidas, compreendendo o sujeito também em seus atravessamentos sociais.

Segundo Dimenstein (2000, p.107), “quando o psicólogo passa a trabalhar nas instituições públicas de saúde, ele se depara com uma clientela e com um tipo de demanda que difere substancialmente das que ele atende na clínica privada”. Os clientes, antes participantes da classe média urbana, passam a serem compostos pelo público de baixa renda e assim, o profissional que teve sua formação direcionada a demandas patologizantes e individualistas, terão grandes dificuldades no manejo de demandas que têm como palco a vulnerabilidade social.

Paralelamente, enxerga-se a “tecnificação” do ensino superior, caracterizando-se no interesse que as universidades têm em regular a educação e o currículo acadêmico aos parâmetros que sustentam as relações de mercado, o que é compreendido como prejudicial à formação do psicólogo na medida em que se produzirá um profissional voltado a atender interesses mercadológicos em detrimento as realidades subjetivas dos sujeitos e as necessidades apresentadas pelos contextos sociais. Sobre essa visão mercadológica da universidade, Chauí (2001) destaca que o seu papel, hoje, se dá por meio da fragilização e limitação do conhecimento e do pensamento crítico, o que corrobora para a perpetuação de um fazer profissional idealista, não havendo a compreensão da importância dos pressupostos que vão além dos interesses econômicos, os quais estão ligados diretamente ao sujeito e sua história, bem como com a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa e da escrita do trabalho, resultou-se que de acordo a Resolução N° 569, De 8 De Dezembro De 2017, do Conselho Nacional de Saúde, a formação em saúde deve se comprometer em superar causas de adoecimentos do sujeito e da população em geral, como a superação das iniquidades. Para isso, faz-se necessário, conforme a Resolução supracitada, que os futuros profissionais estejam aptos à implementação de estratégias voltadas a promoção da saúde, como também da educação e desenvolvimento comunitário, se comprometendo com a dignidade humana e em defesa da democracia e dos direitos humanos

Para tanto, alguns desdobramentos fazem-se necessários. Entre eles, mudanças na grade curricular de muitos cursos, acrescentando disciplinas e temáticas que objetivem discutir, compreender e produzir intervenções voltadas às demandas advindas da população brasileira em sua diversidade; que busquem compreender o campo de atuação do psicólogo em saúde pública, valorizando a historicidade brasileira, suas estruturas sociais, o percurso da psicologia no Brasil e seus atravessamentos. Dessa forma, compreende-se que dentro desta proposta existe a possibilidade de viabilizar uma formação instigadora da produção de compreensão crítica, tangente aos contextos sociais nos quais se darão as práticas do psicólogo, bem como das atribuições da sua atuação como contribuinte à redução de iniquidades sociais no contexto da saúde pública, corroborando com as perspectivas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, como também com as diretrizes do SUS que orientam práticas contextualizadas em saúde.

De encontro a isso, na psicologia, faz-se necessária a (re)construção de um fazer profissional que rompa com tais paradigmas mercadológicos e individualistas, oferecendo, assim, uma atuação que proporcione transformações sociais e valorização da classe, começando dentro das universidades, que carregam o papel contribuinte para uma formação crítica, inserindo no mercado de trabalho egressos qualificados para atuar em inúmeros campos profissionais, sendo assim um agente transformador e contribuinte na Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Maria Aparecida Ferreira de. Psicologia aplicada à administração: uma introdução à psicologia organizacional. São Paulo: Atlas, 1991.
- AMARANTE, Paulo. Duarte de Carvalho; ROTELLI, Franco. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Amarante, Paulo; Bezerra Jr., Benilton.. (Org.). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. 1ed.Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, v. Único, p. 41-55.
- BOCK, Ana Mercês Bahia. Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia. São Paulo: Saraiva, 2002.
- CAFÉ, Laércio de Jesus. Da higienização à loucura - uma perspectiva do processo higienizador "disciplinador" .2017.
- CAMBAÚVA, Lenita Gama; SILVA, Lúcia Cecília; FERREIRA Walterlice. Reflexões sobre o estudo da psicologia. In: Estudos de Psicologia. Maringá.1998.
- CANO, Wilson. Soberania e Política Econômica na América Latina. 1. ed. São Paulo: UNESP, 2000.
- CHAUÍ, Escritos sobre a universidade, São Paulo: Ed. Unesp, 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Como a psicologia pode contribuir para o avanço do SUS. 2011.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em 02 de junho de 2020.
- DIMENSTEIN, Magda. A Cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. Estudos de Psicologia, (2000).
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir - História das violências nas prisões**, Tradução de Raquel Ramallete, 13 ed., Vozes, Petrópolis, 1996.
- FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Manicônios, Prisões e Conventos**, São Paulo, Perspectiva, 1974.

LACERDA, A. C. et. al. *Economia Brasileira*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

LANE, Silvia Tatiana Maurer (1984). A Psicologia social e uma nova concepção de homem para a "Psicologia". In S. T. M. Lane, & W. Codo (Orgs.), *Psicologia social: o homem em movimento* (pp. 10-19). São Paulo: Brasiliense.

LIMA, A. F.. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da Psicologia Social Crítica. *Revista Salud & Sociedad*, v. 1, p. 165-177, 2010.

MONASTERIO, Leonardo; EHRL, Philipp. Colônias De Povoamento Versus Colônias De Exploração: De Heerena Acemoglu. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2015. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5320/1/td_2119.pdf>. Acesso em: 30/5/2020.

PIRES, Ana Cláudia Tolentino; BRAGA, Tânia Moron Saes. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto , v. 17, n. 1, p. 151-162, 2009 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19/07/2020.

POCHMANN, Marcio. Estado e capitalismo no brasil: a inflexão atual no padrão das políticas públicas do ciclo político da nova república. *Educação & Sociedad*, v. 38, p. 309-330, 2017.

SENA e SILVA, Maria de Fátima; BRAZ DE AQUINO, Cássio Adriano. (orgs). *Psicologia social: desdobramentos e aplicações*. São Paulo: Escrituras Editora, 2004.

STOCKINGER, Rui Carlos. *Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas humanistas e existenciais*. 1ª edição. Petrópolis. Editora Vozes.2007.

ZANELLI, José Carlos e BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. Inserção Profissional do Psicólogo em organizações e no trabalho. In ZANELLI, José Carlos; ANDRADE, Jairo Eduardo Borges; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt (Org.) *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

ZANELLI; Jairo Eduardo Borges-Andrade; Antonio Virgílio Bittencourt Bastos. (Org.). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. 2ed.Porto Alegre: ARTMED Editora, 2014, v. 1, p. 549-582.

Capítulo 2

A TERRITORIALIZAÇÃO COMO POTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE TERRITORIALIZATION AS A POWER IN PRIMARY HEALTH CARE: AN EXPERIENCE REPORT

Nathalia Ingrid dos Santos Silva¹
Géssica Silva de Oliveira²
Dalvânia de Moura Santos³
Jaslene Carlos da Silva⁴
Luana Gabriela dos Santos Calado⁵
Vlaybson Valdir de Freitas Lima⁶
Roberta Amorim da Silva⁷

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência dos Residentes do Programa de Atenção Básica e Saúde da Família da cidade de Jaboatão dos Guararapes-PE no processo de territorialização. A territorialização foi utilizada como principal ferramenta de potência no reconhecimento do espaço-território e dos seus determinantes sociais de saúde e constitui-se como um grande avanço no contexto da Atenção Primária em Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo. A participação dos residentes nesse processo foi de extrema relevância, uma vez que suscitou um movimento de impulso e articulação entre residentes, equipe Saúde da Família e a comunidade. Verificou-se por meio da territorialização a situação de saúde do território, permitindo um olhar ampliado para desafios como as barreiras de acesso e a falta de dispositivos que aguce a potência da população. Por fim, enfatiza-se a importância da territorialização e da inserção das Residências Multiprofissionais como avanços na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-Chave: Território sociocultural; Promoção da saúde; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: This study aims to report the experience of students of the Family Basic Care and Health Program of the city of Jaboatão dos Guararapes - PE in the process of territorialization. Territorialization was used as the main power tool on the recognition of space-territory and its social determinants of health and is a great advance in the context of Primary Health Care. It is a qualitative study, of descriptive character. The participation of residents in this process was of extreme relevance, since it gave rise to a movement of impulse and articulation among students, Family Health team and the community. The territory's health situation was verified through territorialization, allowing a broader view of challenges such as access barriers and the lack of devices to stimulate the population's power. Finally, the importance of territorialization and the insertion of Multiprofessional Residences are emphasized like advances in Primary Health Care.

Keywords: Sociocultural Territory; Health promotion; Family Health Strategy; Unified Health System; Primary Health Care.

Introdução

Um importante avanço para Atenção Primária no Brasil, além da consolidação desta Política, foi a firmação da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto intervenção prioritária de

¹ Terapeuta Ocupacional do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes (PRMABSFJG), Especialista em Saúde Pública e Especialista em Transtorno do Espectro Autista e Transtornos Globais do Desenvolvimento, e-mail: nathy.ithamar@gmail.com.

² Psicóloga do PRMABSFJG, e-mail: gessica.gso.oliveira@gmail.com.

³ Fisioterapeuta do PRMABSFJG, Especialista em Fisioterapia Neurofuncional, e-mail: dalvaniasantos15@gmail.com.

⁴ Coordenadora do PRMABSF JG; Mestre em Saúde Pública pela FIOCRUZ-PE; Especialista em Saúde da Família modalidade residência pela UPE. e-mail: jaslenecarlos@gmail.com.

⁵ Fonoaudióloga do PRMABSFJG, e-mail: luanagscalado@gmail.com.

⁶ Profissional de Educação Física do PRMABSFJG, e-mail: vlaybson.vfl@gmail.com.

⁷ Sanitarista do PRMABSFJG, e-mail: robertamorim00@gmail.com.

cuidado. De um programa à Estratégia, esta desenvolveu-se gradativamente e independente de algumas fragilidades, pode-se dizer que é um exemplo com os seus princípios de sucesso e magnitude (MACINKO; HARRIS, 2015).

A ESF desenvolve ações a partir de uma equipe multidisciplinar, em território geograficamente definido (umas das características mais marcantes desse tipo de atuação). Com essa definição geográfica, fica bem mais fácil fortalecer os princípios da Atenção Primária que são: universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (MACINKO; HARRIS, 2015; MURRAY; FRENK, 2000).

O conceito de territorialização aqui abordado nos remete a inseparabilidade da dimensão social e política do território enquanto *locus* privilegiado das relações de poder (SANTOS, 2006). Dentro desse escopo, Monken e Barcellos (2005) trazem que o trabalho em saúde não deve ser pautado em uma questão específica, sem levar em conta as ações e práticas de saúde dentro de um contexto, uma vez que, a produção dos espaços das cidades e a urbanização, sobretudo nos países mais pobres, tiveram um impacto negativo sobre as condições de saúde das populações.

Segundo estes autores, o “território em uso” adquire características próprias que, embora expressem reproduções sociais de uma esfera macro, manifestam-se de modo singular dentro de cada espaço. Compreende-se assim, que a territorialização como instrumento de reorganização e análise deve caminhar para além de um conceito sem operacionalização e avaliar as relações objetivas e subjetivas envolvidas no processo saúde-doença (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Para Santos (1994; apud Tonucci-filho, 2013) não é o território em si que faz dele uma categoria de análise social, mas o seu uso. Assim sendo, a integração entre a noção de território em uso/construção e a Estratégia Saúde da Família (ESF), faz-se de extrema importância para a transição de um modelo biomédico-hospitalocêntrico a um modelo ampliado de saúde, visto que falamos de uma estratégia inserida em um contexto social que expressa modos singulares de produção de vida.

Para delimitar a área de atuação das equipes, destaca-se a importância da territorialização, processo realizado por todos os membros da equipe e uma ferramenta para se trabalhar nos cursos de pós-graduação, principalmente os de modalidade residência. A grande maioria dos programas de residência com campo de atuação na saúde da família, trazem em sua matriz curricular esta disciplina obrigatória, fundamental para formação de residentes nesta área.

No loteamento Cristo Redentor, território de atuação dos residentes do programa de Jaboaão dos Guararapes, foi a partir da territorialização realizada por estes profissionais, que os mesmos puderam “subir nos telhados das casas” e ver o que se passava nas tramas sociais desse lugar. Fato este que se constitui como o ponto de maior relevância deste estudo, pois nos permite pensar estratégias futuras de cuidado de forma coparticipativa e ampliada.

Portanto, este trabalho objetiva relatar a experiência do processo de territorialização realizado por residentes em uma comunidade de Jaboaão dos Guararapes. Trazendo esclarecimentos e contribuições elevadas, tanto do ponto de vista teórico, como prático. Na

compreensão teórica, ajudará o leitor a fazer uma análise mais precisa e clara da conjuntura em apreço; no enfoque prático, garante o desvelar de uma nova realidade que, embora única na sua singularidade, exprime fenômenos características da saúde pública no Brasil.

Desenvolvimento

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo de cunho qualitativo e enfoque descritivo, do tipo relato de experiência, acerca do processo de territorialização da comunidade do Cristo Redentor no município do Jaboatão dos Guararapes, realizado pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes, da Regional III de saúde.

A Unidade de Saúde da Família Cristo Redentor é composta por uma equipe mínima de saúde, a qual compreende os seguintes profissionais: uma enfermeira, uma dentista, um médico, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista e cinco agentes comunitárias de saúde (ACS). A equipe de residentes que participou do processo de territorialização é composta por 10 profissionais de nível superior, das áreas: educação física, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e saúde coletiva.

O período de realização do trabalho foi de março a junho de 2019. Ao longo deste período foram realizadas visitas no território com as seguintes finalidades: mapeamento da área de cobertura da unidade de saúde, a partir de observações feitas com o acompanhamento dos ACS, com o intuito de conhecer os aspectos culturais, econômicos e sociais e os dispositivos que constituem aquele espaço. Foi pactuado um cronograma de atividades entre os residentes e estes profissionais, com divisão por microáreas.

Diante da imersão no território, utilizou-se o diário de campo como instrumento de registro das observações.

As informações aqui apresentadas estão observadas pelos preceitos éticos previstos na Resolução 510/2016, obedecendo ao objetivo de aprofundar conhecimentos teóricos de situações que ocorreram de forma espontânea e contingencial na prática profissional.

Resultados e Discussões

Em meio ao agregamento de observações, é possível uma visualização ampla da situação de saúde no território em reconhecimento, partindo-se do olhar estranho de quem acaba de chegar ao encontro de uma imersão vivencial e experiencial no cotidiano e o emaranhado de atravessamentos sociais, políticos, históricos, ambientais, econômicos e culturais presentes na concretude da vida diária.

O processo de territorialização propiciou aos residentes um movimento de abertura e aproximação com a comunidade, ampliando a visão sobre o perfil epidemiológico e sua relação com o processo de trabalho na Atenção Primária.

O conjunto de elementos trazidos coloca em pauta os princípios do SUS e da Atenção Primária, repercutindo em reflexões diversas sobre a oferta de cuidado dos serviços e as práticas produzidas pelas pessoas que compõem a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

3.1 Residência multiprofissional em saúde: atuação e protagonismo no contexto da Atenção Primária

A formação de profissionais para atuar no SUS está previsto desde a sua criação e consolidação, com a lei 8080/90. Um dos objetivos deste sistema é a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, sendo um destaque para os avanços nesta formação, a regulamentação dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, com a Lei nº 11.129/2005 (SILVA; CAPAZ, 2013).

As Residências Multiprofissionais em Saúde, em articulação com algumas Políticas do SUS, como a de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), apontam para um direcionamento interdisciplinar na articulação de diversos saberes e profissionais que caminham juntos para a integralidade das ações de saúde, além de realizar a integração entre ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2018; SILVA; CAPAZ, 2013).

Apesar de um financiamento regular para pagamento dos profissionais que realizam essa formação em dedicação exclusiva, as residências multiprofissionais ainda não possuem uma Política Nacional específica (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012). Tal fato faz com que os diversos programas do Brasil, sofram com a precarização devido a ausência de investimento específico, prejudicando consequentemente a formação destes profissionais.

No contexto da Atenção Primária, a Residência Multiprofissional permite ao residente a capacidade de analisar o cenário político-institucional em que o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família ocorre, bem como o reconhecimento do planejamento e o desenvolvimento de estratégias para ações de saúde que visem a diversidade cultural existente na comunidade (BRASIL, 2006).

Neste estudo, a experiência relatada diz respeito ao processo de territorialização como instrumento de reconhecimento do território para planejamento e organização do processo de trabalho. Essa ferramenta orienta-nos para as ações de promoção de saúde, voltadas para ações coletivas e intersetoriais, uma vez que funciona como mediadora na relação dos profissionais com as condições reais em que ocorre a construção e reprodução de práticas culturais, sociais e econômicas na produção de saúde e doença (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A necessidade de se realizar o processo de territorialização se deu exatamente no momento de contato inicial dos residentes com a Unidade de Saúde da Família e seu território - momento propício para se conhecer a realidade de atuação e para a construção de vínculo com a

população e a equipe Saúde da Família (eSF) - contribuindo para um planejamento mais realista das ações com base nas necessidades do território (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

A participação dos residentes no processo de territorialização foi de grande relevância para impulsionar a participação da própria equipe nessa atividade - sobretudo, com a imensa colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde - visto que, muitas vezes encontramos nesses serviços, processos de trabalhos enrijecidos pela burocratização e condições de trabalho inadequadas, que desvalorizam a atuação profissional e não incentivam as reinvenções tão necessárias no campo da saúde pública e coletiva (LIMA et al, 2014).

A inserção dos residentes na comunidade no processo de territorialização, assim como na relação com a equipe da unidade de saúde é de fundamental importância na criação e manutenção de afetos e compromisso entre os usuários e equipe nos serviços ao longo do tempo, fortalecendo a longitudinalidade, além de promover a abordagem das questões sociais e de saúde, buscando uma solução com o próprio indivíduo, considerando o ambiente e suas interações com o meio em que vive. Esses aspectos do fazer profissional da equipe multiprofissional de residentes, leva a mudanças benéficas em curto e longo prazo (GADELHA; BARRETO, 2018).

3.2 A territorialização e sua potência no reconhecimento do território de atuação da Atenção Primária

A territorialização é um dos pressupostos primordiais na organização do processo de trabalho das diversas práticas de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Enfatiza-se que essas práticas acontecem em um espaço previamente determinado, sem, contudo, ser estático (SANTOS, 2006).

Monken e Barcellos (2005) apontam ainda para a negligência com o conceito de espaço, o qual, muitas vezes, é utilizado de modo burocratizado e administrativo sem levar em conta o seu potencial para identificação de variáveis que indicam os problemas de saúde e permite propor intervenções.

Deve-se salientar que os serviços que garantem acesso à saúde para a população estão dispostos no território e, por isso, precisam estar bem dispostos e em situações dignas para a garantia de direitos dos usuários. Desse modo, o território é a condição fundamental para o acesso e, conseqüentemente, a condição essencial para garantir os princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade (FARIA, 2012).

O processo de territorialização proposto como forma de organização do sistema de saúde local, pode ser entendido como o processo de criação e definição de territórios que as unidades de atenção primária à saúde irão atuar (FARIA, 2013). A territorialização é o ponto de partida para a identificação de problemas de saúde nos territórios de atuação da Atenção Primária. Para Teixeira, Paim e Vilasbôas (2000), através dela, faz-se o reconhecimento e o esquadramento do território, a partir da dialética de relações entre condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde.

A territorialização é apresentada como componente integrante do tripé operacional da vigilância em saúde, junto com: as práticas e os problemas sanitários. Desse modo, pode ser considerada como uma das ferramentas básicas para alcançar o planejamento estratégico situacional (ROMO, 1993).

O Planejamento Estratégico Situacional é processado e consolidado através de informações obtidas no processo de territorialização, sobre a situação de saúde e condições de vida das pessoas de determinado território. Através da territorialização é possível analisar os principais elementos e relações existentes em uma população, identificar situações-problemas e necessidades em saúde de um território específico, conhecer as principais vulnerabilidades, populações expostas e selecionar os problemas prioritários para as futuras intervenções (GONDIM, 2008).

Nessa perspectiva, pode-se sem vias de dúvidas, evidenciar o ganho e avanço da Atenção Primária a partir desse potente instrumento que é a territorialização, bem como, com a inserção das Residências Multiprofissionais nesse contexto, tendo em vista modos diversos e amplificadores da realidade e de novas formas de produzir saúde nesse nível de atenção.

3.3 Do estranhamento ao pertencimento: refletindo a experiência*

Nas andanças pelas microáreas, foi possível observar que o território sofre a carência de elementos que condicionem as potencialidades necessárias e que garantam lazer, acesso e acessibilidade aos bairros vizinhos e seus dispositivos sociais, bem como, a grupos e serviços que possibilitem melhor qualidade de vida à população. Ao passo que houve uma expansão no aumento das moradias, população e comércios, o aumento da violência também cresceu proporcionalmente.

Monken e Barcellos (2005) apontam que os elementos geográficos de relevância para a vigilância em saúde são: a infraestrutura de ocupação do lugar (ruas, sistemas de água/esgoto, depósitos de lixo, novas instalações e invasões), como também, condições ecológicas e geomorfológicas. Assim, pode-se perceber que os determinantes culturais, ambientais, econômicos e sociais, embora não atribuídos diretamente ao contexto do processo saúde-doença, interferem diretamente neste e são vocalizados (PERES et al, 2005).

Ficou perceptível a relação de pertencimento ao território advindas dos comunitários. Muitas vezes é a única opção que possuem para morar, e em contraponto, também é notável o sentimento de afeto por esse espaço. Segundo Silva (2013) este processo que se mostra contraditório a um olhar superficial, é na verdade a elaboração e reelaboração constante dos significados, sentidos e valores atribuídos a um espaço, e passam a constituir a sua identidade e pertencimento.

Diante da presença de comunitários que viviam ali há mais de 10 anos, foi possível constatar a existência de seus dissabores e também de suas alegrias, diante do local de moradia. Uma parte da população ali chegou em movimento de ocupação do espaço, evidenciando uma realidade fortemente vivenciada no Brasil.

Segundo Boulos (2018), a falta de moradia é um dos problemas mais sérios em nosso país, o que gera a necessidade de ocupações pelas pessoas que não possuem condições de habitação. Este autor pontua que junto com essas ocupações muitas vezes inadequadas, vêm outras problemáticas, como: o adensamento excessivo populacional em uma única moradia, e a falta de serviços básicos a uma moradia decente - luz elétrica, água encanada, esgoto e coleta de lixo.

As ocupações são um retorno da população carente ao represamento dos recursos para o desemprego e moradia popular, resultados de uma política de retrocessos econômico-sociais sem antecedentes, neste ângulo, faz-se imprescindível compreender que a ocupação não interfere somente na geografia e paisagem do território, mas nas condições de vida da população (BOULOS, 2018).

Evidencia-se a preocupação e a insatisfação da população em relação a atual condição de saúde - na época - denunciando as diversas lacunas apresentadas na conjuntura local. A grande espera pela reforma da Unidade de Saúde da Família foi notada como a angústia mais expressiva dos moradores, haja vista que há seis meses a unidade estava lotada em outro bairro, exigindo que os usuários se deslocassem do território para o bairro vizinho.

Travassos e Martins (2004) baseados no conceito de Acessibilidade de Donabedian (1973), destacam a acessibilidade na dimensão geográfica e na dimensão sócio-organizacional. A primeira dimensão se refere à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo custos da viagem. A segunda dimensão fala das características de oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas nos serviços.

Com base nesse pressuposto, compreende-se que o fluxo dos usuários para ter acesso aos serviços básicos de saúde se encontra comprometido. Na medida em que não há acessibilidade, priva-se a população de uma linha de cuidado integral e, conseqüentemente, da posse dos seus direitos sociais, prejudicando a resolutividade dos problemas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Foi possível perceber também, que a falta de profissionais suficientes para atender a demanda se coloca como uma preocupação da população, reforçando as barreiras de acesso aos usuários, comprometendo o tempo para se conseguir atendimento e a qualidade do serviço ofertado, atingindo tanto o usuário que precisa de cuidado quanto os profissionais que se encontram sobrecarregados (LIMA et al, 2014). Dessa forma, ouvia-se por onde se passava, quase em um grito de súplica, a necessidade de que os serviços possam melhorar.

A insatisfação dos usuários coloca em evidência o quanto os serviços de saúde nessa área precisam ser aguçados, sobretudo que a atenção dos trabalhadores e gestão para com a população se faça mais efetiva. Medeiros et. al (2010), inclui que o usuário, ao buscar a unidade básica de saúde, espera que os profissionais, tanto de forma individual, como de maneira multidisciplinar, possam ser capazes de dar resolução a sua problemática e que o conjunto de ações em saúde venha lhe trazer uma série de benefícios e melhorias, bem como, que essas ações tenham efetividade e tragam satisfação aos usuários.

Além disso, entende-se que a eficácia dos programas de saúde depende, de boa gestão territorial. Para Milton Santos (2002), essa gestão precisa garantir o acesso aos bens e serviços básicos para uma boa qualidade de vida; por meio de ações integradas (educação, lazer, cultura, segurança, saúde), ressaltando a importância de ações intersetoriais e a cogestão do processo saúde-doença para que se possa garantir a efetividade das ações de saúde e a melhoria na qualidade do cuidado ofertado.

Conclusão

Viver a experiência da territorialização, conhecendo diretamente o território e os usuários que muitas vezes são colocados à margem das decisões sobre ações que interferem diretamente nos próprios processos existenciais, assegura e reforça a concepção de que não existe a construção de uma rede e a consolidação de um sistema de saúde público sem a participação popular. Compreende-se ainda a impossibilidade de um diagnóstico de saúde local sem conhecer àqueles que de fato compõem este espaço.

Conhecer a história do território e o modo como a população se apropria dele, igualmente a forma como enxergam o processo saúde-doença e os percursos que utilizam em busca de cuidado - dos dispositivos formais aos informais - nos dá subsídios para pensar e planejar ações que se voltem para a real necessidade desses sujeitos e para a efetivação da Estratégia de Saúde da Família como mola propulsora da Atenção Primária à Saúde.

Vivenciar esse processo no próprio território, nos levou a reconhecer as súplicas por melhorias nos serviços de saúde, o que nos direciona à insatisfação da população e à certeza da falência das práticas que não enxergam a integralidade e a singularidade dos indivíduos, impondo a exigência de uma transição paradigmática e a articulação de estratégias intersetoriais que mobilizem os dispositivos e ferramentas disponíveis dentro e fora do território.

Constata-se a presença de barreiras de acesso que vão desde a dificuldade de chegar até a Unidade de Saúde da Família até falta de profissionais suficientes para atender a demanda local. Este último ponto, coloca-nos a reflexão sobre o próprio processo de trabalho da equipe, partindo-se da sobrecarga concreta que assola a realidade da saúde brasileira a práticas ambulatoriais que não contribuem para a organização da oferta de serviços.

Pensar nos determinantes sociais da saúde e no quanto todos esses fatores (educação, lazer, saneamento básico, transporte, segurança, alimentação, moradia, entre outros) interferem na condição de saúde da população e muitas vezes se colocam com barreiras de acesso aos serviços e garantia dos direitos básicos dos usuários, apontam a necessidade de que é de derrubar essas barreiras para a consolidação de um SUS equânime, integral e universal.

Assim, evidencia-se os inúmeros desafios que cerca a Atenção Primária como as barreiras de acesso, desigualdades sociais, a burocratização e desvalorização dos profissionais e trabalhadores, entre tantas outras. Contudo, por outro lado, seguimos nos agarrando aos avanços que já foram alcançados como a potente atuação das Residências Multiprofissionais e a utilização

do processo de territorialização enquanto instrumento de reconhecimento do território e organização do processo de trabalho.

Referências

BOULOS, Guilherme. **Por que ocupamos? uma introdução à luta dos sem-teto**. Editora Autonomia Literária LTDA-ME, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES/DEGES. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 18 de Jun de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 18 de Jun de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf>. Acesso em: 17 de jul de 2020.

DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 1221-1232, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2015.v19n55/1221-1232/pt/>>. Acesso em: 02 de jul de 2020.

FARIA, Rivaldo Mauro. A TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DE UMA PERSPECTIVA DE ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS AOS PERFIS DO TERRITÓRIO URBANO. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n. 16, p. 121-130, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>>. Acesso em: 13 de jul de 2020.

FARIA, Rivaldo Mauro de et al. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectiva de adequação ao perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG**. 2012.

GADELHA, Ana Karina de Sousa; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. Residência integrada em Saúde: percepção dos atores da ênfase em Saúde da Família e Comunidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1339-1351, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000501339&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 de jul de 2020.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255, 2008. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/o_territorio_da_saude_a_organizacao.pdf>. Acesso em: 15 de jul de 2020.

LIMA, Letícia de et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014.

LOBATO, Carolina Pereira; MELCHIOR, Regina; BADUY, Rossana Staeve. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1273-1291, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2012.v22n4/1273-1291/>>. Acesso em: 17 de jul de 2020.

MEDEIROS, Flávia A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de Salud Pública**, v. 12, p. 402-413, 2010. Disponível em: <www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>. Acesso em: 18 de Jun de 2020.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277712679_Brazil's_Family_Health_Strategy_-_Delivering_Community-Based_Primary_Care_in_a_Universal_Health_System>. Acesso em: 19 de Jul de 2020.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=es>. Acesso em: 18 de Jun de 2020.

MURRAY, Christopher J.L.; FRENK, Júlio. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*. 2000; 78(6):717-31. Disponível em: <[https://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)717.pdf?ua=1](https://www.who.int/bulletin/archives/78(6)717.pdf?ua=1)>. Acesso em: 19 de Jul de 2020.

PERES, Fabio de Faria et al. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 757-769, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300032&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 18 de Jun de 2020.

ROMO, Carlos Matus. **Política, planejamento & governo**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

SANTOS, M. O retorno do território. In: Santos, M.; SOUZA, M. A. A. de; SILVEIRA, M. L.; (orgs.). **Território: globalização e fragmentação**. São Paulo: HUCITEC, Anpur: 1994 apud TONUCCI FILHO, João Bosco Moura. Espaço e território: um debate em torno de conceitos-chave para a geografia crítica. **Revista Espinhaço| UFVJM**, v. 2, n. 1, p. 41-51, 2013. Disponível em: <<http://www.revistaespinhaco.com/index.php/journal/article/view/16>>. Acesso em: 18 de Jun de 2020.

SANTOS, Milton. O retorno do território. **Território: globalização e fragmentação**, 2002.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. - (Coleção Milton Santos; 1)

SILVA, Letícia Batista; CAPAZ, Raphael. Preceptoría: uma Interface entre Educação e Saúde no SUS. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana, organizadoras. Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: **Papel Social**; 2013. p. 201-215.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Fundamentos da vigilância sanitária**, p. 49-60, 2000. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=pFNtAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA49&dq=SUS,+modelos+assistenciais+e+vigil%C3%A2ncia+da+sa%C3%BAde.+Fundamentos+da+vigil%C3%A2ncia+sanit%C3%A1ria&ots=f9OxAdWzNB&sig=LI_Fak2WyFDE-ghIxKpOqM7x4AY#v=onepage&q=SUS%2C%20modelos%20assistenciais%20e%20vigil%C3%A2ncia%20da%20sa%C3%BAde.%20Fundamentos%20da%20vigil%C3%A2ncia%20sanit%C3%A1ria&f=false>. Acesso em: 18 Jun. 2020.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

Capítulo 3

A UTILIZAÇÃO DA TELEMEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Elias Silveira de Brito¹
Gabriel Vidal de Vasconcelos²
Jailma de Araújo Freire³
Joana Amaral Acioly⁴
Matheus Correia Lacerda⁵
Rafael Alves Bezerra Santos⁶
Janaína Rocha de Sousa Almeida⁷

RESUMO: O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa sobre a utilização da telemedicina na Atenção Primária à Saúde. Para a elaboração da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO, trabalhando-se com as palavras-chave Telemedicina e Atenção Primária à Saúde. Três revisores analisaram os dados utilizando o instrumento RAYyan QCRI, considerando elegíveis 50 artigos. Por fim, foram incluídos, para análise final, apenas os estudos realizados no Brasil (n=15). Diante disso, concluiu-se que a telemedicina representa uma forma de ampliar a rede de cuidados ao paciente pela facilidade de acesso, permitindo, assim, uma abordagem interdisciplinar, principalmente, quando utilizada na APS; contudo, torna-se importante a realização de novas pesquisas com o objetivo de se compreender as particularidades a respeito da utilização da telemedicina nas principais regiões geográficas do Brasil.

Palavras-chave: Telemedicina. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: The aim of this study was to carry out an integrative review on the use of telemedicine in Primary Health Care. To elaborate the research question, use the PICO strategy was used, work with the keywords Telemedicine and Primary Health Care. Three reviewers analyzed the data using the RAYyan QCRI instrument, considering 50 articles eligible. Finally, only studies carried out in Brazil were included for final analysis (n = 15). In view of this, it was concluded that telemedicine represents a way to expand the patient's care network due to its easy access, thus allowing an interdisciplinary approach, especially when used in PHC; however, it is important to carry out new research in order to understand as particularities the respect for the use of telemedicine in the main geographic regions of Brazil.

Keywords: Telemedicine. Primary Health Care. Unified Health System.

Introdução

Um dos marcos iniciais da reestruturação dos modelos de cuidado deu-se na Inglaterra, com a publicação do Relatório Dawson, em 1920, que propunha um novo arranjo de acordo com a estratificação em níveis de complexidade de atendimento. No Brasil, esse processo de organização tem início com a Constituição Federal de 1988, sendo fortalecida pela Lei Orgânica da Saúde (8.080), em 1990, fomentada, posteriormente, pelo Plano Nacional de Atenção Básica - 2006 (PNAB). Destaca-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), possuindo papel extremamente relevante na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

¹ Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: elias.sdbrito@gmail.com.

² Graduando em medicina pela Centro Universitário Christus. E-mail: gabrielvidal17@gmail.com.

³ Graduando em medicina pela Centro Universitário Christus. E-mail: jailma.afreire@gmail.com.

⁴ Graduando em medicina pela Centro Universitário Christus. E-mail: aciolyjoana@gmail.com.

⁵ Graduando em medicina pela Centro Universitário Christus. E-mail: matheuscorreial@hotmail.com.

⁶ Graduado em medicina pela Centro Universitário Christus. E-mail: rafaelbezerra_@hotmail.com.

⁷ Cirurgiã-dentista Doutora em Clínica Odontológica. Professora do Centro Universitário Christus. E-mail: janaina.almeida@unichristus.edu.br.

A PNAB estabelece a universalidade, a equidade e a integralidade como princípios norteadores, objetivando assegurar assistência integral ao serviço para todos. Desse modo, a APS é o primeiro nível de atenção em saúde, ou seja, abrange tanto a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, quanto a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Porém, segundo dados do Ministério da Saúde, a APS garante cobertura a 76,5% da população, número aquém do preconizado, demonstrando, dessa forma, que há entraves para a plena funcionalidade do modelo de forma desejada (PORTELA, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizando a revisão de um modelo que permite a compreensão dos obstáculos que impedem a cobertura efetiva e desejada de um sistema de saúde, demonstra que intervenções digitais em saúde teriam o potencial para preencher essas lacunas e déficits, e, portanto, garantir melhoria na qualidade e na acessibilidade à cobertura dos sistemas de saúde pelo mundo. Entre algumas dessas estratégias digitais, a telemedicina possui papel relevante e crescente (OMS, 2019).

Um dos primeiros registros dessa prática dá-se em 1935, na Itália, com o uso da International Radio Medical Centre (CIRM) a fim de prover atendimento médico a tripulantes de embarcações em alto mar. No Brasil, o pioneirismo na área iniciou-se em 1994, com as operações da TELECARDIO, empresa privada que ofertava realização remota de eletrocardiogramas, e da InterClínicas, com seu serviço telefônico de aconselhamento de pacientes. Ressalta-se que, com o desenvolvimento de novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), esse modelo assistencial obteve inúmeros avanços, destacando-se que, em 1998, a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS) foi criada e, em 1999, o Hospital Sírio Libanês iniciou um dos primeiros projetos de tele-educação e de segunda opinião formativa (MALDONADO, 2016).

A telemedicina, definida pelo Conselho Federal de Medicina como o “exercício da medicina através da utilização de tecnologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde”, foi regulamentada como forma de prestação de serviços por meio da Resolução 1463, de 2002. No documento original, práticas como a teleconsulta, ou seja, a consulta remota entre médicos e pacientes como forma de assistência, não é prevista. Um dos maiores avanços na área foi a criação da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), em 2006, que busca implementar infraestrutura de rede em hospitais universitários, possibilitando a comunicação e a troca de informações entre instituições parceiras (SIMÕES, 2014; CFM, 2019).

Diante da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) causada pela pandemia do SARS-CoV-2, o Ministério da Saúde publicou a portaria 467/20, ampliando, em caráter excepcional e temporário, as ações em telemedicina. Esta estabelece a “possibilidade de prescrição, por parte do médico, de tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente em casos de urgência ou emergência previstos no Código de Ética Médica”, abrindo um precedente histórico para uma futura implementação mais disseminada e fomentada desse modelo (BRASIL, 2020).

Por meio da atual conjuntura, pode-se destacar que a utilização dessa nova modalidade de acesso à saúde é uma realidade possível para redução da demanda de consultas, as quais estiveram em alta devido à pandemia, e a possibilidade de ampliar o acesso aos indivíduos que, por questão de mobilidade, não conseguiam acesso a serviço especializado. Isso, de fato, poderia ser uma forma de ampliar a qualidade de vida dos indivíduos que estão desassistidos e, desse modo, reduzir a morbimortalidade e os custos na APS, posto que 80% dos custos totais em saúde advêm da necessidade de cuidados em doenças crônicas, as quais poderiam ser evitadas se a promoção em saúde estivesse totalmente plena. No entanto, é necessário evidenciar que a telemedicina não substitui a consulta presencial ou o exame físico de um paciente (BRASIL, 2020).

Com isso, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa sobre estudos acerca da atuação da telemedicina dentro da atenção primária em saúde no Brasil.

Desenvolvimento

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa, método que reúne, avalia e sintetiza os resultados de pesquisas sobre uma temática específica. As etapas percorridas na elaboração do estudo corresponderam à definição do tema de pesquisa, à busca em bancos de dados dos estudos primários, à extração de dados, à avaliação dos estudos primários incluídos, à interpretação dos resultados e à apresentação da revisão.

Para a elaboração da questão de pesquisa da revisão integrativa, utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para patient, intervention, comparison, outcomes). Tal estratégia foi utilizada para formular a pergunta base de condução do estudo, a qual orientou a escolha das palavras-chave, bem como o direcionamento na escolha dos estudos primários. Assim, a pergunta norteadora desta pesquisa foi: Qual a utilização da telemedicina no atendimento do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS)? O elemento (P) corresponde ao paciente atendido na APS, o (I) seria a intervenção, nesse caso, a utilização da Telemedicina, o (C) corresponderia à comparação do atendimento presencial e à utilização da Telemedicina e (O) seria o desfecho com a avaliação do resultado esperado no acompanhamento do paciente em questão.

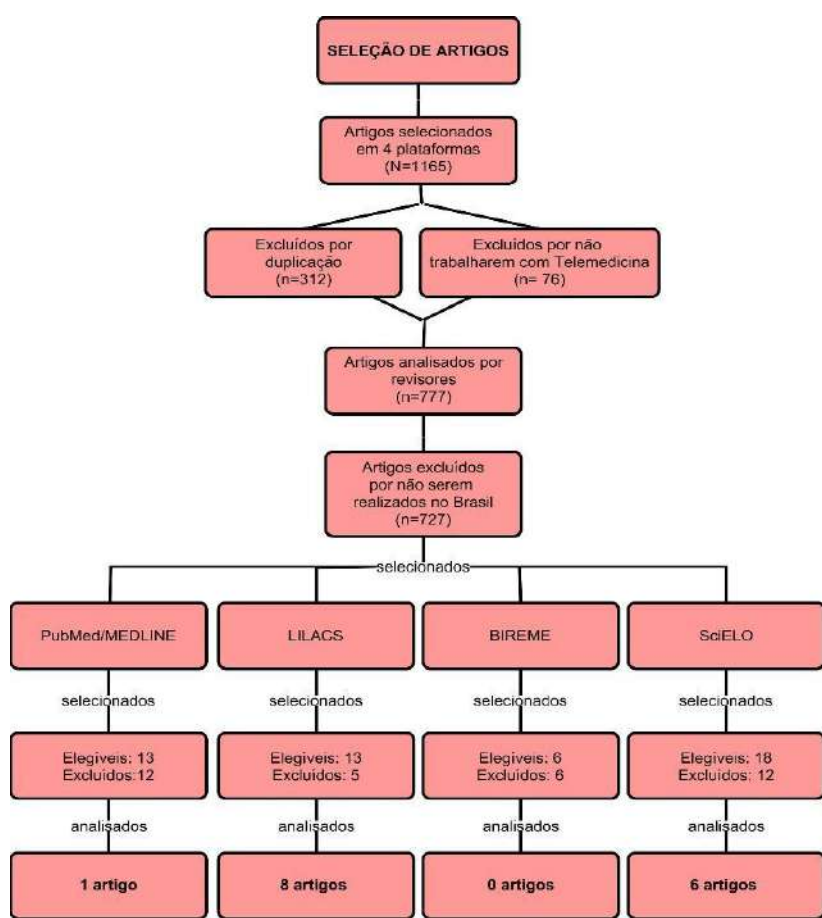
A busca dos estudos primários ocorreu de 9 a 13 de julho de 2020, nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os descritores controlados selecionados foram: Telemedicine AND Primary Health Care (idioma inglês). O critério de inclusão estabelecido para os estudos primários foram artigos elaborados no período de janeiro de 2015 a julho de 2020, que abordavam estratégias e análise do uso da telemedicina. As revisões tradicionais de literatura, os estudos secundários (p.ex.,

revisão sistemática), a carta-resposta e os editoriais foram excluídos da amostra da revisão integrativa. Houve limitação de estudos realizados no Brasil.

Na primeira análise, após a leitura do título e resumo dos estudos primários (n=1165), foram excluídos os artigos que não indicavam nenhuma estratégia/intervenção relacionada à telemedicina (n=76). Na segunda análise, por meio do instrumento RAYyan QCRI, excluíram-se artigos excedentes que se encontravam duplicados (n=312), resultando-se na análise de 777 artigos. As análises posteriores foram desenvolvidas, de forma independente, por três revisores. Foram excluídos 727 artigos não realizados no Brasil, considerando elegíveis 50 artigos. Após leitura completa dos artigos, verificou-se que apenas 15 apresentavam correlação entre a Telemedicina e a Atenção Primária à Saúde, sendo selecionados para a realização do estudo.

Figura 1- Fluxo da seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados.



Fonte: Próprio Autor.

Resultados e Discussão

Na presente revisão integrativa, analisaram-se quinze artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, a seguir, apresentar-se-á um panorama geral dos artigos avaliados. Entre os artigos incluídos na revisão integrativa, observou-se o tipo de delineamento de pesquisa, incluindo na amostra: 01 de análise documental, 02 de pesquisa-ação, 08 de análise transversal, 01 de avaliação econômica, 01 de coorte, 02 de observação retrospectiva. (Tabela 1) Os estudos avaliados foram desenvolvidos em diversas regiões brasileiras, sendo distribuído da seguinte forma: 07 na região Sudeste, 02 na região Nordeste, 01 na região Centro-oeste, 04 na região Sul e 01 em território nacional. (Tabela 2)

Tabela 1. Distribuição dos dados primários incluídos na revisão integrativa segundo base de dados, referência, título, tipo de estudo.

	Base de dados/ano	Referência	Título	Tipo de Pesquisa
1	LILACS/2019	SILVA, AB et al.	Adaptação transcultural do aplicativo Zero Mothers Die para dispositivos móveis no Brasil: contribuições para a saúde digital com abordagem do cuidado centrado na gestante	Pesquisa-ação/ exploratória
2	LILACS/2017	NILSON, LG et al.	Estudo comparativo da oferta de teleconsultorias por teleconsultores de diferentes níveis de atenção à saúde	Análise documental/ transversal
3	LILACS/2019	FERREIRA, IG et al.	Teledermatologia: uma interface entre a atenção primária e a atenção especializada em Florianópolis	Observacional/ transversal
4	LILACS/2016	PENNA, GC et al.	Projeto-piloto de telemonitoramento glicêmico de pacientes com diabetes melito tipo 2 na Atenção Primária em Belo Horizonte-MG	Transversal
5	LILACS/2018	BERNARDES, ACF et al.	Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde	Descritiva/ transversal
6	LILACS/2018	DAMASCEN, RF et al.	Teleconsultoria na atenção primária no norte de Minas Gerais: cenário e fatores associados à sua não utilização por médicos	Transversal
7	LILACS/2017	SCHMITZ, CAA, et al.	Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes	Transversal
8	LILACS/2016	MORAES, ERF et al.	Prevalência de bloqueios atrioventriculares em pacientes da Atenção Básica de Saúde: análise por telemedicina	Retrospectivo/observacional
9	MEDLINE/2019	MOHR, NM et al.	Telemedicine Associated with Faster Diagnostic Imaging in Stroke Patients	Retrospectivo/observacional
0	SCIELO/2020	KATZ, N et al.	Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS – UFRGS	Pesquisa-ação
1	SCIELO/2019	DAMASCEN, RF et al.	Fatores associados a não utilização da teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família	Transversal
2	SCIELO/2018	LEITÃO, GGS et al.	Educational actions in human communication health: telehealth contributions in primary care	Transversal
3	SCIELO/2016	LUCENA, AM et al.	Teleconsultorias de fonoaudiologia em um serviço público de telessaúde de larga escala	Descritivo/observacional
4	SCIELO/2016	NUNES, AA et al.	Telemedicina na Estratégia de Saúde da Família: avaliando sua aplicabilidade no contexto do PET Saúde	Transversal/ Prospectivo (Misto)
5	SCIELO/2020	ZANOTTO, BS et al.	Avaliação Econômica de um Serviço de Telemedicina para ampliação da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul: o microcusteio do Projeto TeleOftalmo	Avaliação econômica parcial

Fonte: Próprio Autor.

Tabela 2 - Distribuição dos dados primários incluídos na revisão integrativa segundo síntese dos objetivos, resultado e conclusão.

	Objetivo(s)	Resultado(s)	Conclusão
1	Descrever o processo de adaptação do aplicativo para combate à mortalidade materna Zero Mothers Die, desenvolvido na Europa, ao contexto brasileiro com metodologia de ausculta individualizada das gestantes e mães usuárias em hospital referência de alta complexidade e de ensino.	As mulheres e os profissionais de saúde apontaram questões de interatividade, interface do aplicativo, conteúdo, manejo clínico da gravidez e do cuidado à criança, que contribuíram para a versão brasileira.	Tornam-se necessários novos canais de diálogo com a gestante e atualização do profissional em treinamento.
2	Avaliar a oferta de teleconsultorias pelo Núcleo Telessaúde Santa Catarina para apoio à Atenção Primária à Saúde.	Não houve diferenças significativas entre as respostas de teleconsultorias construídas por especialistas de medicina de família e comunidade e especialistas focais do nível especializado de atenção.	Telessaúde com as centrais de regulação tem potencial para qualificar o acesso dos usuários aos serviços de saúde por meio de apoio aos profissionais.
3	Relatar a experiência da implantação do serviço de teledermatologia no município de Florianópolis – Santa Catarina - e o impacto inicial do processo	Redução significativa das médias dos valores de HbA1C apenas nos pacientes sob telemonitoramento.	A Teledermatologia proporcionou a redução nas filas de espera e na qualificação dos encaminhamentos, com potencial

	no acesso e qualificação da assistência aos pacientes com afecções dermatológicas.		para o aprimoramento da coordenação do cuidado e educação continuada dos profissionais.
4	Realizar o Telemonitoramento nos valores da hemoglobina glicada (HbA1C) de pacientes portadores de diabetes melito tipo 2 (DM2) com controle glicêmico insatisfatório. Avaliar a viabilidade dessa ferramenta na Atenção Primária, em relação ao uso e à qualidade da transmissão dos dados, segundo a percepção dos usuários.	A média de utilização geral das teleconsultorias e a taxa de utilização mensal por município e unidade de saúde foram superiores às encontradas na literatura. Os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde foram os profissionais mais ativos.	O telemonitoramento em DM2 é viável, de fácil execução e tem impacto positivo e significativo na melhoria do controle glicêmico dos pacientes.
5	Avaliar a utilização dos serviços ofertados pelo Núcleo Estadual de Telessaúde do Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais de saúde da atenção básica.	A média de utilização geral das teleconsultorias e a taxa de utilização mensal por município e unidade de saúde foram superiores às encontradas na literatura. Os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde foram os profissionais mais ativos.	O serviço é sustentável, com potencial para apoiar a atenção básica e ser utilizado como ferramenta de EPS.
6	Descrever o cenário e identificar fatores associados a não utilização da teleconsultoria pelos médicos da atenção primária na macrorregião Norte de Minas Gerais.	Observou-se falta de computadores com acesso à internet nas unidades básicas de saúde, qualidade insatisfatória de conexão da internet e falta de estratégias de motivação por parte dos gestores.	A incorporação do uso do serviço de teleconsultoria à prática dos médicos que atuam na APS nessa macrorregião é um grande desafio e demandam maior envolvimento dos gestores de saúde, além do atendimento às necessidades estruturais.
7	Avaliar a adequação do Programa Telessaúde Brasil Redes, no âmbito das teleconsultorias, por meio da análise de dados de estrutura e processo da Plataforma Nacional de Telessaúde.	A maioria das solicitações de teleconsultoria foi respondida por clínicos gerais, seguido por enfermeiros e cirurgiões-dentistas. A satisfação dos usuários foi de 95,6% e o percentual de dúvidas totalmente respondidas foi 88,4%.	A incorporação do uso do serviço de teleconsultoria à prática dos médicos que atuam na APS nessa macrorregião é um grande desafio e demandam maior envolvimento dos gestores de saúde, além do atendimento às necessidades estruturais.
8	Avaliar a prevalência de bloqueios atrioventriculares em uma grande população atendida pelo Sistema Único de Saúde por meio do sistema de Telemedicina	As análises de eletrocardiogramas do banco de dados de um serviço de telemedicina facilitaram o atendimento de paciente da APS.	Por meio da telemedicina, pode ser vista uma grande amostra populacional pra determinar prevalência de bloqueios atrioventriculares.
9	Testar a hipótese de que a suplementação do atendimento de emergência em pacientes com Infarto do Miocárdio (IM) e AVC por meio da telemedicina seria mais rápido do que os cuidados não medicamentosos nos departamentos de emergência rurais.	O tempo até a realização do eletrocardiograma não diferiu quando a telemedicina foi usada (1% mais rápido, intervalo de confiança de 95%) ou após a implementação da telemedicina (4% mais rápido, IC 95%). A interpretação da tomografia computadorizada da cabeça foi mais rápida nos casos de telemedicina (15% mais rápido, IC 95%). Não foram observadas diferenças no tempo para a terapia de reperfusão.	A implementação da telemedicina foi associada à interpretação mais oportuna da tomografia computadorizada da cabeça em pacientes de meios rurais com AVC, mas não houve diferença no tratamento precoce do Infarto do Miocárdio.
0	Auxiliar os processos de regulação de consultas especializadas do interior para a capital do estado; ampliar a eficácia e o acesso na APS por meio do uso de telerregulação.	Redução geral do volume da fila de espera por consulta especializada de aproximadamente 30%; redução de 66 dias na mediana de tempo de espera para marcação de especialidades clínicas sob intervenção; nas especialidades cirúrgicas, a tendência foi inversa, com aumento da mediana de tempo de espera.	Autonomia médica em processos tais como de encaminhamentos deve ser substituída por estratégias de regulação baseadas em coordenação do cuidado pela APS.
1	Avaliar a frequência e os fatores associados a não utilização do serviço de teleconsultoria por médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Norte de Minas Gerais	A maioria dos médicos não utilizava o serviço, e 1/3 sequer tinha sido informado sobre o serviço. A maioria indicou como fatores para tanto a falta de conexão de qualidade e a ausência de computador na UBS.	O uso do serviço de teleconsultoria configura-se como uma excelente oportunidade para o Norte de Minas Gerais, considerando as especificidades dessa região, de modo que gestores busquem avaliar, com maior profundidade, as relações entre todos os atores envolvidos com a telemedicina
2	Caracterizar as ações educativas relacionadas à temática da saúde da comunicação humana, produzidas no Núcleo de Telessaúde para os profissionais de saúde da Atenção Primária.	Entre as 934 ações educativas encontradas no ambiente, 41 estavam vinculados à temática saúde da comunicação humana, correspondendo a 4,4% do total; Em relação ao eixo, 34 estavam relacionadas à educação, 6 à intervenção e apenas 1 enquadrava-se na gestão e no planejamento.	Necessidade de ampliar e disseminar a ferramenta da telessaúde como uma prática potencial para a qualificação do processo de trabalho do fonoaudiólogo que atua na APS.
3	Analisar o perfil das teleconsultorias de fonoaudiologia realizadas em serviço público de telessaúde de larga escala em Minas Gerais.	As 259 teleconsultorias analisadas foram originadas de 81 municípios, que representam 12,1% dos municípios atendidos pela RTMG, sendo a maioria pertencentes à macrorregião norte de Minas Gerais. Desses	Foi observado que a maioria das dúvidas para o serviço de teleconsultorias em fonoaudiologia estavam relacionadas à área da linguagem, mas há

		atendimentos, a maioria foi solicitada por fonoaudiólogos, seguidos de enfermeiros, médicos e outros profissionais.	demanda em todas as áreas de abrangência da profissão. Observa-se grande potencial de utilização desse instrumento na prática clínica.
4	Implantar e avaliar um sistema de telediagnóstico com segunda opinião formativa para ser utilizado junto aos Núcleos e às Unidades de Saúde da Família, vinculados ao PET-Saúde, e avaliar a validade interna e externa da telemedicina da APS.	Foram realizadas 103 consultorias, sendo 44 em Cardiologia e 59 em Alergia Respiratória e Cutânea. As solicitações de teleconsultas foram mais frequentes para o sexo masculino. O acesso ao sistema foi considerado ótimo ou bom por ambas as especialidades em mais de 90% das ocasiões. Dos casos repassados à segunda opinião formativa, pode-se observar que, em 75% das vezes, foi considerada ótima ou boa.	Esses esforços de implantação da rede de telemedicina tiveram como desdobramento benéficos que se estenderam também à região dos Departamentos Regionais de Saúde de Ribeirão Preto, Franca e Araraquara, tais como: criação do Núcleo de Telessaúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
5	Avaliar o custo de um serviço de telemedicina (Telessaúde RS-UFRGS) utilizando o escopo do telediagnóstico em oftalmologia.	A atividade que apresenta maior desequilíbrio e capacidade ociosa é exercida pelos bolsistas e representa em média 3% do custo total. Os profissionais médicos apresentam a atividade que concentra 57% dos custos, enquanto profissionais da enfermagem estão mais próximos de operarem no nível máximo.	Por ser um estudo inédito no Brasil, acredita-se que sejam necessários mais estudos como este para fundamentar as decisões de incorporação do serviço.

Fonte: Próprio Autor.

Por meio dos dados avaliados, pode-se observar que a utilização de meios tecnológicos de informação com o objetivo de fornecer o atendimento médico proporciona uma série de benéficos tanto para os usuários quanto para os prestadores de serviços de saúde. Pode-se destacar, entre essas garantias, o acesso a atendimento médico qualificado e, de forma mais ampla, a resolubilidade do processo saúde-doença ainda no nível primário de atenção, a atenuação de custos, a economia de recursos, a otimização do acesso dos usuários aos serviços de saúde, a garantia de atendimento qualificado a regiões precárias e a possibilidade de atualização e de educação médica (NILSON *et al.*, 2017).

Por meio da análise dos resultados dos estudos, observa-se o impacto positivo que a utilização da telemedicina proporciona, principalmente, na garantia de saúde qualificada ao paciente, além da efetividade dessa ferramenta na tentativa de proporcionar o bem-estar aos indivíduos que necessitam de um atendimento médico efetivo (PENNA *et al.* 2016).

Segundo o estudo realizado por Penna *et al.*, indivíduos com diagnóstico de DM2, ao realizar o monitoramento glicêmico por meio da telemedicina, em comparação, por exemplo, à utilização de glicosímetro pelo próprio paciente para esse propósito, apresentaram uma redução nos valores da hemoglobina glicada. Além disso, esse cenário de telemonitoramento permitiu uma maior conscientização da doença pelos pacientes avaliados devido à recorrência de orientações médicas e a possibilidade de uma possível intervenção precoce que impactou na redução de complicações agudas dessa comorbidade crônica.

Moraes *et al.* (2015) destacam que a análise de eletrocardiogramas com o diagnóstico de bloqueio atrioventricular, realizados por um serviço de telemedicina no município de São Paulo, permitiu a identificação precoce de indícios clínicos dessa doença, o que possibilitou uma identificação inicial de tal condição.

Mohr *et al.* (2019) demonstrou que a utilização da telemedicina em hospitais rurais de localização remota possibilitou uma interpretação mais efetiva da tomografia computadorizada de

crânio dos pacientes vítimas de acidente vascular cerebral que utilizavam esse serviço, em comparação ao manejo inicial quando esse atendimento médico era desprovido de tal prática.

Uma importante aplicação da telemedicina refere-se à educação em saúde, um conjunto de ações cujo objetivo é a garantia de melhores condições de vida e de saúde para a população. Em seu estudo, Bernardes *et al.* (2018) afirmam que o serviço da telemedicina se configura como uma importante ferramenta de educação permanente em saúde, possibilitando, assim, o aprimoramento de profissionais da saúde com conseqüente ampliação de serviços qualificados. Ainda nesse contexto da telessaúde, conceito referente a uma área mais abrangente da telemedicina, o desenvolvimento de plataformas interativas, como sites e aplicativos para telefones móveis, pode proporcionar, além da divulgação de informações referentes à saúde, uma melhor relação entre profissionais de saúde e o paciente, o que corrobora os resultados do estudo de Silva *et al.* (2019), demonstrando que a utilização do aplicativo Zero Mothers Die para dispositivos móveis permitiu uma melhor interação entre as usuárias e os profissionais de saúde.

Assim, sendo o Brasil um país de grandes dimensões de território, torna-se necessário o uso de tecnologias para facilitar a integração entre os níveis de assistência visando ao bem do paciente. Nunes (2016) estudou os resultados do Projeto PET-Saúde, que é um planejamento que visa à implantação de um serviço de telemedicina, integrando Unidade de Saúde da Família e ambulatorios especializados. Tal integração buscava uma segunda opinião formativa de especialistas por meio da implantação de um sistema de telediagnóstico. Foi visto que o uso da plataforma do Projeto PET-Saúde, que buscava a integração entre níveis de assistência, foi um modelo ágil e de baixo custo que facilitou que as respostas dos especialistas ocorressem de forma mais rápidas às demandas das unidades de atenção básica.

Torna-se importante destacar que, no Brasil, existe um modelo de telessaúde no qual ocorre a conexão das universidades com a APS de cidades remotas. Tal atividade é a teleconsultoria, na qual os profissionais que trabalham na APS têm um suporte de profissionais especializados, visando à diminuição dos encaminhamentos desnecessários de pacientes; porém, nem todos os profissionais da APS fazem uso dessa ferramenta. Damasceno (2017), em um estudo realizado com profissionais médicos da ESF de nove regiões do norte de Minas Gerais, buscou descobrir os fatores associados a não utilização do Serviço de Teleconsultoria, e, foi visto que, em sua amostra de 385 médicos, 55,8% não faziam o uso. As variáveis mais importantes encontradas foram a falta de informação sobre o serviço e a inexistência de um treinamento para seu uso.

Com isso, na perspectiva de promover uma interação sustentável entre a APS e os centros de saúde especializada, a telemedicina se caracteriza como uma importante estratégia em otimizar atendimentos e promover uma redução nos gastos destinados à saúde. Ferreira *et al.* (2019) constataram que o serviço da teledermatologia, ferramenta da telemedicina aplicada à especialidade da dermatologia, executado no estado de Santa Catarina, entre os anos de 2013 e 2017, possibilitou a redução de 52,6% no índice de encaminhamentos para atendimento dermatológico especializado. Tal estudo determinou que a telemedicina é útil na redução tanto nas

filas, quanto no tempo de espera para consultas com médicos especialistas, o que permitiu a otimização das consultas e um fluxo de atendimentos entre os níveis de saúde mais adequado e prioritário.

Ainda no âmbito da APS, o processo de encaminhamento para a atenção especializada é um desafio. Katz (2019) estudou o projeto Regula SUS, o qual foi munido de protocolos específicos aprovados pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, verificando que houve uma redução média da fila de consultas especializadas de 30%, em 360 dias, e redução do tempo de espera na marcação de consultas em especialidades clínicas, propondo a mudança da autonomia médica nos encaminhamentos e substituindo por estratégias de regulação baseadas em coordenação do cuidado pela APS, via telessaúde.

Diante da temática abordada, é fundamental observar a questão econômica do uso da telemedicina. Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, Zanotto (2019) avaliou o custo de um serviço público de telediagnóstico em oftalmologia. Sendo usado um método para cálculo do custo chamado *Time-DrivenActivity-BasedCosting*, sendo ele o custo padrão por diagnóstico em teleoftalmologia.

A utilização dos serviços a distância também tem sido utilizada por diversos segmentos da saúde, entre eles, pode-se citar a fonoaudiologia, analisando 259 teleconsultorias na área da fonoaudiologia, em que profissionais dessa área compartilham conhecimentos técnicos em diagnósticos e condutas terapêuticas, buscando um melhor atendimento a seus pacientes. Foi visto que a área mais importante de estudo era a da linguagem. Ademais, em outro estudo realizado na área da fonoaudiologia, Leitão (2017) buscou analisar ações educativas relacionadas à saúde da comunicação realizadas por meio do Núcleo de Telessaúde para profissionais da APS, sendo visto que as ações educativas realizadas por fonoaudiólogos são necessárias à disseminação da telessaúde, visto que tal estratégia é eficiente, tendo capacidade para promover uma rede de apoio profissional, buscando o melhor tratamento do paciente.

Observam-se inúmeros benéficos que a telemedicina promove no território nacional; no entanto, alguns fatores limitam a utilização dessa ferramenta. Damasceno *et al.* (2019), por meio do seu estudo realizado no norte do Estado de Minas Gerais, comprovou que a escassez de computadores, a precária acessibilidade à internet e o desconhecimento da telemedicina por gestores de saúde constituem importantes empecilhos na utilização de tal ferramenta.

Considerações Finais

A telemedicina representa uma forma de ampliar a rede de cuidados ao paciente pela facilidade de acesso, permitindo, assim, uma abordagem interdisciplinar, principalmente, quando utilizada na APS. Além disso, o avanço tecnológico, o qual permite uma maior difusão de dispositivos eletrônicos, contribui para que a realização da telemedicina se consolide como um instrumento que impacte, de forma benéfica, o dia a dia dos usuários de serviços de saúde.

Fatores limitadores da utilização da ferramenta devem ser trabalhados com o objetivo de proporcionar um maior acesso ao atendimento em saúde para uma maior parcela da população.

Conclui-se que a pandemia causada pelo novo coronavírus, o SARS-CoV-2, possibilitou uma maior disseminação do fornecimento de atendimentos médicos a distância por meio de tecnologias de comunicação, permitindo discussões mais amplas acerca do estabelecimento da resolução definitiva que autorize a prática da telemedicina no território nacional.

Diante disso, observa-se a importância da realização de novas pesquisas e de novos estudos científicos mais aprofundados sobre a temática em questão com o objetivo de compreender as particularidades a respeito da utilização da telemedicina nas principais regiões geográficas do Brasil, como as condições de suporte técnico, o aparato infraestrutural e o conhecimento prévio dos profissionais de saúde acerca da telemedicina.

Referências

BERNARDES, Ariane Cristina Ferreira; COIMBRA, Liberata Campos; SERRA, Humberto Oliveira. Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. 1-9, 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 14 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 23 de março de 2020, Seção I - Extra, p. 01. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 14 jul. 2020

Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.643, de 16 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 26 de agosto de 2002, Seção I, p. 205. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>. Acesso em: 14 jul. 2020.

DAMASCENO, Renata Fiúza; CALDEIRA, Antônio Prates. Fatores associados à não utilização da teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3089-3098, ago. 2019.

DAMASCENO, Renata Fiúza; CALDEIRA, Antônio Prates. Teleconsultoria na atenção primária no norte de Minas Gerais: cenário e fatores associados à não utilização por médicos. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 456-465, 24 dez. 2018.

FERREIRA, Iago Gonçalves; GODOI, Dannielle Fernandes; PERUGINI, Elaine Regina; LANCINI, André de Bastiani; ZONTA, Ronaldo. Teledermatologia: uma interface entre a atenção primária e atenção especializada em Florianópolis. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1-13, 14 maio 2019.

KATZ, Natan; ROMAN, Rudi; RADOS, Dimitris Varvaki; OLIVEIRA, Elise Botteselle de; SCHMITZ, Carlos André Aita; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues; MENGUE, Sotero Serrate; UMPIERRE, Roberto Nunes. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia reguladora do telessaúde-ufers. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1389-1400, abr. 2020.

LEITÃO, Gabriela Guedes de Sá; SILVA, Tatiana de Paula Santana da; LIMA, Maria Luiza Lopes Timothy; RODRIGUES, Mirella; NASCIMENTO, Cynthia Barboza Maria. Educational actions in human communication health: telehealth contributions in primary care. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 182-190, abr. 2018.

LUCENA, Aline Moreira; COUTO, Erica de Araújo Brandão; GARCIA, Vinícius Soares; ALKIMIM, Maria Beatriz Moreira; MARCOLINO, Milena Soriano. Teleconsultorias de fonoaudiologia em um serviço público de telessaúde de larga escala. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 1395-1403, dez. 2016.

MALDONADO, Jose Manuel Santos de Varge; MARQUES, Alexandre Barbosa; CRUZ, Antonio. Telemedicine: challenges dissemination in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 32, suplemento nº 2, 2016.

MOHR, Nicholas M.; YOUNG, Tracy; HARLAND, Karisa K.; SKOW, Brian; WITTRUCK, Amy; BELL, Amanda; WARD, Marcia M. Telemedicine associated with faster diagnostic imaging in stroke patients: a cohort study. **Telemedicine and E-Health**, Larchmont v. 25, n. 2, p. 93-100, fev. 2019.

MORAES, Eraldo Ribeiro Ferreira Leão de. Prevalência de bloqueios atrioventriculares em pacientes da Atenção Básica de Saúde: análise por telemedicina. **Revista Latino-Americana de Marcapasso e Arritmia**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 12-15, mar. 2016.

NILSON, Luana Gabriele; NATAL, Sonia; MAEYAMA, Marcos Aurélio; DOLNY, Luise Lüdke; CALVO, Maria Cristina Marino. ESTUDO COMPARATIVO DA OFERTA DE TELECONSULTORIAS POR TELECONSULTORES DE DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Revista de Aps**, Juiz de Fora, v. 20, n. 3, p. 360-372, 12 mar. 2018.

NUNES, Altacílio Aparecido; BAVA, Maria do Carmo Guimarães Caccia; CARDOSO, Carmen Lúcia; MELLO, Luane Marques de; TRAWITZKI, Luciana Vitaliano Voi; WATANABE, Marilvia Gonçalves de Carvalho; BRAGGION, Maria Fernanda; MATUMOTO, Sílvia; CARRETA, Regina Dakuzako; SANTOS, Vania dos. Telemedicina na Estratégia de Saúde da Família: avaliando sua aplicabilidade no contexto do pré-saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 99-104, mar. 2016.

PENNA, Gustavo Cancela e; GONTIJO, Eliane Dias; MENDES, Henrique Gomes; SANTOS, Alaneir de Fátima dos; RODRIGUES, Ana Carolina; NASCIMENTO, Marcus Felipe Jardim do; HERCULANO, Barbara Saldanha de; ELIAZAR, Glauber; BERGMANN, Kaiser. A pilot project on glycemic home telemonitoring in type 2 diabetes patients in a Brazilian primary healthcare unit. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2016.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 27, nº 2, p. 255-276, jun. 2017.

SCHMITZ, Carlos André Aita; HARZHEIM, Erno. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2 set. 2017.

SILVA, Angelica Baptista; ASSUMPTIÃO, Augusta Maria Batista de; FILHA, Ianê Germano de Andrade; REGADAS, Cláudia Tavares; CASTRO, Márcia Corrêa de; SILVA, Carlos Renato Alves; ASSUMPTIÃO, Marlene Roque; SANTOS, Rafaela Cristine Barcelos dos; SILVÉRIO, Talita Osório; SANTOS, Priscila Barbosa dos. Cross-cultural adaptation of the Zero Mothers Die (ZMD App) in Brazil: contributing to digital health with the approach on care centred for e-pregnant woman. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 4, p. 751-762, dez. 2019.

SIMÕES, Nelson et al. A implantação de 100 unidades de telemedicina, novos avanços e perspectivas tecnológicas e a Gestão. In: RIBEIRO FILHO, José Luiz et al. **RUTE 100**: as 100 primeiras unidades de telemedicina no Brasil e o impacto da rede universitária de telemedicina (rute). Rio de Janeiro: E-Papers, 2014. Cap. 1. p. 13-25.

ZANOTTO, Bruna Stella; ETGES, Ana Paula Beck da Silva; SIQUEIRA, Ana Célia; SILVA, Rodolfo Souza da; BASTOS, Cynthia; ARAUJO, Aline Lutz de; MOREIRA, Taís de Campos; MATTURRO, Lucas; POLANCZYK, Carisi Anne; GONÇALVES, Marcelo. Avaliação Econômica de um Serviço de Telemedicina para ampliação da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul: o microcusteio do projeto teleoftalmo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1349-1360, abr. 2020.

Capítulo 4

ACESSIBILIDADE COMO DIRETRIZ DE QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ACCESSIBILITY AS A GUIDELINE OF BASIC ATTENTION QUALITY: AN INTEGRATIVE REVIEW

Loren Beatriz Bastos Braga Bento¹
Débora Ximenes de Águila²
Elias Silveira de Brito³
Liana Andrade Oliveira⁴
Luciano Carneiro Suassuna⁵
Paula Cunha Tavares⁶
Joseane Marques Fernandes⁷

RESUMO: O acesso do usuário aos serviços de saúde ainda configura como um dos grandes desafios da atenção básica e possui relação direta com a solidificação dos princípios do SUS. Para isso, o presente estudo tem como objetivo avaliar o nível de acessibilidade da população à atenção à saúde no Brasil. Foi utilizada, para responder a essa indagação, uma revisão integrativa, com estratégia PICO e a intitulação de questionamentos tomados como guia. Nos resultados, foram selecionados 20 estudos amostrais, abrangendo todas as regiões do Brasil. Permitiu-se observar que há uma necessidade de maiores investimentos e programas que possam melhorar a qualidade desses serviços, além de estratégias que tornem mais eficiente o acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Serviço Único de Saúde.

ABSTRACT: The user's access to health services is still one of the greatest challenges of primary health care and is directly related to the solidification of SUS principles. To this end, the present study aims to assess the level of accessibility of the population to health care in Brazil. An integrative review was used to answer this question, with PICO strategy and an authorization for questions taken as guide. In the results, 20 sample studies were selected, covering all regions of Brazil. It was possible to observe that there is a need for greater investment and programs that can improve the quality of these services, in addition to strategies that make access to health services more efficient.

Keywords: Access to Health Services. Primary Health Care. Unified Health System.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei Nº 8.080/90, dispõe que o estado provenha condições para que a população tenha acesso integral à saúde. É garantida a resolução da maioria dos problemas por meio das portas de entrada, estabelecidas no Decreto nº 7.508/11, como sendo a atenção básica, urgência e emergência, a atenção psicossocial e atenção especial de acesso aberto, de forma a priorizar a Atenção Primária como sua porta prioritária. (RIBEIRO, 2020).

1 Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS. E-mail: lorenbastosbraga@gmail.com.

2 Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS. E-mail: debora.aguila@hotmail.com

3 Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS E-mail: elias.sdbrito@gmail.com

4 Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS E-mail: lianaandradeoli@gmail.com.

5 Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS E-mail: lucianocsuassuna@gmail.com.

6 Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS E-mail: paulact.cunha@gmail.com.

7 Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE e professora do Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS. E-mail: josy.marquesf@gmail.com.

De acordo com Campos (2014), acessibilidade é atender à demanda existente com oferta capaz de supri-la em suas mais diversas dimensões. Logo, tudo aquilo que dificulta ou impede o ingresso da população aos serviços de saúde é dito como “barreira” à acessibilidade, seja ela geográfica, econômica, organizacional, seja cultural (LANDINI; COWES; DAMORE, 2014).

Ao longo da existência do SUS, evidencia-se maior procura pelos serviços de saúde devido à implementação da ESF e à criação de diversas políticas (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020). O acesso do usuário aos serviços ainda figura como um desafio, visto que envolve teorização do conceito de acessibilidade, estratégias organizacionais do serviço, desigualdades sociais e de condições biológicas de pacientes com agravos específicos, até empoderamento comunitário, fato que possibilita a intervenção negativa na morbimortalidade e qualidade de vidas dos usuários do SUS (SOUZA, 2019).

Diante do exposto e considerando-se as diferentes percepções e influências, questionou-se: como essa relação entre essa diretriz do SUS e usuários vem sendo descrita nas publicações científicas? Quais os entraves e as subjetividades do acesso da população aos serviços de saúde? Para responder a essas indagações, por meio de uma revisão integrativa, o presente trabalho tem por objetivo avaliar o nível de acessibilidade da população à atenção à saúde no Brasil, bem como as contribuições para as práticas de saúde do investimento nessa temática, por meio do estudo de publicações científicas de saúde.

2. Desenvolvimento

2.1. Métodos

Refere-se a uma revisão integrativa, método que reúne, avalia e sintetiza os resultados de pesquisas sobre uma temática específica, em que as etapas percorridas na elaboração do estudo foram elaboração da questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura dos estudos primários, extração de dados, avaliação dos estudos primários incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES, 2008).

Para realizar a elaboração da questão de pesquisa da revisão integrativa, utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para patient, intervention, comparison, outcomes) (FINEOUT-OVERHOLT; STILLWELL, 2011), em que a questão de pesquisa delimitada foi “Qual o nível de acessibilidade da população brasileira aos serviços de saúde?” O primeiro elemento da estratégia (P) consiste na população que necessita de acesso à atenção primária à saúde; o segundo (I), as estratégias; e o quarto elemento (O) melhorar a acessibilidade. Destaca-se que, dependendo do método de revisão, não se empregam todos os elementos da estratégia PICO. Nesta revisão integrativa, o terceiro elemento, a comparação, não foi utilizado.

A procura dos estudos primários ocorreu no mês de julho de 2020, nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine National Institute of Health (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde

(BIREME) e EMBASE. Os descritores foram pesquisados em português, sendo excluídas as versões em inglês e espanhol.

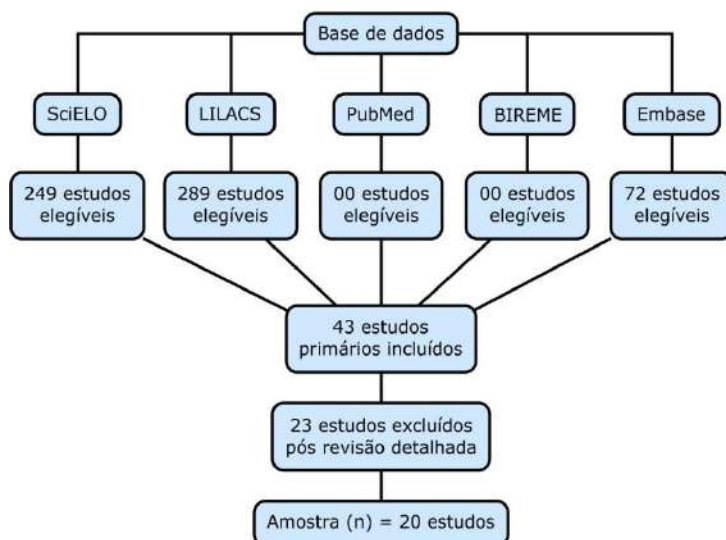
Os descritores controlados escolhidos nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram acesso aos serviços de saúde e atenção primária à saúde (idioma português). Os termos foram combinados para garantir busca ampla cujo cruzamento em todas as bases de dados foi: acesso aos serviços de saúde AND atenção primária à saúde.

Todos as referências encontradas foram importadas para o programa *Rayyan QCRI*, aplicação do Qatar Computing Reseach Institute (OUZZANI et al, 2016), em que foi realizada a importação de referências de vários formatos e a condução de revisão simultânea por todos os autores do estudo.

Os critérios de inclusão estabelecidos para os estudos primários foram artigos realizados no período de 2015 a 2020 e ênfase na acessibilidade aos serviços de saúde e na atenção primária à saúde com seus avanços e desafios. Foram excluídos da revisão integrativa os estudos de casos, as revisões tradicionais de literatura, os estudos secundários (p.ex., revisão sistemática), as teses e editoriais.

Na análise inicial, após a pesquisa nas bases de dados por artigos completos primários, foi obtido um total de 610 (n=610); os artigos que não indicavam nenhuma relação ao tema e que não atendiam à pergunta do estudo foram excluídos, como também artigos em duplicidade, artigos secundários, revisões sistemáticas e relatos de caso, resultando em 43 estudos (n=43). Em um segundo momento, por meio de leitura mais criteriosa dos artigos, foram excluídos os estudos não relacionados ao estudo, sem objetivo bem definido, apresentação de inconsistência e falhas metodológicas, sendo obtido o total de 20 (n=20). A extração dos dados foi realizada por meio de uma análise criteriosa dos estudos eleitos, sendo avaliados, rigorosamente, a identificação do artigo, os objetivos, as características metodológicas, os resultados e conclusões.

Figura 1 – Fluxo da seleção dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados, 2020.



Fonte: Figura criada pelos próprios Autores

A avaliação dos estudos primários incluídos utilizou a denominação dos próprios autores. A apresentação dos resultados fora realizada de forma descritiva, possibilitando um estudo de cada síntese primária incluída.

2.2. Resultados

A amostra da revisão integrativa foi composta por 20 estudos primários, em que a maioria das publicações foi no ano de 2017 (05), seguidos de 2020(4), 2019, 2018, 2016 (03) e ainda 2015 (02).

Os estudos foram conduzidos em todas as regiões do Brasil, a maioria na região Nordeste (07), seguida da região Sudeste (06) e Centro-Oeste (01). Alguns estudos foram feitos em mais de uma região simultaneamente, como Sul e Sudeste (01), Centro-Oeste e Sul (01) e em todas as regiões (04).

Quanto ao método adotado nos estudos, sete (07) foram do tipo transversal (ALMEIDA, 2017; BISPO, 2020; CONDESSA, 2020; SANTOS, 2020; SOUZA, 2019; SOUZA, 2017), sete (07) do tipo descritivo (MARQUES, 2018; MARTINS, 2018; MARTINS, 2016; MENEZES, 2018; NEVES, 2019; PAGLIUCA, 2017; PESSALACIA, 2015), seis (06) do tipo transversal-descritivo (CATANTE, 2017; FIGUEIREDO, 2020; FRANÇA, 2016; MARTINS, 2018; RIBEIRO, 2015; SANTOS, 2019) e um (01) do tipo pesquisa de avaliação terceira geração (GIRÃO, 2016). A investigação se baseou no nível de acessibilidade da população à atenção básica no Brasil, destacando seus avanços e falhas no processo de acesso ao serviço de saúde primária.

Tabela 1. Distribuição dos dados primários incluídos na revisão integrativa segundo base de dados, referência, título, tipo de estudo, N (amostra) e região.

Estudo	Base de dados/ano	Referência	Título	Tipo de Pesquisa	N/Região
	o/2016	Sciel M ARTINS, K. P.; et al	Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiências	Estudo descritivo, exploratório, de base populacional	90 prédios / Nordeste
	o/2020	Sciel C ONDESSA, A. M.; et al	Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na Atenção Primária à Saúde: estudo multinível	Estudo transversal multinível	38.811 unidades de saúde de 5.543 municípios/ Brasil
	o/2020	Sciel FI GUEIREDO, D.C.M.M.; et al	A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários	Estudo transversal, de caráter descritivo	65.391 usuários de 3.944 municípios/ Brasil
	o/2020	Sciel SA SANTOS, M.L.M.; et al	Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, 2012	Estudo transversal	5.511 municípios e desses foi avaliada a infraestrutura de 38.812 dessas unidades/ Brasil
	o/2020	Sciel BI BISPO, G.M.B.; et al	Avaliação do acesso ao primeiro contato na perspectiva dos profissionais	Estudo transversal abordagem quantitativa	163 profissionais de saúde / Nordeste
	o/2019	Sciel NE NEVES, E.T.; et al	Acesso de crianças com necessidades especiais de saúde à rede de atenção	Estudo qualitativo descritivo-exploratório	19 cuidadores/ Sul e Sudeste
	o/2019	Sciel SO SANTOS, A.C. ; et al	Inclusão à saúde mental na Atenção Básica à Saúde: estratégia de cuidado no território	Estudo transversal-qualitativo exploratório	28 gestores/Sudeste

	o/2017	Sciel	TANTE, CA et al G.V;	Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030	Estudo descritivo e de corte transversal	1272 unidades / Sudeste (SP)
	o/2017	Sciel	MEIDA, AL M; et al H.	Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência	Estudo transversal e observacional	93 unidades / Sudeste (SP) região Oeste
0	se/2019	Emba	SA NTOS, A.S; et al	Percepções de sujeitos surdos sobre a comunicação na Atenção Básica à Saúde	Estudo transversal, descritivo e analítico	121 unidades / Sudeste (RJ)
1	o/2018	Sciel	NE VES, R.G; et al	Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade	Estudo descritivo	13.041 unidades de saúde / Brasil
2	o/2018	Sciel	M ENEZES, E.L.C; et al	Influência do trabalho multiprofissional na produção do cuidado e acesso na atenção primária à saúde	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	34 / Centro-oeste e Sul
3	se/2015	Emba	PE SSALACIA, J. D. R; et al	Experiências de acesso a serviços primários de saúde por pessoas com síndrome de Down	Estudo descritivo e de abordagem qualitativa	16 participantes / Sudeste
4	se/2015	Emba	RI BEIRO, J. P. et al	Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás	Estudo descritivo de corte transversal	1.216 UBS / Centro-Oeste
5	se/2016	Emba	FR ANÇA, E. G. et al	Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa	Estudo descritivo e transversal	89 profissionais de saúde de nível superior / Nordeste
6	se/2018	Emba	M ARTINS, K. P.; et al	Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência	Estudo descritivo exploratório, de base populacional	181 USF /Nordeste
7	se/2017	Emba	PA GLIUCA, L. M. F. et al	Acesso de idosos às unidades de atenção primária à saúde	Estudo descritivo Quantitativo	157 unidades de saúde / Nordeste
8	se/2018	Emba	M ARQUES, JF et al	Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento	Estudo descritivo, quantitativo	157 unidades / Nordeste
9	se/2016	Emba	GI RÃO, ALA et al	Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea	Estudo do tipo avaliação de terceira geração qualitativa	16 /Nordeste
0	se/2017	Emba	SO UZA, IL et al	Acesso às unidades de saúde da família na perspectiva de hipertensos	Estudo transversal	373 / Sudeste

Fonte: Tabela criada pelos Autores

Tabela 2 - Distribuição dos dados primários incluídos na revisão integrativa segundo síntese dos objetivos, resultado e conclusão.

Estudo	Objetivo(s)	Resultado(s)	Conclusão
	Avaliar a estrutura interna de USF em relação ao acesso de PcD física e/ou sensorial	Dos 90 prédios avaliados, apenas 47,8% possuem rampa de acesso; destas 30,0% possuem inclinação máxima e 32,2% têm piso antiderrapante. Em 28,9%, o acesso acontece por escadaria sem corrimão e em 6,7% por escadaria com corrimão, sendo 6,7% com piso antiderrapante. E apenas 17,8% das portas corredeiras apresentam trilhos rebaixados	As USF do município de João Pessoa-PB, em sua maioria, não têm condições adequadas de acessibilidade para as PcD física e/ou sensorial referente à estrutura interna. Promover a acesso universal é fundamental para que as unidades favoreçam sua autonomia e independência pessoal, total ou assistida.
	Descrever e analisar os facilitadores e as barreiras ao acesso para a utilização dos serviços de atenção básica pelas pessoas com deficiências sensoriais (auditivas e visuais)	A presença dos facilitadores à comunicação é pequena nas unidades de saúde (32,1%), sendo mais frequentes nas unidades localizadas nos municípios com maior PIB (razão de prevalência - RP = 1,02, intervalo de confiança de 95% - IC95% 0,92 - 1,12) e porte populacional (RP = 1,25, IC95% 1,02 - 1,52)	Ter profissional para acolhimento é o principal facilitador ao acesso e deve ser foco de ações para melhorar a atenção à saúde das pessoas com deficiência. Faz-se necessário promover acesso universal, com adequação de serviços, remoção de barreiras à comunicação e estímulo ao acolhimento do usuário

	<p>Descrever as dimensões da acessibilidade na Atenção Básica na avaliação dos usuários participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no ano de 2012.</p>	<p>Verificou-se que tanto a acessibilidade geográfica como a organizacional estão mais comprometidas nas regiões Norte e Nordeste. Quanto às barreiras de acessibilidade organizacional, constaram-se a forma de agendamento das consultas, a falta de possibilidade de escolha dos profissionais e os horários de atendimento restritos.</p>	<p>A acessibilidade em saúde na AB ainda é grande desafio, tendo-se as barreiras geográficas como importantes obstáculos para boa parte da população. Desse modo, devem-se continuar investindo na ampliação da cobertura.</p>
	<p>Analisar os resultados do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde no que se refere às barreiras arquitetônicas e de comunicação na Atenção Básica em Saúde em todo o território brasileiro</p>	<p>A região Norte apresentou menores índices de adequação, enquanto a Sudeste apresentou os melhores índices, comparados às demais regiões, porém insatisfatórios, pois muitos itens permaneceram abaixo de 50%; itens sobre acessibilidade por pessoas com deficiência (5,7 a 34,2%) e não alfabetizadas (0,1 a 27,4%) apresentaram pontuação muito baixa</p>	<p>A maioria das unidades avaliadas possui barreiras arquitetônicas e de comunicação, prejudicando a acessibilidade aos serviços de saúde prestados às pessoas com deficiência, não alfabetizadas ou idosas; destaca-se a importância da alocação de recursos para redução de iniquidades e melhoria do acesso</p>
	<p>Avaliar ou atribuir "acesso de primeiro contato", na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Acesso ao primeiro contato alcançado em 3,3, indicando um baixo grau de orientação para a Atenção Primária à Saúde. Os profissionais enfermeiros foram os que avaliaram o modo mais negativo atribuído (p = 3,2)</p>	<p>As equipes e a gestão da ESF precisam fortalecer a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde, buscando estabelecer opções de comunicação entre profissionais e usuários. Viabilizar a telefonia ou a comunicação na Internet pode ser vista como uma estratégia efetiva</p>
	<p>Conhecer como se dá o acesso de crianças com necessidades especiais de saúde na RAS</p>	<p>100% dos entrevistados fazem uso do SUS e relatam demora no diagnóstico e acompanhamento especializado, além do distanciamento da necessidade das crianças e assistência ofertada</p>	<p>Os resultados identificaram um acesso às RAS permeando obstáculos que se destacam pela morosidade do diagnóstico médico, assim como encaminhamento para especialista.</p>
	<p>Analisar as estratégias, desafios, e possibilidade da articulação entre a saúde mental e a Atenção Básica à Saúde a partir da perspectiva de gestores de saúde</p>	<p>Apesar de toda potencialidade da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, impasses foram encontrados. Entre eles: número reduzido de profissionais com habilidades e disponibilidades necessárias para a implantação dessa estratégia de cuidado, formação insuficiente e gestão.</p>	<p>A articulação entre a Atenção Básica e a saúde mental é um dispositivo potente para atenção psicossocial, porém, demanda de uma nova formação dos Caps e dos serviços de atenção básica.</p>
	<p>O presente trabalho busca conferir visibilidade à vocalização dos usuários, quanto às suas possibilidades e dificuldades de acesso a esses serviços públicos de APS.</p>	<p>Do total, 93% distavam até 20 minutos do serviço de saúde, e a abertura aos sábados (43%) e à noite (38%) facilitaria o acesso. Eram recebidos sem agendamento 60% deles, e 62% não consideravam o serviço capacitado para urgências.</p>	<p>Alinhando-se à Política Nacional de Atenção Básica e ao preconizado pelas conferências internacionais, valorizou-se a participação social como uma forma de enfrentamento dos múltiplos aspectos presentes na construção da saúde universal</p>
	<p>Avaliar atributos essenciais (acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade e coordenação da atenção) e derivados (orientação familiar e comunitária) da Atenção Primária em Saúde na percepção de usuários com e sem deficiência.</p>	<p>Participaram 93 usuários (67 com e 26 sem deficiência. Foram bem avaliados: grau de afiliação, acesso de primeiro contato (utilização), longitudinalidade e coordenação da atenção (sistema de informação). Receberam pior avaliação: acesso de primeiro contato (acessibilidade), coordenação da atenção (integralidade do cuidado), integralidade (serviços disponíveis e prestados) e orientação familiar e comunitária.</p>	<p>Os usuários com e sem deficiência avaliaram, de forma semelhante, a atenção que recebem e indicaram fragilidades no reconhecimento de demandas específicas. Há necessidade de mudanças (estruturais e do processo de trabalho) para assegurar acessibilidade, integralidade do cuidado e orientação familiar e comunitária e, assim, melhor qualificar a APS.</p>
0	<p>Analisar as percepções de indivíduos com surdez em relação ao processo comunicacional com profissionais de saúde da Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro.</p>	<p>A falta de intérprete e a não utilização da Língua Brasileira de Sinais pelos profissionais foram percebidas como barreiras comunicacionais. Já a presença de acompanhante ouvinte (73%) e o uso de mímicas/gestos (68%) estão entre as estratégias mais utilizadas pelos surdos. A maioria dos surdos relatou insegurança após as consultas, e os que melhor compreenderam seu diagnóstico e tratamento foram os surdos bilíngues (p=0,0347) e os oralizados (p=0,0056).</p>	<p>A comunicação com os profissionais foi facilitada quando os surdos estavam com acompanhante ou quando utilizavam mímicas e gestos, sendo a língua de sinais negligenciada, apesar de a legislação garantir aos surdos atendimento por profissionais capacitados para o uso desta.</p>
	<p>Descrever a estrutura necessária à</p>	<p>Todos os medicamentos avaliados e a sala de acolhimento apresentaram um aumento de</p>	<p>As unidades que aderiram aos Ciclos I e II do PMAQ obtiveram melhoria em</p>

1	atenção às pessoas com diabetes, usuárias da rede de atenção primária à saúde, avaliada nos Ciclos I e II do PMAQ no Brasil, 2012 e 2014.	mais de 10p.p. de 2012 para 2014. As prevalências de estrutura adequada de materiais, medicamentos e física nas UBS foram maiores em 2014. A estrutura adequada de materiais passou de 3,9% para 7,8%, de medicamentos de 31,3% para 49,9% e física de 15,3% para 23,3%.	suas estruturas. Entretanto, foi encontrada baixa prevalência de UBS com estrutura adequada, além de diferenças na estrutura dos serviços, de acordo com o porte populacional, IDH e cobertura de ESF.
2	Compreender quais elementos presentes no trabalho das equipes de saúde influenciam a capacidade do serviço em assegurar o acesso.	Os resultados foram sistematizados em nove elementos, a saber: (I) formação/domínio das normas; (II) experiência; (III) afinidade dos profissionais com determinado tema, agravo ou grupo de pessoas; (IV) satisfação profissional; (V) carga de trabalho; (VI) gestão e organização do processo de trabalho (VII) trabalho em equipe; (VIII) ações realizadas com a participação da comunidade e; (IX) respeito a autonomia das pessoas e aos diferentes saberes e culturas.	Os elementos identificados relacionados às questões individuais, à organização do serviço e ao relacionamento e participação da comunidade nas ações da unidade de saúde devem ser considerados tanto na formação de novos profissionais de saúde quanto na formulação de políticas públicas
3	Identificar as experiências de acesso aos cuidados de saúde na APS por pessoas com SD, na ótica de familiares destes usuários e enfermeiros.	Emergiram as seguintes categorias e subcategorias: Categoria 1. O cuidado ao usuário com síndrome de Down na atenção primária / Subcategoria 1. Concepção curativista e fragmentada do cuidado / Subcategoria 2. Percepção do enfermeiro quanto ao princípio da equidade / Subcategoria 3. Importância da integralidade da atenção / Categoria 2. Influência da gestão da atenção primária no acesso aos serviços / Categoria 3. Importância do conhecimento do enfermeiro para o cuidado à pessoa com síndrome de Down	Ressalta-se a importância de os currículos acadêmicos das áreas de saúde e enfermagem abordarem a temática do acesso de deficientes aos serviços de saúde, considerando-se as especificidades da pessoa com SD, suas necessidades e vulnerabilidades.
4	Analisar a acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica no estado de Goiás	Por meio da análise dos dados, foi possível construir duas categorias: ambientes que melhoram a acessibilidade e condições do ambiente que favorecem a acessibilidade.	Em relação aos ambientes que melhoram a acessibilidade, na maioria das UBS, não há acolhimento, salas de procedimentos e sanitários para portadores de deficiência. Ao analisar a sinalização interna das UBS, pode-se afirmar que a maioria não está dentro dos padrões preconizados.
5	Investigar as dificuldades de profissionais de saúde para a realização da consulta à pessoa com surdez severa	Categorias: Categoria 1: Deficiência na formação de recursos humanos / Categoria 2: Infraestrutura inadequada para o atendimento ao surdo / Categoria 3: Incertezas quanto à promoção da saúde do surdo / Categoria 4: Restrição à autonomia do usuário	Uma comunicação prejudicada é uma barreira à promoção da saúde e que os profissionais de saúde e as unidades de saúde não são capazes de receber e atender às necessidades de saúde de um paciente com surdez severa
6	Investigar a acessibilidade física de mobiliários, equipamentos e instalações sanitárias em Unidades de Saúde de Família.	Dos 90 prédios avaliados, 83,3% dos balcões e das mesas de trabalho e 85,6% dos assentos ambulatoriais estão adequados, como preconizado pela legislação. Entretanto, apenas 24,4% dos bebedouros estão instalados adequadamente. Nenhuma unidade apresentou orientações e instruções escritas em braille; 60,0% não têm sanitários adequados, e 92,2% não estão devidamente sinalizados.	Ainda são muitas as barreiras encontradas pelas pessoas com deficiência para o uso dos serviços de atenção básica à saúde. Nesse sentido, são necessárias intervenções específicas a esse grupo populacional e a avaliação das políticas públicas, para efetivar tudo o que é garantido por lei.
7	Avaliar a acessibilidade para idosos às Unidades de Atenção Primária de zonas urbanas e rurais.	A avaliação da via pública evidencia distribuição irregular com percentuais mais altos na zona urbana para faixas de pedestres, largura de calçadas, sinalização de trânsito ($p < 0,0001$) e meio-fio rebaixado ($p = 0,0001$), enquanto a rural apresentou $< 15\%$ de unidades acessíveis.	As unidades de saúde rurais e urbanas apresentaram condições insatisfatórias de acessibilidade nas vias públicas e nenhuma acessibilidade aos prédios, comprometendo o atendimento aos idosos por dificuldade ou falta de acesso.
8	Avaliar a acessibilidade física da recepção de unidades de atenção primária à saúde.	Dos itens analisados, escadas (24,8%), rampas (47,1%) e piso (75,8%) foram inacessíveis na maioria das unidades de saúde. Comparando zona urbana e rural, área de circulação (0,7x; $p = 0,293$), balcão (0,4x; $p = 0,010$), assento (0,7x; $p = 0,758$) e bebedouros (0,7x; $p = 0,736$) tiveram maior inacessibilidade na zona urbana.	O acesso das pessoas com deficiência física na atenção primária deve ser visto como prioridade; existem barreiras físicas, arquitetônicas e mobiliárias que comprometem o acolher integralmente do usuário.

9	Avaliar os impactos da inserção do acolhimento à demanda espontânea no tratamento de usuários hipertensos na atenção primária de saúde.	Os participantes revelaram que o acesso, vínculo e acolhimento são fundamentais para o tratamento da hipertensão; entretanto, afirmaram que a introdução do livre acesso à demanda espontânea comprometeu o fluxo de atendimento dos programas de hipertensão.	Foi evidenciada uma dicotomia entre a prática do acolhimento preconizada pelas políticas de saúde e a existente na realidade da UAPS, acarretando prejuízo ao cuidado do hipertenso na atenção primária.
0	Analisar o grau de orientação oferecido por unidades primárias em relação ao atributo acesso de primeiro contato na perspectiva de usuários hipertensos	Verificou-se a predominância das seguintes características individuais: 49% tinham entre 40 a 59 anos; 74% pertenciam ao gênero feminino; 38,1% apresentaram ensino fundamental incompleto; 59,5% tinham renda de até 2 salários mínimos. Obteve-se escore de 7,65 para acesso de primeiro contato, superior à média de 6,6 do escore padrão, e um escore de 2,40 para acessibilidade.	Os resultados apontam utilização satisfatória das unidades no que refere ao acesso de primeiro contato e insatisfatória quanto à acessibilidade aos serviços, o que mostra necessidade de investimentos na reorganização do processo de atendimento às demandas e prioridades dos usuários.

Fonte: Tabela criada pelos próprios Autores

2.3. Discussão

A acessibilidade é um indicador efetivo de qualidade, visto que a ausência dela pode resultar em aumento dos gastos públicos e redução da qualidade de vida. Este estudo analisou o cenário do País nos últimos cinco anos e verificou que o acesso ainda se apresenta como um entrave que perpassa por barreiras físicas, funcionais, políticas, estruturais e organizacionais (FIGUEIREDO, 2020). Os profissionais entendem o acolhimento como porta de entrada, mas estudo realizado no Nordeste apresentou que 38,6% avaliam, negativamente, a forma como este é executado, referindo falta de humanização e de adequação entre oferta e demanda do serviço. Outro ponto citado como prejudicial ao acesso é a inadequação de horários e de tempo de espera para consulta e demais procedimentos. (BISPO, 2020)

Menezes (2018) analisou equipes de saúde da família e verificou que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pode intitular-se como um a ferramenta potencial dessa avaliação, fortalecendo o princípio da acessibilidade. Em um estudo transversal com dados do Primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS), salientaram-se dois pontos importantes: as barreiras de comunicação e as barreiras físicas, aspecto presente na maioria das unidades avaliadas. Tal fato reflete prejuízos no âmbito da acessibilidade para as pessoas com limitações intrínsecas (deficiência auditiva e visual), ou extrínsecas a ela, como fatores socioeducacionais e ambientais. (SANTOS, 2020)

Em relação à esfera estrutural das UBS, um estudo feito em 13 mil unidades suscitou outro detalhe importante, ampliando o foco do espaço físico para a quantidade adequada de materiais e medicamentos. Corroborando o que foi dito, uma pesquisa mapeou o espaço físico de 157 unidades de saúde do Nordeste e obteve como resultado a existência de inacessibilidade em relação a rampas (47,1%), pisos (75,8%) e escadas (24,8%), constatando, também, uma inadequação maior da zona Rural em relação à Urbana. (NEVES, 2018; MARQUES, 2018)

É imperioso que as unidades de saúde estejam fundamentadas na Norma Brasileira de Regulamentação da ABNT 9050 que determina a métrica das condições arquitetônicas das UBS. Todavia, um estudo que avaliou 181 Unidades de Saúde obtivera inadequações em relação a problemas com pisos, balcões e mesas de trabalho com espaço frontal livre. Assim como, apenas 47,8% possuíam rampas, dessas 32,2% com piso antiaderente, ratificando a necessidade de

reorganizar a estrutura física (MARTINS, 2016; 2018). Em relação à presença de facilitadores da comunicação, apenas 32,1% possuíam, sendo estes mais frequentes nos municípios com maior PIB e porte populacional. (CONDESSA, 2020)

Ainda no tocante ao acesso de crianças com necessidades especiais na rede de atenção à saúde, pela visão dos cuidadores, apontou-se um distanciamento entre as necessidades das crianças e a assistência ofertada, relacionada à morosidade entre o processo de definição diagnóstica e o encaminhamento para o especialista. (NEVES, 2019). Em relação aos pacientes hipertensos, estudos referiram insatisfação quanto ao acesso às consultas, medicamentos e exames no contexto da APS. Tal afirmação se sustenta nos dados obtidos em um dos estudos, que mostrou que menos de 1% da população estava satisfeita com o Acesso de Primeiro Contato (GIRÃO, 2016; SOUZA, 2017)

A avaliação das percepções dos usuários dos serviços é fundamental, para que se possa assegurar acessibilidade, integralidade do cuidado e orientação familiar e comunitária. Em um estudo transversal observacional, que utilizou o questionário Primary Care Assessment Tool em usuários autodeclarados com deficiência, observou-se a existência de falhas no reconhecimento de problemas, bem como na orientação das pessoas que necessitam de auxílio. (ALMEIDA, 2017)

Além do supracitado, obstáculos enfrentados por surdos envolvem a falta de conhecimento da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) por parte dos profissionais e a falta de intérprete nas unidades. Tal fato evidenciou que a maioria dos surdos tem inseguranças após as consultas. Outra pesquisa percebeu que esse prejuízo e desconforto na comunicação não acontecem somente por parte do usuário, mas também do profissional que realiza o atendimento, tornando evidente que, sem comunicação efetiva, não há promoção de saúde adequada. (SANTOS, 2019; FRANÇA, 2016)

No contexto da saúde mental, com o advento da reforma psiquiátrica, foram criados serviços de acessibilidade à RAS, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Essa estratégia tem como principal ferramenta o apoio matricial do cuidado. (SOUZA, 2019). Nesse cenário, destaca-se a influência que uma UBS com acessibilidade garantida para a população vulnerável, evidenciando-se a necessidade de ações diferenciadas para esse grupo. (PESSALACIA, 2015; PAGLIUCA, 2017)

Em concordância com o exposto, estudos demonstram que 86% das unidades não apresentam horário de funcionamento adequados às necessidades dos cidadãos, e, em 68,5%, inexistente a prática do acolhimento à demanda espontânea, fato crucial nos indicadores de insatisfação dos usuários em face deste princípio do SUS. Logo, os estudos analisados ratificam a deficiência da acessibilidade aos serviços de saúde e a necessidade de maiores investimentos no fortalecimento da Atenção Básica. Por isso, foi necessária a idealização da Agenda 2030, a qual se buscou incluir objetivos e metas centrados nas pessoas, sensíveis ao gênero e com foco nos mais vulneráveis, valorizando a vocalização dos indivíduos e seu protagonismo nos serviços de Atenção Primária do país. (RIBEIRO, 2015; CATANTE, 2017)

3. Considerações Finais

Com base na nossa pergunta de partida, pode-se analisar, fundamentando-se nos estudos avaliados, que a acessibilidade na atenção básica não correspondeu com o nível assistencial desejado. Dessa forma, os resultados do atual estudo permitem verificar que a inacessibilidade na UBS no Brasil fere o princípio de integralidade e de universalidade do SUS, o que dificulta a assistência e prejudica os que precisam dos serviços de assistência à saúde.

Sendo assim, há uma necessidade de maiores investimentos em programas que possam incentivar a melhoria na qualidade desses serviços, bem como proporcionar uma rede de atenção mais igualitária. Para tanto, é essencial que se invista na qualificação do profissional e na sua sensibilização ao escolher as estratégias comunicacionais que possibilitem o reconhecimento das necessidades do usuário, inter-relacionando com a formulação de políticas, capacitações e estratégias infraestruturais.

Por fim, há a necessidade de mais estudos sobre a temática, para que o acesso assistencial seja atingido com plenitude, concorrendo, assim, para uma assistência à saúde de qualidade.

4. Referências

- ALMEIDA, Maria Helena Morgani de; et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2017.
- BISPO, Glauca Margarida Bezerra; et al. Avaliação do acesso ao primeiro contato na perspectiva dos profissionais. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 73, n. 3, e20180863, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020000300173&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul 2020.
- CATANANTE, Guilherme Vinicius; et al. Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3965-3974, 2017.
- CONDESSA, Aline Macarevichi; et al. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. *Rev. bras. de epidemiol.*, v. 23, 2020. Disponível em: < <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200074/pt>>. Acesso em: 13 jul. 2020.
- CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Rev Saúde em Debate*.2014 38(esp):252-264
- DE FRANÇA, Eurípedes Gil et al. Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. **Ciencia y Enfermería**, v. 22, n. 3, p. 107-116, 2016.
- FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de; SHIMIZU, Helena Eri; RAMALHO, Walter Massa. A acessibilidade da atenção básica no Brasil na avaliação dos usuários. *Cad. Saúde Colet.*, v. 28, n. 2, p. 288-301, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v28n2/1414-462X-cadsc-1414-462X202000020288.pdf>>. Acesso em 13 jul. 2020
- FINEOUT-OVERHOLT, Ellen.; STILLWELL, Susan B et al. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39.
- GIRÃO, Ana Livia Araújo; FREITAS, Consuelo Helena Aires de. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 2, 2016.
- LANDINI, Fernando; COWES, Valéria González.; D'AMORE, Eliana. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n.2, p. 231-244, 2014.

Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231.pdf>>. Acesso em 16 jul. 2020.

MARQUES, Juliana Freitas; et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 39. 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

MARTINS, Kaisy Pereira; et al. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3153-3160, Out 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016001003153&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul 2020.

MARTINS, Kaisy Pereira; et al. Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 1150-1155, 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto **Contexto Enferm**. 2008;17(4):758-64.

MENEZES, Erica Lima Costa de; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; RAMOS, Flávia Regina Souza. Influência do trabalho multiprofissional na produção do cuidado e acesso na atenção primária à saúde. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 3, p. 342-352, 2018.

NEVES, Eliane Tatsch et al. Acesso de crianças com necessidades especiais de saúde à rede de atenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 65-71, 2019.

NEVES, Rosália Garcia; et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00072317, 2018.

OUZZANI, Mourad; et al. Rayyan - a web and mobile app forfor systematic reviews. **Systematic Reviews** (2016) 5:210. Disponível em: <https://rayyan.qcri.org/> DOI: 10.1186/s13643-0160384-4. Acesso em: 12 jul. 2020.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; et al. Acesso de idosos às unidades de Atenção Primária à Saúde. **Rev Min Enferm**, v. 21, p. 1-5, 2017.

PESSALACIA, Juliana Dias Reis; et al. Experiências de acesso a serviços primários de saúde por pessoas com Síndrome de Down. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, 2015.

RIBEIRO, Juliana Pires et al. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. 2015.

RIBEIRO, Saby Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Taváres. Atenção Primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e melhoria da qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.25, n. 5, p. 1799-1808, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n5/1413-8123-csc-25-05-1799.pdf>>. Acesso em 16 jul. 2020.

SANTOS, Alane Santana; PORTES, Arlindo José Freire. Percepções de sujeitos surdos sobre a comunicação na Atenção Básica à Saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 27, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/pt_0104-1169-rlae-27-e3127.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2020.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2018258, 2020.

SOUZA, Ândrea Cardoso de; et al. Inclusão da saúde mental na atenção primária à saúde: estratégia de atenção no território. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 72, n. 6, p. 1677-1682, dezembro de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000601677&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul 2020.

SOUZA, Inês Leoneza de; et al. Acesso às unidades de saúde da família na perspectiva de hipertensos. 2017.

Capítulo 5

**AÇÕES EDUCATIVAS COMO MÉTODO DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS DE VEICULAÇÃO
HÍDRICA EM COMUNIDADE ESCOLAR**EDUCATIONAL ACTIVITIES AS A METHOD OF PREVENTING WATERBORNE
DISEASES IN SCHOOL COMMUNITY

André Luiz Fidelis Lima¹
Kleinn de Oliveira Silva²
Glauciene Cavalcante Gomes³
Isabel Comassetto⁴
Rossana Teotônio de Farias Moreira⁵
Julio César Pereira da Silva⁶

RESUMO: Objetivo: avaliar o efeito de ações educativas como nível de prevenção de doenças por veiculação hídrica antes e após ações educativas em comunidade escolar. Material e métodos: Estudo transversal, quantitativo realizado em uma escola pública municipal no interior de Alagoas, onde foram realizadas atividades avaliativas, com questões objetivas e subjetivas, sobre doenças de veiculação hídrica com alunos do 6º ao 9º ano desta instituição. Foi realizado no período, um pré – teste e pós – teste e logo em seguida tabulados os dados obtidos no programa Bioestat versão 5.3. As notas dos testes foram comparadas pelo teste de Wilcoxon e analisada a frequência de cada um dos conceitos categorizados antes e após avaliações do processo educativo e verificada a relação de cada conceito no início e término do trabalho, levando em consideração suas médias e desvios padrões. Resultados: Observou-se uma diferença significativa entre as notas obtidas em três das quatro séries submetidas ao estudo e um aumento das médias avaliadas em todos os casos. A comparação entre as médias obtidas nos testes aplicados demonstrou que as crianças assimilaram novos conhecimentos. Conclusão: O presente estudo constata que ações educativas desenvolvidas em comunidades escolares tem um importante papel, à medida que os as crianças e adolescentes disseminam o que aprendem e multiplicam o conhecimento no seu meio escolar, familiar e social, diminuindo com isso os riscos às possíveis doenças, ganham maior autoestima e com isso conquistam melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Prevenção. Educação em saúde. Adolescentes.

ABSTRACT: Objective: evaluate the effect of educational level as prevention of waterborne diseases before and after educational activities in community. Material and methods: Cross-sectional study conducted in a quantitative public school within Alagoas, where evaluation activities were conducted with objective and subjective questions about waterborne diseases with students from 6th to 9th grade this institution. Was conducted, a pre - test and post - test and then immediately tabulated data obtained in the Biostat version 5.3. Test scores were compared using the Wilcoxon test and analyzed the frequency of each of the concepts categorized before and after evaluations of the educational process and verified the relation of each concept at the beginning and end of the work, taking into account their means and standard deviations. Results: There was a significant difference between the scores obtained in three of four sets and subjected to study an increase of the mean evaluated in all cases. The comparison between the mean values of the applied testing showed that children assimilate new knowledge. Conclusion: This study finds that educational initiatives developed in school communities have an important role, as the children and adolescents who learn and disseminate the knowledge multiply in your school, family and social

1 Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: contatoandrefidelis@gmail.com.

2 Graduada em enfermagem pela universidade estadual de ciências da saúde de alagoas. E-mail: kleinn.oliveira@gmail.com.

3 Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: glaucienecavalcante@yahoo.com.

4 Doutora em Ciências pela USP. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Departamento de Saúde do Adulto e do Idoso. E-mail: isabelcomassetto@gmail.com.

5 Doutora em Patologia Ambiental e Experimental pela Universidade Paulista. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Departamento de Saúde da criança e do adolescente. E-mail: rossanateo@hotmail.com.

6 Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista. E-mail: andreluizfidelislima@gmail.com.

life, thereby reducing the risks of possible diseases, gain greater self-esteem and thereby gain a better quality of life.

Descriptors: Prevention. Education in health. Teenager.

Introdução

O mundo está passando por um período de grandes transformações, resultado dos progressos políticos, econômicos, sociais, ambientais, dos avanços científicos e tecnológicos alcançados em todas as áreas, tendo como consequência a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida. A divisão geopolítica dos continentes, traz diferenças nos níveis de desenvolvimento e de riqueza, além de outras, fenotípicas e culturais, que formarão um conjunto diversificado de etnias. Muitas destas clivagens são frutos de processos adaptativos, geográficos e climáticos, algumas de fenômenos eventuais e outras de processos históricos, sociais, econômicos e culturais complexos (ARRETO, 2017).

Apesar de ter mais de 30 anos a Carta de Otawa de 1986, a principal referência que reafirma a importância da promoção à saúde e aponta, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde do indivíduo e da população, caracterizando-se como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2005).

A promoção a saúde, é constituída pela construção compartilhada de alternativas que visam a construção de práticas voltadas para o aprimoramento de hábitos saudáveis, sejam eles adotados individualmente, coletivamente. Visando a melhor qualidade de vida. Ofertada de forma adaptar tais práticas de acordo com a realidade de cada indivíduo, devendo ser implementada através das políticas públicas de promoção a saúde (CARVALHO, 2015).

Dentre os principais objetivos da educação em saúde, vale destacar a sua importância para melhoria das condições de vida e de saúde das populações. Dentre as estratégias para a promoção desta, está a educação em saúde, que foca à conscientização, sensibilização e mobilização individual ou coletiva para o enfrentamento de situações que interferem na qualidade de vida das pessoas, sejam relativos a fatores individuais (intrínsecos) ou ambientais (extrínsecos) (PEREIRA; PINHEIRO; CAETANO; ATAÍDE, 2016).

É através da educação que se faz possível tais implementação, pois ela é o principal veículo para as transformações da educação em saúde. Pois através do conhecimento escalonado, os indivíduos poderão adquirir maior interesse na mudança de seu comportamento, assim como de seu meio ambiente (HERNÁNDEZ, 2016).

O processo de evolução da sociedade se baseia dentro desta temática em dois elementos: a educação e a saúde, tendo a escola como um ambiente que proporciona a implementação de práticas educativas em saúde. Tendo ambas o papel de se complementar de modo que uma não sobreponha – se a outra (HERNÁNDEZ, 2016).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), assegura que a educação no ambiente escolar também passa pela educação em saúde, já que é nesse ambiente em que a maioria da população

passa a maior parte da sua vida. Sendo ele, também o importante meio de interação social, onde habilidades são desenvolvidas e experiências que são articuladas, por esse motivo contribui para o desenvolvimento de prevenção e qualidade de vida (PEREIRA; PINHEIRO; CAETANO; ATAÍDE, 2016).

Dessa forma pretendendo assim desenvolver uma consciência crítica no escolar, resultando na aquisição de práticas que visem à promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e da saúde da comunidade da qual faz parte (DUARTE, 2015).

No sentido de melhorar a saúde da comunidade ações coordenadas para promoção e educação em saúde, são a melhor maneira para implementar a melhoria da saúde da comunidade (GUERRA; SILVA, 2018).

O cidadão enfrenta as desigualdades sociais em seu cotidiano, isso é o reflexo da falta de políticas públicas voltadas para o bem-estar social, já que a população mais vulnerável é a que mais sofre e a que mais tem dificuldade de buscar o atendimento à saúde, seja ele básico ou complexo (ARRETO, 2017).

A escola nos últimos tempos tem desempenhado um papel importante na educação em saúde, mostrando aos estudantes a importância de cuida-la de forma individual, coletiva e comunitária (PNUD, 2006).

Um dos temas mais relevantes para educação em saúde e abordados na escola, é quanto à qualidade da água, levando em consideração a avaliação de sua qualidade microbiológica (SILVA, 2018).

O número de mortes por ano, diretamente relacionados com o consumo de água não potável é de 3 milhões em nível mundial. Dados revelam que, as infecções parasitárias transmitidas pela água e pelo mau saneamento atrasam o potencial de aprendizagem de mais de 150 milhões de crianças e que seria importante o controle dessas infecções e parasitoses intestinais (SILVA, 2018).

Nos países em desenvolvimento os principais problemas, devido a falta de saneamento básica e da má qualidade da distribuição e tratamento da água, doenças como diarreicas de veiculação hídrica, como, por exemplo, febre tifóide, cólera, salmonelose, shigelose e outras gastroenterites, poliomielite, hepatite A, verminoses, amebíase e giardíase, têm sido responsáveis por vários surtos epidêmicos e pelas elevadas taxas de mortalidade infantil, relacionadas à água de consumo humano, tendo como reflexo para saúde das crianças o atraso no seu potencial de aprendizagem (GARCIA; PEREIRA; DEGOBI; MENEGAT; FARENZENA; MAURICIO; MENEGOL; DISTÉFANO; ALMEIDA, 2009).

O interesse de estudar o tema surgiu da observação da precariedade das informações relacionadas à água, bem como as formas de transmissão e contaminação de diversas doenças hídricas, falta de estrutura e saneamento básico da cidade e do abastecimento de água. O objetivo do estudo foi avaliar o efeito de ações educativas como nível de prevenção de doenças por veiculação hídrica em comunidade escolar.

Material e Método

Estudo transversal e quantitativo, realizado numa escola pública no interior do Estado de Alagoas, no período de março a novembro de 2010. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas com protocolo de nº 1307. Participou do estudo uma população censitária de crianças e adolescente matriculado no turno matutino da extensão de uma escola pública no interior de Alagoas, que cursava do 6º ao 9º ano, de ambos os sexos, do ensino fundamental II.

O trabalho foi interdisciplinar e integrado com as diversas disciplinas do currículo escolar. O estudo foi desenvolvido em duas etapas: a primeira parte firmou parceria com a instituição de ensino público, para desenvolvimento da pesquisa e reunião com corpo docente, diretores e coordenadores do turno da extensão, para melhor explicação do estudo e desenvolvimento das atividades avaliativas, que foram realizadas na segunda etapa.

Os alunos foram convidados a participar da pesquisa e os que aceitaram receberam o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para que o mesmo fosse assinado pelos pais e/ou responsáveis. Inicialmente foi realizada uma atividade avaliativa, a qual chamou de pré-teste composto de questões objetivas e subjetivas relacionadas com temas de doenças de veiculação hídrica.

Durante o período de dois meses, após a avaliação inicial os alunos foram submetidos a diversos processos de ensino aprendizagem, para melhor compreensão das contaminações e transmissões das doenças por veiculação hídrica e fatores socioeconômicos e ambientais que contribuem para tal contaminação e dispersão das doenças.

Palestras, jogos, filmes, confecção de cartazes e outros recursos didáticos foram usados para discutir os temas propostos no projeto e socializar os meios de contaminações e transmissões com a comunidade escolar da instituição de ensino. Após a execução das estratégias de conhecimento, foi aplicada a mesma atividade avaliativa inicial, a qual chamou de pós – teste, com o propósito de avaliar o nível de conhecimento adquirido pelos alunos.

Os dados de ambas as etapas foram tabulados no programa Bioestat versão 5.3. As notas obtidas antes e após o processo educativo avaliativo de educação em saúde foram comparadas pelo teste Wilcoxon. Foi analisada a frequência de cada um dos conceitos categorizados antes e após as avaliações do processo educativo e verificada a relação de cada conceito no início e término do processo do trabalho educativo de educação em saúde.

Resultado e Discussões

A amostra final foi formada por 40 estudantes do 6º ao 9º ano da escola pública do interior do Estado de Alagoas.

A tabela 1 apresenta a diferença nas notas obtidas no pré e pós – teste. Observa-se uma diferença significativa entre as notas obtidas em três das quatro séries submetidas ao estudo e

um aumento das médias avaliadas em todos os casos. A comparação entre as médias obtidas nos testes aplicados demonstrou que as crianças assimilaram novos conhecimentos. Ratificando que educação em saúde dentro do ambiente escolar além de ser muito produtivo para os estudantes também atua de maneira direta nos hábitos de toda a população (COSTA, 2017).

O papel da educação em saúde é o de qualificar os alunos para serem agentes multiplicadores para defender a preservação e a sustentabilidade do meio ambiente e que lutem por melhores condições de vida e saúde (FREIRE, 2000).

Tabela 1 – Diferença das notas antes e após a intervenção de educação e saúde em escola pública municipal do interior de Alagoas.

1.	3. ANTES	5. DEPOIS	7.
2. SÉRIE	4. MÉDIA ± DESVIO PADRÃO	6. MEDIA ± DESVIO PADRÃO	8. p*
9. 6º ANO	10. 6,3 ± 0,43	11. 7,4 ± 0,84	12. 0,007
13. 7º ANO	14. 7,9 ± 1,43	15. 9,0 ± 1,19	16. 0,005
17. 8º ANO	18. 8,5 ± 1,05	19. 9,1 ± 0,80	20. 0,119
21. 9º ANO	22. 7,7 ± 1,25	23. 9,9 ± 0,20	24. 0,026

*Teste de Wilcoxon. Fonte: autores, 2012.

De acordo com estudo de educação em saúde realizado anteriormente em comunidade escolar, refere que o aprendizado na escola deve respaldar modificações das ações dos alunos em relação a si mesmos, à coletividade e ao entorno, objetivando melhorar, cada vez mais, a qualidade de vida de todos os que convivem na escola e familiares (COSTA, 2017; DUARTE, 2015; FREIRE, 2000).

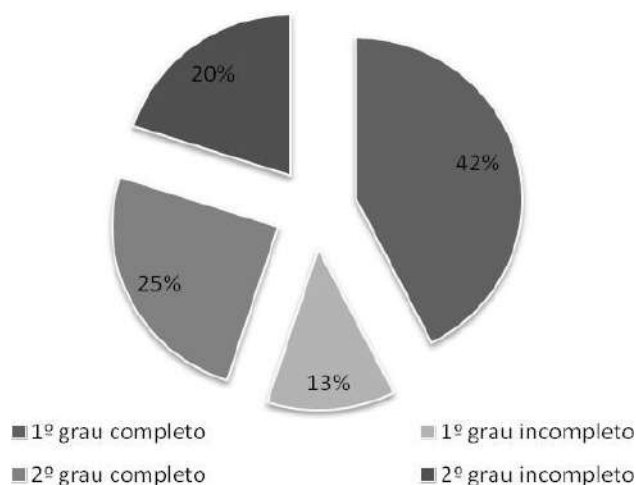
Freire (2000) em estudos realizados de educação em saúde refere que educar não significa adestrar, mas desenvolver a capacidade de aprender como um sujeito crítico, que constrói o conhecimento do objeto ou participa de sua construção. Exige apreensão da realidade, não para a adaptação, mas para a transformação, para a intervenção e a recriação dessa realidade.

De acordo com estudo realizado por Dilly e Jesus (2005) em ambiente escolar, o crescimento do ser humano é geneticamente determinado, porém os fatores que atuam na aprendizagem, socioeconômicos e ambientais, são determinados pelas relações e pelo meio onde ele cresce e se desenvolve.

Para Pinto (2000), há uma tendência a acreditar que as pessoas cujas necessidades básicas são satisfeitas motivam-se mais facilmente e consomem ensinamentos educativos até mesmo de modo voluntário. Relata, no entanto, que nas décadas de 1960 e 1970, diante dos resultados positivos obtidos em pesquisas piloto em comunidades carentes, muitos pesquisadores

chegaram acreditar que bastaria a educação para que as populações carentes modificassem seus hábitos. Mesmo que, nos dias atuais já tenhamos clareza das possibilidades e limites da educação diante dos condicionantes sociais e econômicos.

Figura 1 – Escolaridade dos pais dos alunos da escola municipal do interior de Alagoas, 2010.



Fonte: autores, 2012.

Com relação à escolaridade dos pais dos alunos, 13% apresentaram 1º grau incompleto (1º ao 9º ano), 42% apresentaram 1º grau ou ensino fundamental I completo, 25% apresentaram ensino médio completo e 20% apresentaram ensino médio incompleto, sendo que nenhuns dos pais apresentaram nível de escolaridade superior. Este fator condicionante é de extrema importância para avaliar questões que envolva educação e saúde, porque entende-se que quanto menor forem o nível de escolaridade dos pais, menor as informações relacionadas com saúde em ambiente familiar (COSTA, 2017; DUARTE, 2015). Segundo, Brasil (2000), o ensino da saúde tem sido um desafio para educação, no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos.

As experiências mostram que transmitir informações referentes a hábitos de higiene e de transmissão de doenças por veiculação hídrica, não é suficiente para que os alunos desenvolvam atitudes de vida saudável em suas casas (ZANCUL, 2006). Seria preciso educar os pais para a saúde, levando em conta todos os aspectos envolvidos na sua formação inicial e valores culturais diários para tal situação.

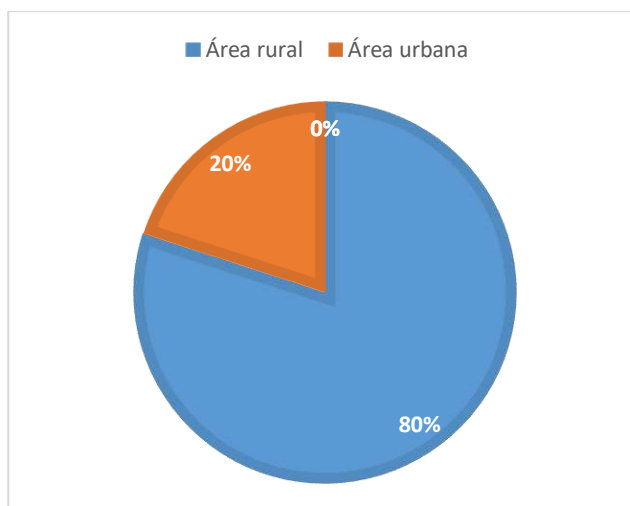
Mesmo assim, embora a educação em saúde, sozinha, não tenha forças para possibilitar a saúde desejável à população, pode fornecer elementos que capacitem os indivíduos para ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições saudáveis (PNUD, 2006; SILVA, 2018).

Os dados obtidos nas figuras 2 e 3 mostraram que 80% das famílias dos APS, moram na área urbana da cidade, independente de terem 1º ou 2º graus completos ou incompletos e recebem água canalizada e tratada e rede de esgoto canalizado, sendo realizada coleta de lixo 2

ou 3 vezes por semana. As outras 20% apresentaram problemas sanitário relacionado com saneamento básico favorecendo o adoecimento e contaminação ambiental.

Com relação ao conhecimento acerca de doenças de veiculação hídrica, todos os alunos, independente de morarem na área urbana ou rural da cidade, conheciam a xistosa (Esquistossomose) como uma doença que se pode pegar em água contaminada (GARCIA; PEREIRA; DEGOBI; MENEGAT; FARENZENA; MAURICIO; MENEGOL; DISTÉFANO; ALEIDA, 2009; SILVA, 2018). Alguns tiveram conhecimento acerca da necessidade de tampar a caixa d'água para prevenir a dengue. Apenas 24% mencionaram o amarelão como doença transmitida pelos pés descalços e que se podem contrair lombrigas e vermes quando não se lava as mãos antes de comer e depois de ir ao banheiro. Todos os alunos demonstraram saber que se podem contrair outras doenças, mas não souberam citar nomes ou não souberam associa-las a transmissão por veiculação hídrica (MAURICIO; MENEGOL; DISTÉFANO; ALEIDA, 2009; SILVA, 2018).

Figura 2 – Área de Moradia das famílias dos alunos, 2010.



Fonte: autores, 2012

Segundo estudo realizado pela OMS, o acesso à água potável e ao saneamento básico é fundamental para melhorar a qualidade de vida e reduzir a pobreza (MAURICIO; MENEGOL; DISTÉFANO; ALEIDA, 2009; SILVA, 2018). No mundo, 1,1 bilhão de pessoas não têm acesso à água e 2,6 bilhões estão sem saneamento. A água não tratada, sendo um veículo de diversas doenças, pode impossibilitar às crianças de frequentar a escola aumentando a desigualdade de aquisição de conhecimento. Estudo propostos por Zancul (2006), estima que, por ano, 25 milhões de pessoas morrem no mundo devido a doenças transmitidas pela água. Assim, a água, que poderia estar associada à ideia de vida e saúde, passa a ser associada à ideia de doença, à medida que os córregos degradados se transformam em focos de doenças.

Estudo realizado por Freire (2000) afirma que a proposta de educação em saúde ultrapassa os limites de uma teoria, porquanto ela pode ser entendida como forma de compreender o mundo, refletir sobre ele, transformando a realidade a partir de uma ação consciente.

Considerações finais

Com base nos resultados alcançados no transcorrer da pesquisa, acredita-se que o estudo pode contribuir com a reflexão acerca da importância do trabalho de educação e saúde com grupos compostos por crianças e adolescentes em diversos tipos de comunidades.

O presente estudo constata que ações educativas desenvolvidas em comunidades escolares tem um importante papel, à medida que os/as crianças e adolescentes promotores de saúde colocam em prática e disseminam o que aprendem, multiplicando o conhecimento no seu meio escolar, familiar e social, mudam hábitos, diminuindo com isso os riscos às possíveis doenças, ganham maior autoestima e com isso conquistam melhor qualidade de vida.

Constatou-se que a escola é um ambiente propício para a aplicação de programas de educação em saúde, pois a mesma está inserida em todas as dimensões do aprendizado do alunado e também que é salutar e possível trabalhar interdisciplinarmente como doenças de veiculação hídrica pouco explorada em comunidade escolar na educação em saúde.

A partir desse estudo sugere-se que sejam desenvolvidas mais ações educativas dentro do ambiente escolar voltada para educação em saúde. Os resultados desta pesquisa permitiram reafirmar que a escola é um importante espaço de informação e uma excelente oportunidade para trabalhar a saúde de forma mais efetiva. Cabe salientar que a inclusão dos conteúdos relacionados à saúde individual e coletiva nos currículos da escola favoreceria a abordagem desse tema pelos próprios professores, visto que é possível trabalhar a educação em saúde no contexto interdisciplinar.

Referências

ARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, July 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). A educação que produz saúde. Brasília (DF): Departamento de gestão da educação na saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_que_produz_saude.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde**. Vol 9. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília, 2000. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro091.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2020.

CARVALHO, F. F. B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401207&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

COSTA, M. L. A. **Promoção da saúde no ambiente escolar: percepções e práticas dos docentes de ensino fundamental de escolas públicas**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, Itaporanga, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/4116>. Acesso em: 07 jun. 2020.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. **Processo educativo de enfermagem: Das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe Editorial, 2005.

DUARTE, A. P. **Práticas educativas em saúde no ambiente escolar: uma proposta de intervenção**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/praticas-educativas-saude-ambiente-escolar.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

GARCIA, R. N.; PEREIRA, A. C.; DEGOBI, B. L.; MENEGAT, D.; FARENZENA, E.; MAURICIO, M.; MENEGOL, R.; DISTÉFANO, E. G.; ALMEIDA, E. B. Agentes mirins de saúde: uma estratégia para formar multiplicadores de conhecimento. **RSBO**, 6(1), p. 14-19, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/lil-509364>. Acesso em: jul. 2020.

GUERRA, L. V.; SILVA, B. D. Vigilância da qualidade da água para consumo no estado do Rio de Janeiro. **Ambient. soc.**, São Paulo, v. 21, e00972, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/asoc/v21/pt_1809-4422-asoc-21-e00972.pdf. Acesso em: 05 jul. 2020.

HERNÁNDEZ, J. S. **Intervenção educativa sobre verminoses na ESFII Alto da Boa Vista no Município de Olho D'água do Casado/Alagoas**. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Maceió, 2016. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Intervencao_educativa_sobre_verminoses_na_ESFII_Alto_da_Boa_Vista_no_municipio_Olho_D_agua_do_Casado_Alagoas/441. Acesso em: jul. 2020.

PEREIRA, F. G. F.; PINHEIRO, S. J.; CAETANO, J. Á.; ATAÍDE, M. B. C. Características de práticas de educação em saúde realizadas por estudantes de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, 21(2): p. 01-07, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44209/27949>. Acesso em: 11 jul. 2020.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4ª edição, Santos – SP, 2000.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório do Desenvolvimento Humano. **A água para lá da escassez: poder, pobreza e a crise mundial da água**. New York, USA, 2006. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2006_portuguese_summary.pdf. Acesso em: 06 jun. 2020.

SILVA, A. C. M. **Proposta de avaliação da vulnerabilidade hídrica subterrânea na área urbana do município de querência – MT**. Projeto de Intervenção (Curso de Especialização em Elaboração e Gerenciamento de Projetos para a Gestão Municipal de Recursos Hídricos) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, Cuiabá, 2018. Disponível em: <http://dspace.agencia.gov.br:8080/conhecerhana/2618>. Acesso em: 06 jun. 2020.

ZANCUL, MS. Água e saúde. **Revista Eletrônica de Ciências CDCC - USP**, São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.cdcc.sc.usp.br/ciencia/artigos/art_32/docs/AtualidadesABRIL.doc. Acesso em: 07 jul. 2020.

Capítulo 6

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA POR MEIO DO USO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Marcelino Maia Bessa¹
Layane da Silva Lima²
Joyce Oliveira de Souza³
Anderson Italo Aquino Silva de Souza⁴
Nayanne Victória Sousa Batista⁵
Marlison Diege Melo da Silva⁶
Rodrigo Jacob Moreira de Freitas⁷

RESUMO: Objetivou-se relatar a experiência sobre ações na atenção primária com a problemática do acolhimento nos serviços de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência vivenciado em uma Unidade Básica de saúde no município do interior do Nordeste. As atividades configuraram-se como momentos de exposição dialogada acerca da temática, sendo possível constatar que, apesar de ser perceptível alguma mudança em relação à compreensão de acolhimento, a maioria dos participantes, inclusive os estagiários do curso de graduação em enfermagem, continuavam com as percepções engessadas. Houve uma necessidade de aprofundamento da temática, sendo necessário pensar em novas estratégias de como tornar contínua essa discussão na Unidade Básica de Saúde, utilizando metodologias majoritariamente ativas e dinâmicas. Além disso, a experiência oportunizou refletir sobre a percepção e prática do acolhimento, bem como a necessidade e importância de utilizar metodologias ativas e de caráter dialógico na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Enfermagem.

ABSTRACT: The objective was to report the experience about actions in primary care with the problem of reception in health services. This is a descriptive, qualitative, type of experience report lived in a Basic Health Unit in the municipality of the interior of the Northeast. The activities were configured as moments of dialogued exposition on the theme, and it is possible to verify that, despite the perceived change in the understanding of welcoming, most of the participants, including the interns of the undergraduate nursing course, continued with the plastered perceptions. There was a need to deepen the theme, and it was necessary to think of new strategies on how to make this discussion continuous in the Basic Health Unit, using mostly active and dynamic methodologies. In addition, the experience provided an opportunity to reflect on the perception and practice of welcoming, as well as the need and importance of using active and dialogical methodologies in primary health care.

Keywords: Health Education. Primary Health Care. User Embrace. Nurse.

Introdução

A Atenção Básica configura-se por uma associação de ações de saúde, tanto no campo individual quanto coletivo, que envolvem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Para sua organização, de

¹ Graduando em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: marcelino.maia.18@outlook.com.

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: laypb@hotmail.com.

³ Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: joycesousa1730@gmail.com.

⁴ Graduando em Enfermagem pela Universidade Potiguar. E-mail: asouzaenfer@gmail.com.

⁵ Especialista em Saúde Coletiva pela faculdade IBRA. E-mail: nayannevic@hotmail.com.

⁶ Especialista em Docência do Ensino Superior pela FATEC. E-mail: marlisondiego3@gmail.com.

⁷ Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE e professor do Departamento de Enfermagem da UERN – Campus de Pau dos Ferros. E-mail: rodrigojmf@gmail.com.

acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como estratégia prioritária a Saúde da Família (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica foi fundamentada com base nos princípios assistenciais e organizativos do SUS, universalidade, equidade e integralidade. A normatização destes princípios trouxeram avanços nos serviços de saúde do Brasil, mas ainda é visível uma verticalização dos processos de trabalho que interfere de forma negativa nas práticas de atenção à saúde, fragilizando a relação entre os diferentes profissionais e consequentemente com os usuários do serviço de saúde (SILVA, 2011).

Como plano para reverter esse quadro o Ministério da Saúde elaborou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), esta que faz parte do direito à saúde e aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2017).

Neste contexto, o acolhimento integra umas das principais diretrizes para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2004). Afim de garantir ao usuário um acesso resolutivo, atendimento humanizado, possibilitando ações e serviços de acordo com suas necessidades, o acolhimento é o eixo central, por proporcionar uma modificação do processo de trabalho realizado, fugindo do modelo biomédico. Acolher é reconhecer o outro como singular e a partir disso visualizar suas necessidades de saúde (MARTINS et al., 2019).

O acolhimento deve ser construído de forma coletiva e fundamentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações, desenvolvendo vínculo, compromisso e confiança. É através de uma escuta qualificada ofertada pelos trabalhadores às necessidades do usuário, garantindo o acesso deste a tecnologias apropriadas, ampliando a resolubilidade das práticas de saúde que o acolhimento é realizado (BRASIL, 2013).

O acolhimento como dispositivo da PNH, reconhece a esfera subjetiva do ser humano, tratando-o como um ser histórico, social e cultural, proporcionando mais garantia de resolubilidade de problemas apresentados, entretanto para concretizá-lo no serviço é necessário: ética e política, tratando diretamente da postura dos profissionais, e gestão, melhorando o acesso e serviços prestados, promovendo o cuidado interdisciplinar (SOLLA, 2005; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010)

A proposta de trabalhar o tema acolhimento neste artigo foi motivada diante os problemas relacionados à falta de entendimento e a não vivência continuada do acolhimento nos serviços de saúde por profissionais, observados pelos pesquisadores que repercutem diretamente na oferta de um atendimento adequado aos usuários da Unidade Básica de Saúde, tendo em vista que o acolhimento é o primeiro passo para implantação de uma assistência humanizada no contexto da atenção primária a saúde, capaz de reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde da família e viabilizar a garantia do acesso à saúde de forma integral, equânime e universal. O que se

observa é que estes conceitos não estão bem consolidados em uma parte considerável dos trabalhadores das Unidades de saúde.

Em face ao exposto, o presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência sobre ações na atenção primária com a problemática do acolhimento nos serviços de saúde para os trabalhadores e estagiários do curso de graduação em enfermagem deste segmento da rede de atenção à saúde.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, tipo relato de experiência, vivenciado em uma Unidade Básica de saúde no município do interior do Nordeste. A unidade possui quatro equipes de saúde da família, composta por um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma assistente social, oito agentes de saúde e o médico plantonista (MATOS, 2016).

Participaram da experiência os trabalhadores citados e mais 5 (cinco) estagiários de um curso de graduação em enfermagem que estavam vivenciando o estágio supervisionado nesta unidade de saúde.

As atividades aconteceram, durante o mês de novembro de 2018, no turno vespertino. Os encontros foram divididos de acordo com os subtemas gerados dentro do tema central: O acolhimento na Atenção Básica, resultando em quatro encontros.

Nesse contexto, utilizou-se de metodologias ativas as quais estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia. Estas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar os participantes, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas (MILTRE et al., 2008).

Sendo assim, foram utilizadas as metodologias designadas de: tempestade de ideias; roda de conversa; contação de histórias; estudo de caso e árvore de problemas.

Este estudo não apresentou a necessidade de ser avaliado por Comitê de Ética e Pesquisa uma vez que se trata de uma experiência e não apresenta identificação dos sujeitos nem de cenário e não fere nenhum preceito ético da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Resultados e discussão

No primeiro encontro foi apresentada a finalidade do trabalho a ser desenvolvido com os trabalhadores e estagiários do curso de enfermagem, explicitando que o tema escolhido surgiu mediante uma necessidade captada no cotidiano da atenção primária a saúde que aponta para uma necessidade de discussão sobre acolhimento em saúde com seus profissionais/equipe.

Em seguida, foi trabalhado o primeiro subtema: “O significado de acolher: Como transpor essa reflexão para o campo da saúde? Qual o sentido?” Nessa oportunidade se procurou

apreender a compreensão inicial dos participantes sobre o que seria acolhimento e qual a implicação do acolhimento no cotidiano da atenção primária a saúde.

Sendo assim, tentando quebrar o paradigma de uma construção de conhecimento verticalizado em que nós seríamos os emissores e eles apenas os receptores, contrariando assim o nosso intuito, o que nessa perspectiva é de suma relevância ressaltar a importância da educação problematizadora, uma vez que ela serve à libertação, se funda na criatividade e estimula a reflexão e a ação verdadeira dos homens sobre a realidade (FREIRE, 2005).

Para esse momento utilizou-se a dinâmica da – Tempestade de Ideias. Essa atividade teve por objetivo incentivar a livre promoção de ideias, sem restrições nem limitações, é uma espécie de mecanismo de indução, que possibilita do ponto de vista pedagógico, uma atitude interrogativa e reflexiva entre os participantes diante de um dado questionamento (MINICUCCI, 1987).

Esta atividade se deu em 3 momentos. No primeiro, cada participante recebeu uma folha de papel ofício onde em uma palavra foi escrito o seu entendimento sobre acolhimento/acolher. No segundo, logo em seguida houve a apresentação de cada participante sobre sua concepção de acolhimento representada pela palavra escolhida e, posteriormente, a palavra foi inserida em um mural da tempestade de ideias. E no terceiro, depois de ocorrido esta etapa, foi realizada a discussão sobre o real sentido e significado de acolhimento e sua aplicação no campo da saúde.

No segundo encontro foi trabalhado o subtema: SUS e Acolhimento: um pouco de história, a partir de uma roda de conversa, seguido de um momento de contação de história com os participantes sobre o percurso histórico de criação e implementação do Sistema único de Saúde (SUS) e o acolhimento como dispositivo para efetivação desse sistema. Para o momento de contação de história foi utilizado como ferramenta metodológica o –Baú de Histórias . Dentro do Baú havia peças que ajudavam a contar a história do modelo de saúde existente no Brasil anterior ao SUS, do surgimento do atual modelo de saúde, o SUS, e do acolhimento com dispositivo importante no decorrer dessa história, proporcionando um momento de contação de história e discussão sobre acolhimento em saúde.

No terceiro encontro foi discutido o acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho na Atenção primária a saúde, utilizando-se de um estudo de situação-problema, adaptado de um caso real. A partir da apresentação e discussão a respeito do estudo de caso foi possível se construir, em conjunto com os profissionais e estagiários de enfermagem, possíveis estratégias de solução para a situação em estudo, na perspectiva do atendimento humanizado.

No quarto encontro foi realizada uma atividade de campo com os trabalhadores da UBS e estagiários de enfermagem na recepção da unidade básica de saúde, onde foram coletados dos comunitários que aguardavam atendimento os principais problemas existentes identificados na unidade, no acesso aos serviços da unidade, e suas percepções inerentes às causas e as consequências geradas por estes problemas e a relação com a falta de acolhimento. Nesta oportunidade foi construída uma – “Árvore de Problemas”, possibilitando uma discussão coletiva

entre alunos e usuários, acarretando na integração ensino-serviço. A — “Árvore de Problemas” foi composta por diagramas que analisam um problema partindo do ponto de vista das causas que o criam e tem como objetivo encontrar possíveis soluções que os eliminem (OLIVEIRA; ZILBOVICIUS; TARCIA, 2015)

A aceitação por parte dos participantes com as metodologias ativas utilizadas foi de modo geral positiva, se mostravam dispostos a participar das atividades. Os momentos se deram de modo participativo, onde todos se mostraram um tanto entusiasmados com cada atividade desenvolvida, e puderam construir coletivamente um aprendizado acerca da temática em questão.

Durante a execução das atividades tivemos a oportunidade de constatar que, apesar de ser perceptível alguma mudança em relação à compreensão de acolhimento, a maioria dos participantes, inclusive os estagiários do curso de graduação em enfermagem, apesar de um melhor esclarecimento sobre a real concepção do que seria acolhimento continuavam ainda engessadas concepções que vão contra ao verdadeiro sentido do tema acolhimento, enquanto elemento indispensável para o processo de humanização na atenção básica e consequente melhoria da qualidade de vida da população usuária dos serviços de saúde na Atenção Básica, necessitando de revisitar conceitos.

Percebeu-se que a atuação de trabalho é centrado no saber médico, com atendimentos voltados somente ao tratamento curativo, com um olhar pouco voltado à promoção da saúde, além da falta de integração entre todos os profissionais e os usuários, sendo então de suma importância reforçar a discussão sobre acolhimento em saúde para possível resolução destes problemas.

Além disso, observou-se que havia uma necessidade de aprofundamento da temática, em virtude do engessamento de determinadas concepções para a concretização de um modelo humanizado, centrado nas necessidades do usuário. Sendo assim, necessário pensar em novas estratégias de como tornar contínua essa discussão na UBS, utilizando metodologias majoritariamente ativas e dinâmicas, de grupo, que permitam a construção do conhecimento, uma vez que foi identificado através de relatos dos alunos durante os momentos de atividade, que as poucas vezes que a temática havia sido trabalhada com metodologias tradicionais: apresentação em Power point, leitura de materiais impressos.

Ademais, as instituições de saúde, bem como enfermeiro enquanto educador, responsável, também, pela capacitação dos profissionais de saúde da sua equipe precisa trabalhar, discutir a temática acolhimento em saúde com abordagens reflexivas e problematizadoras, adotando um trabalho pedagógico desta temática por meio de uma abordagem que possibilite o diálogo, a construção e troca coletiva de conhecimentos, que pode ser propiciado através da adoção das metodologias ativas, uma vez que as Metodologia Ativas (MA) tem uma concepção de educação crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino-aprendizagem, resultando em envolvimento por parte do educador-educando na busca pelo conhecimento (MACEDO, 2018).

Considerações finais

Esta experiência oportunizou refletir sobre , o qual ainda se dá muitas vezes resumido a uma mera atividade de triagem e descaracterizado de sua principal função: a humanização. Além disso, percebe-se a necessidade e importância de utilizar metodologias ativas, inovadoras de caráter dialógico na educação permanente na atenção primária, principalmente quando giram em torno de temáticas que sempre são recorrentes de serem trabalhadas, a exemplo do acolhimento em saúde na atenção básica.

A adoção das metodologias ativas enquanto possibilitou um espaço facilitador para a efetivação de tais práticas, que fogem do tradicionalismo, permitindo certo rompimento com estratégias educativas que pautadas em um modelo verticalizado e impositivo sem a participação dos trabalhadores, e enfermeiro-docente a frente do desenvolvimento das atividades, e também usuários do serviço de saúde no processo de construção de conhecimentos.

Por fim, cabe ressaltar a importância de utilização de metodologias cada vez mais participativas, sendo necessário apreender a realidade e conseqüentemente que essa apreensão se traduza em práticas condizentes com as necessidades dos sujeitos. Portanto, a continuidade dessas atividades educativas se faz relevante, considerando assim a importância da educação popular em saúde enquanto instrumento de articulação dos princípios e diretrizes defendidos pelo SUS.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política nacional de humanização (PNH). Brasília-DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política nacional de humanização. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Esplanada dos Ministérios Bloco G. Brasília-DF. 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/humanizasus>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 684. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>
- FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 42a ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2005.
- MACEDO, Kelly Dandara da Silva et al. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. Esc Anna Nery, v. 22, n.3, p.1-9, 2018.
- MARTINS, Ana Carolina Tardin et al . O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, p. 2095-2103, jun. 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602095&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 jul. 2020. Epub 27-Jun-2019.

MATOS, Yosniel Blanco. Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes, UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

MINICUCCI, Agostinho. Técnicas de trabalho de grupo. São Paulo: Atlas; 1987.

MILTRE, Sandra Midarni et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2133-2144, 2008.

OLIVEIRA, Cecília Maria Carvalho Soares, ZILBOVICIUS, Celso; TARCIA, Rita Maria Lino. Adoção da metodologia árvore de problemas em projetos de intervenção: tcc do curso de especialização em saúde da família da unasus/unifesp. In: Congresso da Associação Brasileira de Educação a Distância. São Paulo: Anais, 2015.

SILVA, Rosiane Patrícia Vieira. Construção de um protocolo de acolhimento para unidade de saúde da família de Pingo D'Água, Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Governador Valadares, 2011. 27f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infantil.* , Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, dezembro de 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000400013&lng=en&nrm=iso>. acesso em 04 de julho de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000400013>

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>.

Capítulo 7

ACOMPANHAMENTO DE DADOS NUTRICIONAIS DE GESTANTES QUILOMBOLAS NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO BRASIL: UM RETRATO

MONITORING NUTRITIONAL DATA OF QUILOMBOLA PREGNANT WOMEN IN THE FAMILY GRANT PROGRAM IN
BRAZIL: A PORTRAIT

Lorrany Santos Rodrigues¹

Thaís Barbosa de Oliveira²

Sara da Silva Meneses³

Caroliny Victoria dos Santos Silva⁴

Jade Christinne da Costa de Paula dos Santos⁵

Maurício Yukio Hirata⁶

Nayara Garcez Miranda⁷

RESUMO: O acompanhamento dos dados nutricionais de gestantes quilombolas preenchidos no Programa Bolsa Família (PBF) se faz necessário, a partir de uma compreensão crítica da realidade de saúde no Brasil. Por meio de uma pesquisa descritiva, quantitativa, com dados secundários da plataforma Bolsa Família, de 2018 até o segundo semestre de 2019, buscou-se descrever os resultados destes preenchimentos. Identificou-se que as regiões Norte, Sudeste e Nordeste apresentaram maiores médias percentuais no período. Houve decréscimo do acompanhamento na primeira vigência de 2019. Há a hipótese que essa disparidade está relacionada à reformulação e inserção de medidas de austeridade em programas de assistência à saúde, somadas ao racismo institucional, interseccionalidade e violência estrutural contra a população quilombola. Ao considerar que os dados nutricionais do PBF são fundamentais para garantir a Segurança Alimentar e Nutricional, acredita-se que futuros estudos apontem causas do não preenchimento e acompanhamento destes dados.

Palavras-chave: Estado Nutricional. Gestante. Quilombola. Programa Bolsa Família.

ABSTRACT: The monitoring nutritional data of quilombola pregnant women filled in the Family Grant Program (FGP) is necessary, based on a critical understanding of health reality in Brazil. Through a descriptive, quantitative research, with secondary data from Family Grant platform, from 2018 to second half of 2019, it sought to describe the results of these fillings. It was identified that North, Southeast and Northeast regions had the highest percentage averages in the period. There was a decrease in monitoring in the first term of 2019. There is a hypothesis that this disparity is related to the reformulation and insertion of austerity measures in health care programs, added to institutional racism, intersectionality and structural violence against the quilombola population. When considering that nutritional data of FGP are fundamental to ensure Food and Nutrition Security, it leads to believe that future studies point out causes of failure to complete and monitor these data.

Keywords: Nutritional Status. Pregnant. Quilombola. Family Grant Program.

Introdução

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em outubro de 2003 pelo Governo Federal Brasileiro com o objetivo de combater a fome e reduzir as disparidades socioeconômicas no Brasil. O programa é realizado por meio de auxílio financeiro às famílias em situação de pobreza

1 Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário de Brasília. E-mail: rslorrany@gmail.com

2 Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, campus Ceilândia. E-mail: sanitaristathais@gmail.com

3 Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília. Email: sarameneses34@gmail.com

4 Graduada em Enfermagem pela Universidade de Brasília, Campus Ceilândia. E-mail: carolsilvaa603@gmail.com

5 Graduada em Direito pela Universidade de Brasília. E-mail: jadechristinne@gmail.com

6 Graduado em Nutrição pela Universidade Federal de Goiás. E-mail: mauricio.yukio22@gmail.com

7 Nutricionista, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: nayaragarcez@gmail.com

ou de extrema pobreza (ZIMMERMANN, 2006). Atualmente, a transferência de recursos financeiros do PBF⁸ considera dois grupos: famílias com renda per capita abaixo de R\$89 e famílias com renda per capita entre R\$89 e R\$178. Para o primeiro grupo, o benefício mensal fixo é de R\$89, com o acréscimo de R\$41 por classificações de assistência, tais como gestante, lactante, criança e adolescente de 0 a 15 anos, com limite de R\$205. Para o segundo grupo, há apenas a possibilidade do benefício de R\$41 por classificações de assistência, ou seja, não há um valor fixo como há para o primeiro grupo.

A transferência desses recursos é condicionada ao monitoramento de informações vinculadas à saúde, educação e assistência social, denominadas condicionalidades. Na saúde, acompanha-se as crianças com vacinação em dia e o atendimento pré-natal às gestantes, além da aferição de peso e preenchimento de dados nutricionais de todos os beneficiários do programa. Essas condicionalidades são acompanhadas no nível da Atenção Básica (AB), sinônimo de Atenção Primária à Saúde (APS) para a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) do Brasil (BRASIL, 2017). Desde o ano de 1990, a APS é reconhecida como a principal porta de entrada e ligação com outros níveis de atenção à saúde, definida pela Declaração de Alma-Ata (1978) como uma atenção que deve ser levada o mais próximo possível dos indivíduos e coletividades (OMS, 1978)."

A PNAB, criada em 2006 e atualizada em 2017, regula o funcionamento da APS no Brasil e foi instituída com o objetivo de revitalizar a organização da saúde no país. As ações se voltam, portanto, para a promoção da alimentação adequada e saudável, saúde bucal, saúde da mulher, dentre outros (BRASIL, 2017). Quando efetiva, a APS permite a garantia do direito inalienável à saúde presente na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), especialmente das populações vulneráveis (GIOVANELLA et al., 2019). Isso promove a lógica da relação entre APS e PBF, uma vez que estudos como os de Carvalho, Almeida e Jaime (2014) destacam que políticas de saúde aliadas à elevação da cobertura do PBF e da APS têm apresentado resultados positivos, sobretudo quanto à redução da pobreza e ao aumento do acesso a alimentos, em decorrência da elevação do poder de compra, assim como pela frequência nos serviços de saúde. Ainda assim, desafios são enfrentados no que se refere a especificidades de grupos assistidos, tais como da população quilombola, em especial das mulheres gestantes.

A política de inclusão da população quilombola, como população-alvo das ações em saúde, foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, por meio da Portaria N.º 1.434 de 14 de julho de 2004 (BRASIL, 2004). Tal medida, associada à criação da PNAB em 2006, incentivou a ampliação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para as comunidades quilombolas (SILVA, 2018). Nesse contexto, o MS garantiu o acréscimo de 50% nos valores repassados por

⁸ Existe a previsão de mudanças no formato do PBF. A atual gestão federal tem recentemente anunciado a previsão de mudança de nome e aglutinação de programas em um novo programa de transferência de renda, cunhado de "Renda Brasil". Os programas tais como "abono-salarial", "seguro-defeso" e até o programa "Farmácia popular" fariam parte dessa iniciativa de unificar os programas sociais. A proposta é expandir o programa de transferência de renda para toda a população, incluindo por exemplo trabalhadores autônomos, substituindo o Programa Bolsa Família

equipes de saúde aos municípios que atendessem populações quilombolas e de assentamentos de reforma agrária, conforme a Portaria Nº 822 de 17 de abril de 2006 (BRASIL, 2006). A população quilombola também foi amparada por duas políticas que objetivavam reduzir barreiras de acesso à saúde: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2009, e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta em 2011 (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013; RÜCKERT; CUNHA; MODENA, 2018)

Ambas as políticas chamam atenção para o respeito às singularidades culturais e saberes da comunidade quilombola, além da necessidade de se estabelecer metas para a melhoria de seus indicadores de saúde. Isso se deve ao fato dessa população enfrentar dificuldades no acesso aos serviços de saúde, especialmente, em casos de assistência pré-natal inconstante, à ausência e/ou fragilização de vínculo com os profissionais da saúde e de transporte até as unidades de saúde, pois muitas comunidades quilombolas encontram-se afastadas dos grandes centros urbanos (OLIVEIRA et al., 2014).

Quando trata-se de características nutricionais, esse contexto se torna ainda mais alarmante. Dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) apontaram que até 55,6% dos adultos de população quilombola encontram-se em situação de insegurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2014). Esse cenário escancara a vulnerabilidade ainda maior de gestantes dessa população. Uma forma de observar se esses obstáculos estão sendo superados é visualizar o desempenho do acompanhamento das condicionalidades do PBF pela APS, por meio do preenchimento dos dados nutricionais de gestantes. Diante disso, objetivou-se neste estudo descrever os resultados de preenchimentos dos dados nutricionais de gestantes da população quilombola acompanhadas pelo PBF e APS no Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, com dados secundários, com registros de vigência do segundo semestre de 2018 até o segundo semestre de 2019, de dados de cobertura do PBF de gestantes quilombolas no Brasil.

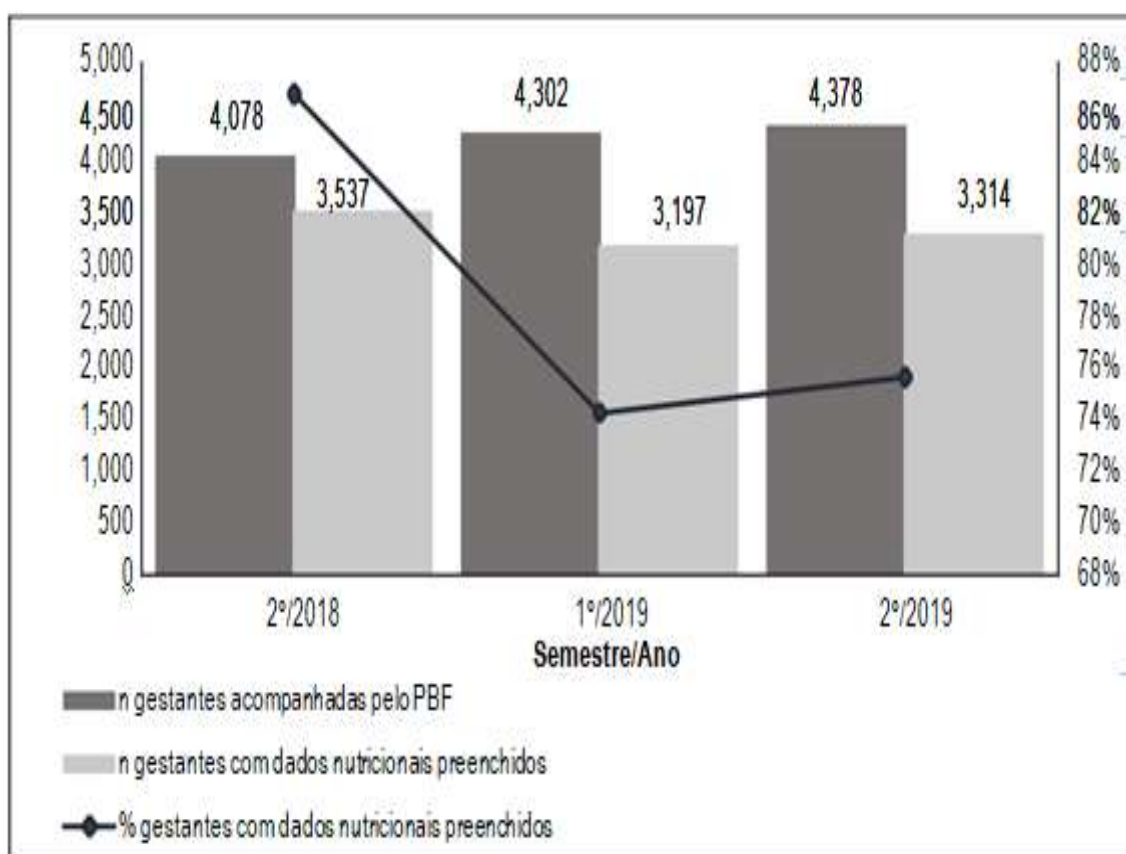
Os dados deste estudo são oriundos da plataforma Bolsa Família na Saúde (<https://bfa.saude.gov.br/relatorio>). O recorte temporal foi estabelecido mediante a disponibilidade das informações nessa plataforma, pois só constam a partir da segunda vigência de 2018.

Os dados foram tabulados em planilha do programa *Microsoft Excel* (versão 2016). O material qualitativo foi organizado em frequência absoluta e relativa, e o quantitativo, em média. A pesquisa seguiu os preceitos éticos legais estabelecidos pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Por se tratar de um estudo com dados de domínio público e publicizáveis, de banco de dados secundários do Governo Federal, dispensa-se parecer de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016.

Resultados

Os resultados deste estudo apontaram que 57.950.551 cidadãos foram acompanhados pelo PBF nas vigências de 2º/2018 a 2º/2019 no Brasil, dos quais 1% (n=575.679) foram classificados como pertencentes à população quilombola. Desse grupo, 2% (n=12.758) eram gestantes. Observa-se que houve um decréscimo do acompanhamento das condicionalidades referentes ao percentual de gestantes de população quilombola, com dados nutricionais preenchidos ao longo desse período, com menor registro no primeiro semestre de 2019 (Figura 1).

Figura 1 – Total e percentual de gestantes de população quilombola com dados nutricionais preenchidos, Brasil, 2º/ 2018 a 2º/2019



Fonte: e-Gestor AB, junho/2020. Elaboração Própria.

No que concerne à distribuição desse achado por grande região do Brasil, a Região Nordeste apresentou o maior número de gestantes de população quilombola acompanhadas no período, seguida pela Região Norte. As regiões Centro-Oeste e Sul apresentaram as menores médias percentuais de gestantes com dados nutricionais preenchidos no período observado, mesmo apresentando a menor quantidade de cidadãos acompanhados pelo PBF quando em comparação às outras regiões. Por outro lado, a Região Norte apresentou a maior média percentual (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de gestantes de população quilombola acompanhadas pelo Programa Bolsa Família, percentual e média de dados nutricionais preenchidos segundo vigência e grande região, Brasil, 2º/2018 a 2º/2019

Região	Vigência	n de gestantes acompanhadas pelo PBF	n de gestantes com dados nutricionais preenchidos	% de gestantes com dados nutricionais preenchidos
Norte	2º/2018	555	534	96,22%
	1º/2019	572	514	89,86%
	2º/2019	611	551	90,18%
	Média percentual		92,09%	
Nordeste	2º/2018	2.884	2.440	84,60%
	1º/2019	3.155	2.288	72,52%
	2º/2019	3.258	2.392	73,42%
	Média percentual		76,85%	
Sudeste	2º/2018	369	345	93,50%
	1º/2019	338	253	74,85%
	2º/2019	304	242	79,61%
	Média percentual		82,65%	
Sul	2º/2018	112	91	81,25%
	1º/2019	85	63	74,12%
	2º/2019	64	45	70,31%
	Média percentual		75,23%	
Centro-Oeste	2º/2018	158	127	80,38%
	1º/2019	152	79	51,97%
	2º/2019	141	84	59,57%
	Média percentual		63,97%	

Fonte: e-Gestor AB, junho/2020. Elaboração Própria.

Discussão

Neste estudo, observou-se que houve uma redução do preenchimento de dados nutricionais no primeiro semestre de 2019. Uma possível explicação para a redução do preenchimento nesse período foi a mudança de sistema a partir da 2ª vigência de 2018 para o e-Gestor da Atenção Básica (e-Gestor AB), utilizando o módulo Bolsa Família para acompanhar as condicionalidades de saúde, em substituição ao Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde (BFA) (BRASIL, 2018). Mudanças estruturais como essa demandam esforços intersetoriais, como capacitação dos profissionais, o que pode requerer tempo e, conseqüentemente, gerar impacto no registro das informações.

No entanto, apesar da redução ter uma possível explicação mediante a mudança de sistema, é possível visualizar nos achados deste estudo os reflexos das disparidades geográficas e socioeconômicas entre as grandes regiões do Brasil. Esse cenário influencia tanto a cobertura da ESF quanto do PBF para a população geral. No entanto, quando se estratifica para populações

específicas, os quadros de acompanhamento dos beneficiários do PBF podem apresentar limitações e evidenciar desigualdades sociais (COSTA; MAGALHÃES, 2020).

No que se refere às grandes regiões do Brasil, Norte e Nordeste agregam a maioria da população negra e quilombola do país. Neste estudo, observou-se que essas regiões ocuparam o primeiro e o terceiro lugar nas médias de preenchimento do estado nutricional das gestantes dessa população, respectivamente. No ano de 2013, essas regiões apresentavam a menor oferta de médicos disponíveis quando em comparação às regiões Sudeste e Sul, o que contribuía para uma APS incipiente (CREMESP, 2013).

Porém, segundo Pereira, Silva e Santos (2015), esse cenário começou a mudar com a implantação do Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil, estabelecida em outubro de 2013, que possuía o objetivo de alcançar populações desassistidas. Segundo esses autores, a partir do PMM, a população quilombola alcançou o acesso aos serviços de saúde, com ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação, uma vez que 23% dos médicos alocados no Brasil foram direcionados às comunidades quilombolas remanescentes, o que conseqüentemente colaborou para o aumento ou consistência de equipes da ESF. Isso favoreceu uma cultura mais sólida para o registro de dados nutricionais nessas regiões.

O mesmo ocorre com a Região Sudeste que, depois da Região Nordeste, foi a que mais recebeu médicos do PMM para compor equipes em comunidades remanescentes e, neste estudo, figurou em segundo lugar com a maior média percentual de preenchimento de dados nutricionais (PEREIRA; SILVA; SANTOS, 2015). No que se refere às regiões Centro-Oeste e Sul, observou-se que apresentaram as menores médias desses dados. Uma das hipóteses para explicação desse resultado coaduna com o achado de Gomes, Gutiérrez e Sonraz (2020), que realizaram um estudo de série temporal de 2007 a 2019 utilizando dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de postos de trabalho, de equipes e da cobertura nacional da ESF, e observaram que os dados referentes ao período de 2017 a 2019 apresentam redução de 780 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil, com redução de 3% dos ACS no Sul e 1% no Centro-Oeste; com aumento de 0,8% nas regiões Sudeste e Norte. A presença do ACS na ESF é fundamental para a promoção do vínculo entre profissionais e população, bem como para a identificação da insegurança alimentar e nutricional no território.

Tanto o PMM quanto a inclusão dos ACS nas ESF do Brasil enfrentaram dilemas financeiros nos últimos anos. A partir da Emenda Constitucional Nº 95 de 15 de dezembro de 2016, que estabeleceu um teto de gastos para as políticas sociais, inclusive às da saúde — reduzindo o seu orçamento a partir do ano de 2017 — iniciou-se no país, portanto, uma escalada de novas políticas de austeridade.

Um estudo publicado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (SOUZA et al., 2019) avaliou 19 programas orçamentários do Brasil entre 2014 e 2017 destinados a políticas sociais. Destes, os pesquisadores descobriram que houve redução de R\$ 60,2 bilhões. Dentre os que mais sofreram cortes, inserem-se o PBF e Educação, que totalizaram mais de R\$ 15 bilhões de redução só em 2014 (SOUZA et al., 2019). Segundo o mesmo estudo, também

destacam-se as reduções em Segurança alimentar e nutricional (-85%); Ações de enfrentamento ao racismo e promoção da igualdade racial (-79%); Políticas para as mulheres (-64%) e Habitação Decente (-82%).

Um estudo de micro simulação com os municípios brasileiros projetou quais os impactos que a EC Nº 95/2016 pode ter sobre a saúde da população. Os pesquisadores simularam uma redução na cobertura de ESF associada com um possível fim do PMM, e os resultados dos modelos matemáticos apontaram que poderia haver um aumento de 8,6 %, cerca de 48,5 mil mortes evitáveis entre 2017 e 2030 (FRANCESCONI et al., 2020).

Apesar de todas essas projeções e dados que já apontavam os impactos das medidas de austeridade, em agosto de 2019, o PMM foi reformulado. A partir da Medida Provisória Nº 890 de 1º de agosto de 2019, foi instituído o Programa Médicos pelo Brasil, passou a ser normatizado pela Lei Nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019 (BRASIL, 2019). Esse novo programa substituiu o PMM e criou no âmbito da APS um serviço social autônomo, denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), responsável pela coordenação nacional do provimento de médicos via Médicos pelo Brasil.

A Lei Nº 13.958/2019 foi a primeira de uma sequência de normativas instituídas pelo Ministério da Saúde no segundo semestre de 2019 que propuseram mudanças estruturais no financiamento da APS. A Portaria Nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 modificou o financiamento da APS, extinguiu o piso de financiamento fixo e instituiu o pagamento por desempenho, a captação ponderada e o incentivo às ações estratégicas (BRASIL, 2019). Tal portaria foi seguida pela Resolução Nº 95 de 19 de dezembro de 2019, que deliberou de forma favorável a parcerias do setor de APS com a iniciativa privada em Estados, Municípios e Distrito Federal. E por fim, a Portaria Nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019, apresentou os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito da Portaria Nº 2.979/2019 para o ano de 2020, 2021 e 2022, que estabelece regras para a distribuição de recursos para a ESF.

A partir do que foi exposto, cabe apontar que não se tem ainda evidências do impacto que essas mudanças estruturais podem trazer para a vida da população, em especial, às comunidades tradicionais e para o funcionamento dos serviços. Ao estabelecermos uma relação temporal entre as mudanças nas políticas públicas de saúde e a redução do preenchimento dos dados nutricionais em gestantes quilombolas, há uma coincidência, pois as maiores reduções ocorreram nas vigências de 2019, mesmo período que houve a mudança do PMM para o Programa Médicos pelo Brasil. Essa possível relação, mesmo não suficiente para esgotar o debate, aponta para a necessidade de estudos futuros com foco nos possíveis agravos que essas mudanças estruturais terão sobre a saúde e as condicionalidades do PBF.

Para além disso, há questões que não podem ser ignoradas e que atravessam o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o recorte de gestantes quilombolas, há questões interseccionais que interrelacionam-se e potencializam opressões, representadas pelas categorias de gênero, raça e classe (CRENSHAW, 2002). Representações essas traduzidas por serem mulheres, negras, em situação de pobreza, extrema pobreza e quilombolas.

A violência estrutural é um lastro histórico que persegue a população mais vulnerável. Essas intersecções de opressão identificadas como sexismo e racismo, somadas à exploração da força de trabalho e à categorização de classes sociais oriundas do sistema capitalista, aprofundam as diferenças na atenção à saúde das mulheres quilombolas, evidenciam um viés racial e um racismo institucional na atenção à saúde e, conseqüentemente, reforçam a necessidade de identificar e combater as formas interseccionais de violação de direitos (JAMES, 2017; GROSSI, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2018; ASSIS, 2019; LIMA, PIMENTEL, LYRA, 2019).

As vulnerabilidades sociais podem ser potencializadas em razão da condição gestacional. Logo, a redução do preenchimento dos dados nutricionais, como observado no presente estudo, é fator de alerta para o agravamento de vulnerabilidade e iniquidades entre gestantes quilombolas, visto que a insegurança alimentar e nutricional nesse ciclo da vida está relacionado com os determinantes sociais de saúde, pois desigualdades sociais potencializam discrepâncias em saúde, alimentação e nutrição (DEMETRIO, 2020).

Conforme apontam Grossi, Cruz Júnior e Machado (2015), sobre as comunidades quilombolas, para além da documentada luta por garantia de direitos territoriais, o acesso a políticas de saúde, moradia, saneamento básico, assistência social e educação tem sido precário ou praticamente nulo. Soma-se a isso o conjunto de ações que se reproduzem na esfera cotidiana, de desumanização e invisibilidade, que incidem sobre sua memória, identidade e reprodução.

Esse cenário envolve um dos maiores desafios para a vigilância alimentar e nutricional de populações e comunidades tradicionais, que é a consideração dos aspectos da cultura alimentar e ampliação do acompanhamento de dados nutricionais para além do índice de massa corporal. Um estudo realizado por Duarte-Vieira (2018) evidencia a importância do fortalecimento da participação ativa baseada nos princípios da bioética, respeitando o caráter étnico-cultural associado ao direito à saúde das populações quilombolas.

O preenchimento e o acompanhamento dos dados nutricionais são fundamentais para nortear ações nos territórios e para formulação e/ou aprimoramento de políticas públicas em saúde e da gestão do cuidado (BRASIL, 2015, 2020). Neste caso, faz-se necessário o fortalecimento da APS e das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a partir de um cuidado territorial, que atenda as especificidades das gestantes quilombolas de forma integral, universal, equitativa e intersetorial, para a promoção da garantia do direito humano à alimentação adequada (DHAA), a partir da segurança alimentar e nutricional.

Considerações finais

Este trabalho trouxe apontamentos alarmantes a respeito do acompanhamento de dados nutricionais das gestantes quilombolas aliado a mudança de políticas públicas no período analisado e a importância deste marcador para o monitoramento das vulnerabilidades. Sendo assim, considera-se importante o olhar equitativo para os povos e comunidades tradicionais visando reduzir o impacto das iniquidades interseccionais sobre a saúde dessas populações.

A insegurança alimentar e nutricional e a violação do DHAA é percebida em níveis mais graves entre a população quilombola, logo a vigilância alimentar e nutricional enquanto política pública precisa ser fortalecida para enfrentar essa violação e garantir a equidade em saúde. Além disso, o racismo estrutural atravessa a vida da população quilombola, cabendo às políticas de saúde o combate a práticas e olhares que estigmatizam e discriminam essa população. O acompanhamento de políticas de transferência de renda aliado ao monitoramento das condicionalidades de saúde é uma ferramenta fundamental nesse enfrentamento.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se a utilização de dados secundários, bem como a dependência da atualização dos sistemas de informação. No entanto esses dados são os que estão disponíveis a respeito do PBF na saúde no Brasil. É importante, em estudos futuros, destrinchar as causas operacionais do não preenchimento dos dados nutricionais, pois, com base nos dados aqui analisados só foi possível fornecer subsídios para traçar um apontamento histórico com a relação temporal entre mudanças nas políticas de saúde e a queda no acompanhamento de dados de gestantes quilombolas pelo PBF. Isso pode embasar as políticas públicas de forma equânime em todas as regiões do país.

Referências

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, 2018.

BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araujo. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N.º 1.434 de 14 de julho de 2004. **Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 822 de 17 de abril de 2006. **Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, n. 20, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016.

Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Presidência da República. Emenda constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica Nº 390/2018: Divulgação dos resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família na 1ª vigência de 2018.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa**

Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação Nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019. **Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Presidência da República. Conselho do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República. Resolução Nº 95 de 19 de dezembro de 2019. **Opina pela qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde, para fins de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para construção, modernização e operação das unidades básicas de saúde, no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República.** Brasília: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. **Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).** Brasília: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Ministério da Cidadania - MC. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Guia para Acompanhamento das Condiionalidades do Programa Bolsa Família.** Brasília: Ministério da Cidadania, 2020.

CARVALHO, Alice Teles de; ALMEIDA, Erika Rodrigues de; JAIME, Patrícia Constante. Condiionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1370-1382, 2014.

COSTA, Delaine Martins; MAGALHÃES, Rosana. Realismo crítico e desigualdades sociais: considerações a partir de uma pesquisa avaliativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1779-1788, 2020.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREMESP. **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

DEMETRIO, Fran et al. Food insecurity in pregnant women is associated with social determinants and nutritional outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2663-2676, 2020.

DUARTE-VIEIRA, Ana. Acesso à saúde de populações vulneráveis: uma visão sob o enfoque da bioética. **Revista de Bioética y Derecho**, n. 43, p. 211-223, 2018.

FRANCESCONI, Gabriel Vivas et al. Mortality associated with alternative policy options for primary care and the Mais Médicos (More Doctors) Program in Brazil: forecasting future scenarios. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SONRAZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.4, p. 1327-1338, 2020.

GROSSI, Patrícia Krieger; JUNIOR, Roberto Fonseca da Cruz; MACHADO, Lucas Antunes. Comunidades Quilombolas: O acesso às políticas públicas e a dimensão de gênero. In:II Seminário Internacional Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família, 2, 2015, Rio Grande do Sul. **Anais do II Seminário Internacional Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família**. Rio Grande do Sul:editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015.

GROSSI, Patricia Krieger; OLIVEIRA, Simone Barros de; OLIVEIRA, Jairo da Luz. Mulheres Quilombolas, Violência e as Interseccionalidades de Gênero, Etnia, Classe Social e Geração. **Revista de Políticas Públicas**, v. 22, p. 930 - 947, 2018.

JAMES, Sherman A. The strangest of all encounters: racial and ethnic discrimination in US health care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: Uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2019.

OLIVEIRA, Stéphaney Ketlin Mendes et al. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 307-313, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978.

PEREIRA, Lucélia Luiz; SILVA, Hilton Pereira da; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. **Rev ABPN**, v. 7, n. 16, p. 28-51, 2015.

RÜCKERT, Bianca; CUNHA, Daisy Moreira; MODENA, Celina Maria. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2018.

SILVA, André Ricardo Fonseca da. Políticas públicas para comunidades quilombolas: uma luta em construção. **Política & Trabalho**, n. 48, p. 128, 2018.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de et al. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 4, 2019.

ZIMMERMANN, Clóvis Roberto. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 3, n. 4, p. 144-159, 2006.

Capítulo 8

**ANÁLISE DA COINFECÇÃO SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
(AIDS)/TUBERCULOSE EM PATOS DE MINAS – MG**

ANALYSIS OF ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS)/TUBERCULOSIS COINFECTION IN PATOS DE MINAS – MG

Elza Maria de Castro¹
João Pedro Gomes de Oliveira¹
Lara Cruvinel Fonseca¹
Laura Martins Bomtempo¹
Luis Henrique Pires Bessas¹
Natália de Fátima Gonçalves Amâncio²

RESUMO: Introdução: O surgimento e a disseminação da AIDS mudaram o perfil epidemiológico da tuberculose, sendo a infecção por HIV o maior fator de risco conhecido para o desenvolvimento de tuberculose ativa. **Metodologia:** Este estudo é documental, descritivo, transversal e observacional, com abordagem quantitativa, associado à coleta de dados públicos em base de dados do SUS. **Resultados:** Dos 460 pacientes portadores de AIDS atendidos na macrorregião de Patos de Minas, no que diz respeito ao binômio AIDS-Tuberculose, 9 casos foram identificados. **Discussão:** É perceptível que a cidade de Patos de Minas encontra-se em situação de Centro de Referência para tratamento da AIDS. No tocante à coinfeção AIDS/Tuberculose, não foi identificada alta prevalência de indivíduos atingidos. **Conclusão:** Verificou-se baixa prevalência de coinfeção AIDS/Tuberculose, sendo que, dentre os principais motivos que justificam essa baixa, estão a melhoria dos processos de prevenção e tratamento desenvolvidos na atenção primária e secundária.

Palavras Chave: AIDS; Tuberculose; Coinfeção.

ABSTRACT Introduction: The appearance and spread of AIDS changed the epidemiological profile of tuberculosis, with HIV infection being the greatest known risk factor for the development of active tuberculosis. **Methodology:** This study is documentary, descriptive, cross-sectional and observational, with a quantitative approach, associated with the collection of public data in the SUS database. **Results:** Of the 460 patients with AIDS treated in the macro region of Patos de Minas, with regard to the binomial AIDS-Tuberculosis, 9 cases were identified. **Discussion:** It is noticeable that the city of Patos de Minas is in a situation of Reference Center for AIDS treatment. Regarding AIDS / Tuberculosis co-infection, a high prevalence of affected individuals was not identified. **Conclusion:** There was a low prevalence of AIDS / Tuberculosis co-infection, and, among the main reasons that justify this drop, are the improvement of prevention and treatment processes developed in primary and secondary care.

Keywords: AIDS; Tuberculosis; Coinfection.

INTRODUÇÃO

A partir de 1981, o surgimento e a disseminação da AIDS mudaram o perfil epidemiológico da tuberculose, resultando no aumento da morbidade e da mortalidade em todo o mundo. A

1 Acadêmicos(as) de Medicina no Centro Universitário de Patos de Minas, Patos de Minas, MG, Brasil.

2 Docente no Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas, Patos de Minas, MG, Brasil.

Autor correspondente: Elza Maria de Castro, Rua Major Gote, 808, Caiçaras, CEP: 38700-207, Patos de Minas, MG, Brasil. E-mail: elzamcastro@outlook.com.

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

tuberculose e o HIV têm uma interação sinérgica, na qual cada um acentua a progressão do outro¹.

A infecção por HIV é o maior fator de risco conhecido para o desenvolvimento de tuberculose ativa. Pessoas infectadas por HIV têm alto risco de progredir para tuberculose ativa a partir de um foco de infecção primária, assim como a partir da reativação da tuberculose latente¹, sendo que entre os óbitos relacionados à TB ocorridos no ano de 2015, aproximadamente 0,4 milhões (28,6%) foram resultado da associação com o HIV².

Antes dos anos 90, havia pouca solução terapêutica para arrefecer os efeitos da ação do HIV no indivíduo. O advento da terapia antirretroviral (TARV) para o tratamento dos indivíduos com HIV/AIDS proporcionou aumento no tempo de sobrevivência, porém, a infecção pelo HIV assumiu características crônico-degenerativas, com efeitos relacionados ao convívio de longo tempo com o vírus, suas comorbidades e os efeitos adversos do tratamento³.

A melhoria clínica dos pacientes infectados pelo HIV sob terapia (TARV) foi muitas vezes medida pela redução na mortalidade, taxas de infecção oportunistas ou graves sintomas relacionados com AIDS. A avaliação da qualidade de vida (QV) pode ser usada para monitorar o impacto da doença, podendo ser clinicamente útil para identificar quais aspectos são mais afetados por intervenções diretas, além de mensurar resultados de tratamentos⁴.

Conforme as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, a adesão adequada aos esquemas antituberculose e Antirretroviral (ARV) concomitante é um grande desafio para os pacientes, pois os elevados números de comprimidos e cápsulas a serem ingeridos e a ocorrência dos efeitos colaterais acarretam no paciente o adiamento do ARV⁵.

Como consequência ao aumento da expectativa de vida dos pacientes que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), o convívio com outras doenças como a tuberculose (TB) vem aumentando gradativamente, fato que se justifica por termos diversos fatores que otimizam a suscetibilidade dessa doença, resultando em uma das mais desafiadoras coinfeções para a saúde pública no Brasil e no mundo³.

Estudos ecoepidemiológicos tem contribuído com a avaliação geográfica da infecção pelo HIV e consideram a divisão de municípios como critério de agregação da informação de notificação de casos⁶. Diante desses dados, o objetivo desse estudo é avaliar o padrão espacial da incidência de tuberculose na epidemia de AIDS na macrorregião de Patos de Minas – MG, a partir dos dados disponibilizados pelo TABNET/DATASUS, identificando os fatores que levaram ao aumento ou diminuição desses casos na população acometida.

Metodologia

Este estudo é documental, descritivo, transversal e observacional, com abordagem quantitativa, associado à coleta de dados públicos disponíveis em base dados do SUS. Os sujeitos da pesquisa foram indivíduos HIV positivos que são paralelamente infectados pela tuberculose.

O campo de estudo utilizado foi a macrorregião de Patos de Minas – MG. O universo trabalhado nesta pesquisa é composto por indivíduos HIV positivo paralelamente infectados pela tuberculose identificados no período de 2013 a 2017, e que totalizaram 9 casos.

As informações foram coletadas por meio de análise dos dados disponíveis na plataforma TABNET, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e na Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas – MG.

Para a interpretação dos dados realizou-se o cruzamento do número de indivíduos infectados pelo vírus da AIDS e por aqueles que apresentam a coinfeção AIDS – Tuberculose.

Visando auxiliar na análise estatística dos dados obtidos, foi realizada a tabulação pelo IBM SPSS Statistics, programa de informática que permite a construção de tabelas através da integração das estatísticas. Para a apresentação dos dados, foi utilizado o Microsoft Excel® para a construção das tabelas e gráficos.

RESULTADOS

O presente estudo identificou cerca de 460 pacientes portadores de AIDS atendidos na macrorregião de Patos de Minas – MG, de 2013 a 2017. Dentre esses pacientes, 268 residem na cidade polo e 192 em outras 25 cidades. Dentre os pacientes cadastrados no sistema, 39 moram no município de São Gotardo, 38 em Carmo do Paranaíba, 30 em João Pinheiro, 14 em Lagoa Formosa, 11 em Vazante, 9 em Rio Paranaíba, 9 em Presidente Olegário, 7 em Paracatu, 5 em Guimarães, 5 em Serra do Salitre, 4 em Lagoa Grande, 3 em Brasilândia de Minas, 3 em Matutina, 3 em Patrocínio, 2 em Ibiá, 2 em São Gonçalo do Abaeté, 2 em Unaí, 2 em Varjão de Minas, 1 em Coromandel, 1 em Cruzeiro da Fortaleza, 1 em Luislândia, 1 em Monte Carmelo, 1 em Sabará e 1 em Tiros. Todas estas cidades localizadas no estado de Minas Gerais (**Figura 1**). Também se nota que o número de pacientes portadores de AIDS na região analisada apresentou 311 pacientes do sexo masculino e 149 do sexo feminino (**Figura 2**).

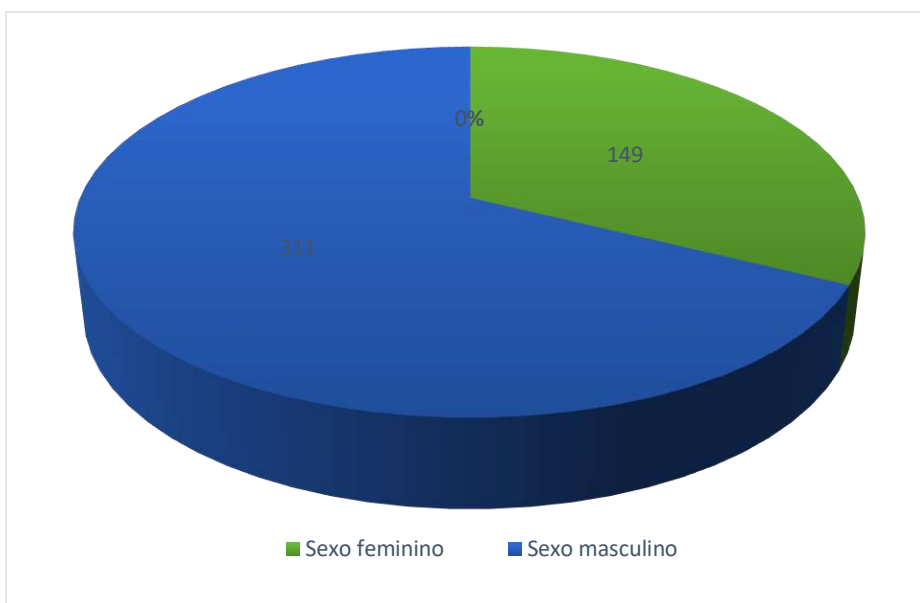
Figura 1: Número de casos de AIDS por cidade.

Cidade	Nº de casos
Vazante	11
Patos de Minas	268
Carmo do Paranaíba	38
Presidente Olegário	9
São Gotardo	39
João Pinheiro	30
Lagoa Grande	4
Lagoa Formosa	14
Cruzeiro da Fortaleza	11
Paracatu	7

São Gonçalo do Abaeté	2
Rio Paranaíba	9
Serra do Salitre	5
Monte Carmelo	1
Sabará	1
Guimarânia	5
Matutina	3
Tiros	1
Brasilândia de Minas	3
Varjão de Minas	2
Patrocínio	3
Luislândia	1
Coromandel	1
Ibiá	2
Unai	2

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Figura 2: Número de casos de AIDS por sexo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O número de pacientes portadores de AIDS que possuem, paralelamente à doença, outras coinfeções, é satisfatório. No contexto encontrado na macrorregião analisada, no que diz respeito ao binômio AIDS-Tuberculose, 9 casos foram identificados (**Figura 3**). Desses, sendo 6 do sexo masculino (SM) e 3 do sexo feminino (SF). Relativo ao município e ao sexo, foram relatados 2 pacientes do SM e 1 do SF em Patos de Minas, 2 do SM em Carmo do Paranaíba, 1 do SF em Lagoa Formosa, 1 do SM em Luislândia e 1 do SF em São Gotardo e 1 do SM em Serra do Salitre (**Figura 4**).

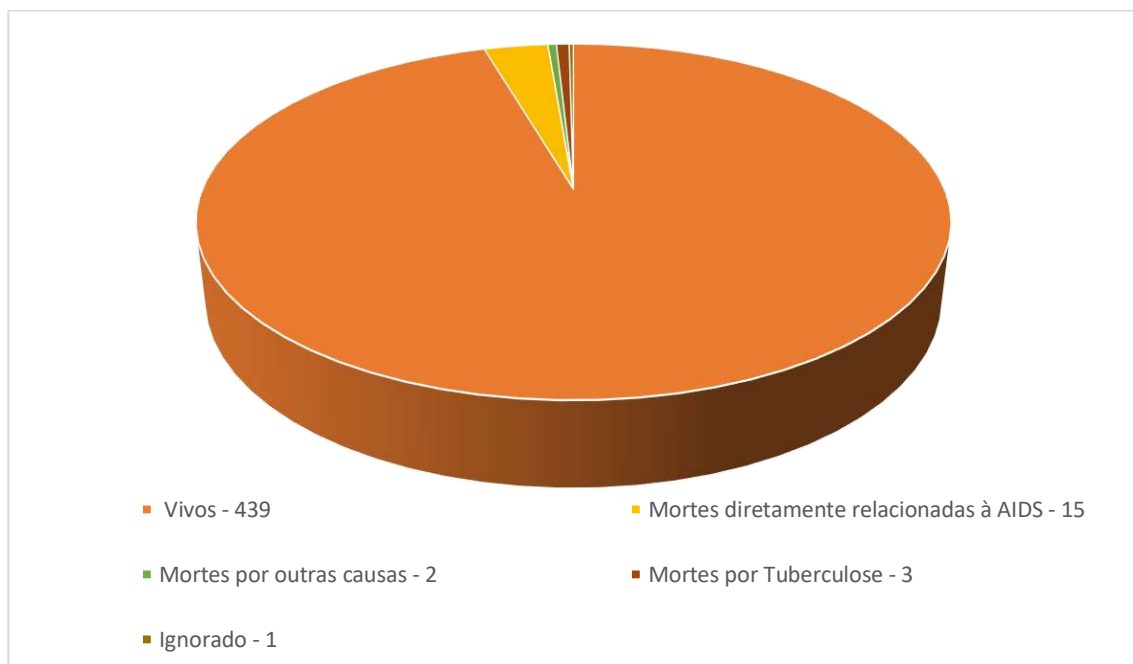
Figura 3: Número de casos de coinfeção por tuberculose.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

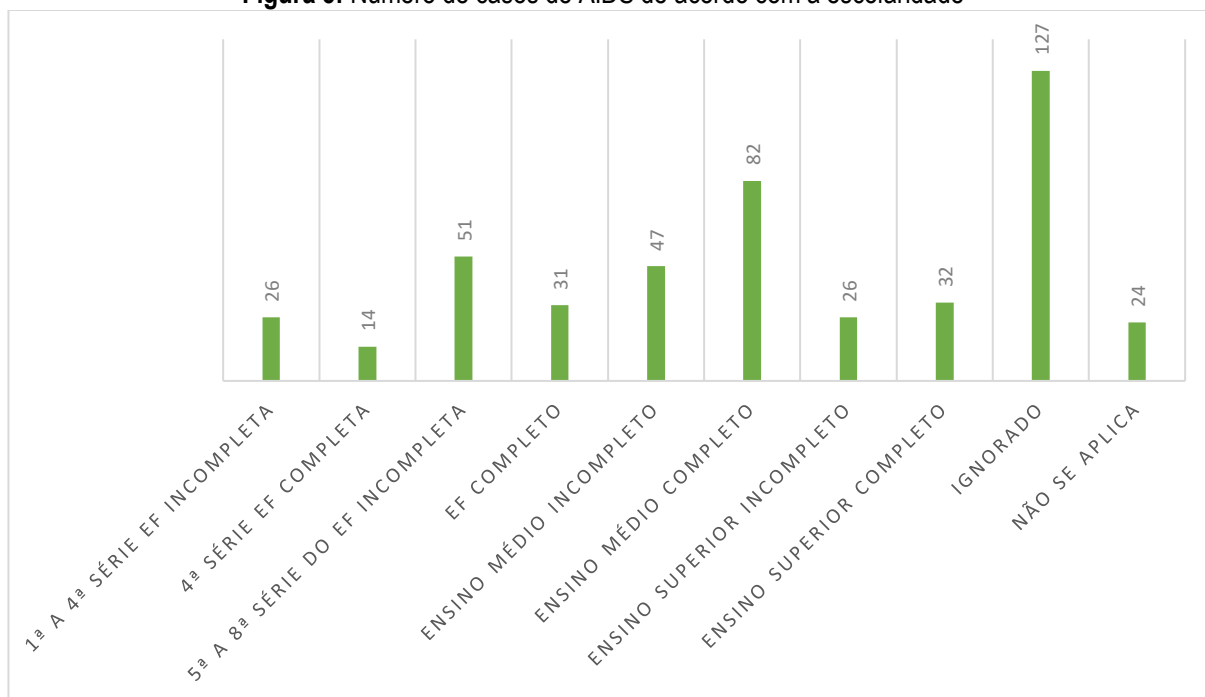
Em relação à evolução da doença, identificaram-se 439 pacientes que seguem tratamento, 15 óbitos diretamente relacionados à AIDS e 5 mortes por outras causas. Os óbitos relacionados à coinfeção AIDS/Tuberculose somaram 3 casos, sendo 1 em Carmo do Paranaíba, 1 em Lagoa Formosa e 1 em Serra do Salitre (**Figura 4**)

Figura 4: Evolução da doença



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Dentre os fatores relacionados, a escolaridade representa uma das variáveis na análise dos dados referentes à infecção pelo HIV. Assim, 26 pacientes não concluíram o ciclo da 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental (EF), 14 possuíam 4ª série completa do EF, 51 interromperam os estudos entre a 5ª e 8ª série do EF, 31 terminaram o EF; 47 possuem Ensino Médio (EM) incompleto, 82 formaram-se no EM; 26 possuem Ensino Superior (ES) incompleto e 32 concluíram o ES. 151 pacientes tiveram essa variável ignorada ou não aplicada (**FIGURA 5**).

Figura 5: Número de casos de AIDS de acordo com a escolaridade

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018

Discussão

Diante dos dados apresentados, é perceptível que a cidade de Patos de Minas – MG encontra-se em situação de Centro de Referência para tratamento da AIDS, uma vez que grande parte dos pacientes analisados não reside na cidade, mas são atendidos nela.

No tocante à coinfeção AIDS/Tuberculose, não foi identificada alta prevalência de indivíduos atingidos, perfazendo 1,96% do total de casos. Levando em consideração a relação existente entre a qualidade da atenção primária e secundária, o nível socioeconômico da população e o papel dos cidadãos nesse processo saúde-doença, percebe-se, mediante a baixa prevalência do binômio AIDS/Tuberculose, possível melhoria nas ações de prevenção e controle das doenças. Nesse sentido, atitudes relacionadas à conscientização da população acerca da transmissibilidade de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), enfoque na imunização e tratamento oportuno contra a tuberculose, bem como a ratificação da necessidade de manutenção de hábitos salubres, foram potenciais fatores de caracterização da diminuição dos números da coinfeção.

Além disso, foram identificadas variáveis em relação à evolução da doença, de forma que 95,43% dos indivíduos ainda segue o tratamento. Assim, ratifica-se a ideia de que a história natural da doença, nos últimos anos, passou por uma transformação em relação ao número de óbitos, visto que apenas 3,26% das mortes identificadas foram diretamente relacionadas à doença. Porém, no caso da coinfeção AIDS/Tuberculose, identificou-se alta prevalência de óbitos, uma vez que 33,33% dos pacientes portadores das patologias faleceram.

Ainda, o sexo é uma variável importante, visto que há uma maior prevalência nos indivíduos do sexo masculino dentre os pacientes portadores de AIDS, sendo 67,6% do sexo masculino e 32,4% do sexo feminino. O nível de escolaridade é uma questão diretamente

relacionada, não somente à progressão da AIDS isoladamente, mas também à coinfeção AIDS/Tuberculose. Dessa forma, dentre os pacientes que possuem dados completos para essa variável, 54,7% não concluíram o EM e apenas 26,5% concluíram. Essa prevalência é ainda maior entre os portadores do binômio, visto que dos que possuem esse dado, nenhum concluiu o EF. Nesse sentido, pode-se relacionar a baixa escolaridade com maior prevalência de AIDS e, também, da coinfeção, ratificando a importância da conscientização da população em relação aos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento desse processo saúde-doença.

CONCLUSÃO

A tuberculose e o HIV associam-se em relação à progressão, na qual cada um acentua a evolução do outro, assim, a infecção por HIV constitui um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de tuberculose. No entanto, diante do presente estudo, verificou-se baixa prevalência de coinfeção AIDS/Tuberculose, sendo que, dentre os principais motivos que justificam essa baixa, estão a melhoria dos processos de prevenção e tratamento desenvolvidos na atenção primária e secundária, por exemplo, a partir da adesão adequada aos esquemas antituberculose e ARV coexistentes.

Por fim, a conscientização da população em relação aos hábitos de vida e de prevenção da disseminação da tuberculose, constitui-se, também, fator de relevância nessa pequena prevalência do binômio AIDS/Tuberculose entre os pacientes atendidos na macrorregião de Patos de Minas-MG.

REFERÊNCIAS

1. Pillar R. V. B. Epidemiologia da Tuberculose. Revista Pulmão RJ; 2012;21(1):4-9.
2. SANTOSI M.L.; ET AL. FATORES ASSOCIADOS À SUBNOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE COM BASE NO SINAN AIDS E SINAN TUBERCULOSE. REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA; 2018; 21: e180019.
3. Reis R.K, Santos C.B, Dantas R.A.S, GIR E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Revista Texto & Contexto – Enfermagem; 2011; 20(3): 565-75.
4. Brignoll S, Kerrll L, Amorim L.D, Dourado I. Fatores associados a infecção por HIV numa amostra *respondent-driven sampling* de homens que fazem sexo com homens, Salvador. Revista Brasileira de Epidemiologia; 2016; 19(2): 256-271.
5. Filho M. P. S, Luna, I.T, Silva K.L, Pinheiro P.N.C. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento; Revista Gaúcha Enfermagem; 2012; 139-145.
6. Júnior A. L. R, Nettoi A. R, Castilho E. A. Distribuição Espacial Do Índice De Desenvolvimento Humano, Da Infecção Pelo HIV E Da Comorbidade Aids-Tuberculose: Brasil, 1982 – 2007. Revista Brasileira De Epidemiologia; 2014; 204-215.

Capítulo 9

**ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO PARA O CÂNCER DE MAMA EM
ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**ANALYSIS OF RISK AND PROTECTIVE FACTORS FOR BREAST CANCER UNDER THE FAMILY HEALTH
STRATEGYNathália Gonçalves Pereira¹Vitória Maria Chacon Martins²Lilian Dias dos Santos Alves³Maria José Caetano Ferreira Damaceno⁴

RESUMO: O câncer de mama é atribuído a uma interação de fatores de risco, sendo alguns deles passíveis de modificação. O presente estudo visa identificar a prevalência dos fatores de risco e de proteção para o câncer de mama em usuárias de determinada Estratégia Saúde da Família do interior de São Paulo, bem como avaliar o conhecimento destas sobre os fatores de risco. Pesquisa de campo, quantitativa, tipo exploratória, com delineamento transversal, realizada com 90 mulheres entre 50 e 69 anos pertencentes à ESF de município do interior de São Paulo. Realizou-se entrevista nos domicílios por meio de questionário utilizando a escala de Linkert, o qual foi validado a partir de teste piloto. Observou-se que, apesar de a maioria das mulheres possuir certo conhecimento sobre os fatores de risco, não houve unanimidade em nenhuma questão, evidenciando a necessidade de ações em saúde acerca da mamografia e câncer de mama.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Fatores de Risco. Saúde da Mulher.

ABSTRACT: Breast cancer is attributed to an interaction of risk factors, some of which can be modified. The present study aims to identify the prevalence of risk and protective factors for breast cancer in users of a particular Family Health Strategy in the interior of São Paulo, as well as to evaluate their knowledge about risk factors. Field research, quantitative, exploratory type, with cross-sectional design, carried out with 90 women between 50 and 69 years old belonging to the ESF of a municipality in the interior of São Paulo. Interviews were conducted in the households using a questionnaire using the Linkert scale, which was validated using a pilot test. It was observed that, although the majority of women have some knowledge about risk factors, there was no unanimity on any issue, showing the need for health actions regarding mammography and breast cancer.

Keywords: Breast cancer. Risk factors. Women's Health.

Introdução

No contexto mundial, destaca-se o câncer como uma das doenças mais prevalentes. Excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres representando 25% do total de casos de câncer no mundo no ano de 2012. Constitui, portanto, a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. (OSHIRO et al, 2014).

No Brasil, não é diferente, pois há uma incidência aproximada de 49 casos para cada 100.000 mulheres/ano; sendo que as regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as

1 Graduando em Medicina pela Fundação Educacional do Município de Assis - FEMa.

E-mail: nathaliag.pereira@gmail.com

2 Graduando em Medicina pela Fundação Educacional do Município de Assis - FEMa.

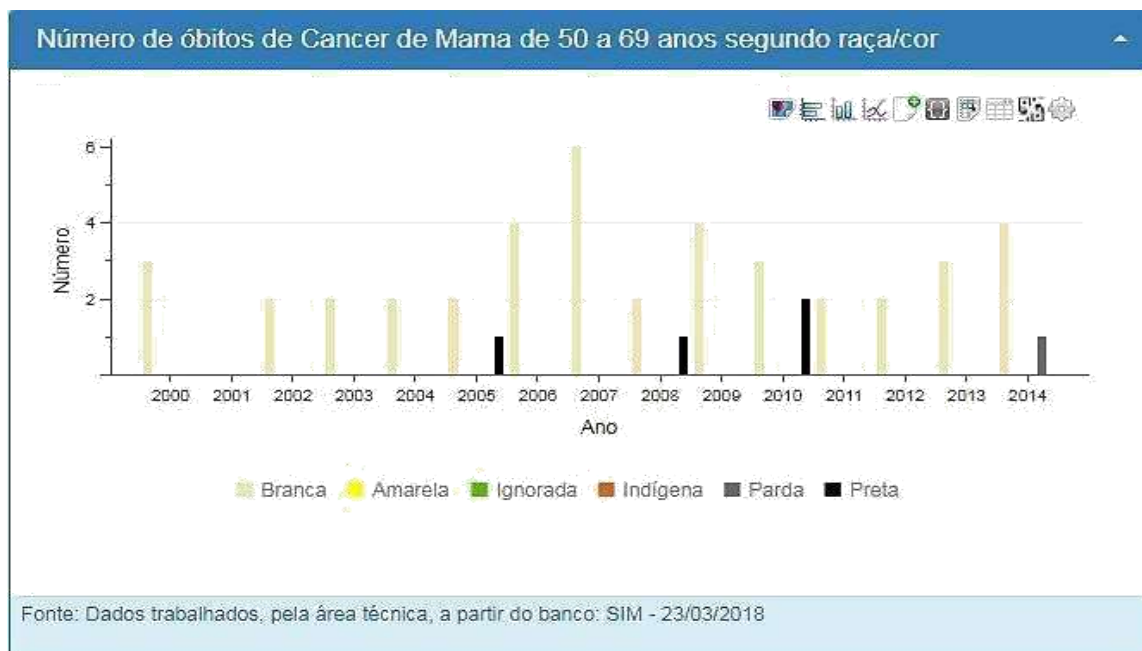
E-mail: vitoriachacon@gmail.com

3 Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Professora dos cursos de Medicina e Fisioterapia da Fundação Educacional do Município de Assis – FEMa. E-mail: lili_soprano@hotmail.com

4 Mestre em Saúde e Envelhecimento pela Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA. Professora dos Cursos de Medicina e Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis – FEMa. E-mail: marin.mjcf@hotmail.com

maiores incidências de câncer de mama, com 65 novos casos e 64/100.000 mulheres/ano, respectivamente. (SOUZA et al,2013).

Quanto ao município de Assis-SP, segue abaixo um gráfico que apresenta o número de óbitos por câncer de mama na faixa etária de 50 a 69 anos nessa localidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE- SAGE, 2016).



Fonte: SAGE- Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Ministério da Saúde.

O câncer de mama é causado por uma multiplicação anormal de células do tecido mamário, originando tumores, tendo como principal sinal o nódulo no seio. (INCA, 2016). A adoção de hábitos saudáveis como prática regular de atividades físicas, alimentação adequada, manutenção do peso corporal adequado e diminuição no consumo de álcool, constituem os principais métodos de diminuir o risco de desenvolver a doença. No entanto, o câncer normalmente não possui apenas uma causa, ele é determinado também por fatores genéticos e hereditários, hormonais e reprodutivos, além dos fatores ambientais e comportamentais citados. (BRASIL, 2013).

A realização associada do Exame Clínico das Mamas (ECM), do Auto Exame das Mamas (AEM) e da mamografia, são as principais formas de detectar o câncer em suas fases iniciais, aumentando assim as chances de cura. O AEM e o ECM são importantes aliados para a detecção da doença, entretanto não substituem a mamografia. (OHL et al,2016).

A faixa etária dos 50 aos 69 anos é definida como público prioritário para a realização do exame preventivo pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e é seguida também pelo Ministério da Saúde. (MIGOWSKI et al, 2018). Entretanto, apesar da idade preconizada o Sistema Único de Saúde (SUS) garante a oferta gratuita da mamografia pela Lei 11.664/08, em vigor desde 2009, que estabelece que todas as brasileiras têm direito a realizar a mamografia a partir dos 40 anos. (LOURENÇO et al, 2013).

As ações de promoção em saúde que enfatizem a atenção aos fatores de risco são de extrema importância visto que alguns deles são facilmente evitados com mudanças no estilo de vida. (RODRIGUES et al,2015).

Em razão deste contexto, é válido destacar a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF), que prioriza a construção de vínculos com a comunidade, o que auxilia no reconhecimento das necessidades do território de abrangência e na realização de enfrentamentos conjuntos das dificuldades.

As pesquisadoras deste artigo atuando como estudantes do curso de Medicina, durante a prática da Unidade Curricular Interação, Ensino, Serviço e Comunidade (IESC) nos cenários da Estratégia Saúde da Família no município de Assis-SP, notaram que apenas uma parcela da população feminina de uma ESF no município de Assis realiza a mamografia conforme preconiza o Ministério da Saúde. Foi possível observar que de um total de 118 mulheres acima de 50 anos apenas 61 realizaram a mamografia no ano de 2016, resultando em aproximadamente 51,7% de cobertura do exame.

Assim, identificou-se uma prevalência alta de mulheres que não fazem mamografia e um desconhecimento destas em relação aos fatores de risco para o câncer de mama, identificando-se a necessidade de explorar mais acerca desta temática, com vistas a realizarem ações direcionadas às necessidades identificadas durante suas práticas.

Face ao exposto, observa-se a necessidade de compreender qual a prevalência dos fatores de risco e de proteção em mulheres com idade entre 50 e 69 anos para o câncer de mama, assim como o conhecimento delas acerca dos fatores de risco e das medidas preventivas.

Desta forma, considerando a prevalência e incidência alta do câncer de mama em nosso país e que este pode ser prevenido e/ou diagnosticado precocemente, a presente pesquisa tem como objetivo identificar a prevalência dos fatores de risco e de proteção para o câncer de mama com idade entre 50 e 69 anos, e avaliar o conhecimento destas mulheres sobre os fatores de risco para esta doença.

Desenvolvimento

1. Método

Realizou-se uma pesquisa de campo de caráter quantitativo, tipo exploratória.

Do total de 305(100%) mulheres entre 50 e 69 anos, que fazem parte da área de abrangência de uma Estratégia Saúde da Família do município de Assis-SP/Brasil, foram selecionadas 90 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser residente da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), ter idade entre 50 e 69 anos e estar presente no seu domicílio nos dias da entrevista, sendo a seleção da amostra realizada por conveniência.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado contendo dados socioeconômicos, hereditariedade, dados da realização da última mamografia, dados ginecológicos e obstétricos, prática de atividade física e consumo de drogas lícitas. A terceira parte

do questionário avaliou o conhecimento sobre os fatores de risco utilizando a escala de Linkert. O questionário foi elaborado pelos pesquisadores e foi validado em pesquisa piloto com 10% de mulheres da amostra. A aplicação de cada questionário durou cerca de 10 minutos e foi realizada na primeira semana do mês de julho de 2018.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (número de aprovação 2.656.741) e, anteriormente à coleta de dados, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução CNS 466/2012, constando a garantia da livre adesão à pesquisa; sigilo quanto às informações prestadas; direito de deixar a pesquisa a qualquer momento; esclarecimento quanto aos objetivos; forma de como se dá a participação dos sujeitos; nome do pesquisador (s) responsável (s) e sua anuência; esclarecendo que podiam retirar-se da pesquisa sem nenhum malefício.

A amostra foi determinada utilizando-se confiabilidade de 95% e precisão de 5% para prevalência 9% de mulheres de 50 a 69 anos no estado de São Paulo em estudo de base populacional. (IBGE, 2010).

Para análise dos dados, os resultados obtidos a partir da aplicação do instrumento da pesquisa foram inicialmente descritos em termos de variáveis quantitativas discretas e contínuas. Foi realizada análise descritiva construindo para as variáveis quantitativas, tabelas com médias e desvio-padrão devido à distribuição normal e para as variáveis qualitativas tabelas com as distribuições de frequências e percentagens.

2. Resultados

Dentre uma população de 305 (100%) mulheres que fazem parte da área de abrangência da unidade, foram selecionadas 90 (29,5%) que atenderam aos critérios de elegibilidade. De 215 (70,5%) mulheres que não atenderam aos critérios de inclusão, 15 (4,9%) haviam se mudado e 200 (65,6%) estavam ausentes em seu domicílio no dia da entrevista. (Tabela 1).

Quanto as variáveis sociodemográficas, observou-se que a idade média foi de 60 anos ($\pm 4,846$); 49(54,4%) eram casadas; 39(43,3%) possuíam ensino fundamental incompleto e 52 (57,8%) possuíam renda de 1 a 2 salários mínimos. Identificou-se também que a idade média para a primeira gestação foi de aproximadamente 18 anos; para a menopausa 45 anos e a média da realização da última mamografia foi de 2,31 anos. (Tabela 1).

Já quanto à prevalência dos fatores de risco, observou-se que 58 (64,4%) não praticavam atividades físicas; 12 (13,3%) faziam uso de bebidas alcoólicas; 16 (17,8%) eram tabagistas, N (18,9%) possuíam casos de câncer de mama na família e 17 (12,2%) não tiveram filhos. (Tabela 2)

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de uma amostra de 90 mulheres de uma

ESF do município de Assis. Assis/SP. Brasil. 2018.

VARIÁVEL	N(%)
Estado civil	
Casado	49(54,4)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	39 (43,3)
Renda	
1 a 2 salários mínimos	52(57,8)
	MÉDIA
	A (DP)
Idade(anos)	60(+4,846)
Dados antropométricos	
Peso(Kg)	69,23(+17,173)
Altura(cm)	152,60(+29,56)
Dados Ginecológico e obstétricos	
Idade da menarca(anos)	12(+1,714)
Idade da primeira gestação(anos)	18,11(+9,163)
Idade da menopausa(anos)	45,17(+12,229)
Última mamografia(anos)	2,31(+2,894)

A tabela 2 apresenta a análise da frequência dos fatores de risco e proteção para o câncer de mama identificados entre as mulheres entrevistadas. Dentre os resultados evidenciados, observou-se que 79 (87,8%) das mulheres possuem filhos, 47 (52,2%) realizaram aleitamento materno, 10 (11,1%) necessitaram realizar reposição hormonal, 32 (35,6%) relataram realizar prática de atividade física, 12 (13,3%) fazem uso de bebida alcoólica, 16 (17,8%) fazem uso de cigarro e 17 (18,9%) possuem histórico de câncer de mama na família.

Tabela 2. Análise dos fatores de risco e proteção identificados em uma amostra de 90 mulheres de uma ESF do Município de Assis. Assis/SP. Brasil. 2018.

VARIÁVEL	N (%)
Presença de filhos	--
Sim	79 (87,8)
Não	11 (12,2)
Realizou Aleitamento materno	--
Sim	47 (52,2)
Não	32 (35,6)
Realizou reposição hormonal	--
Sim	10 (11,1)

Não	80 (88,9)
Prática de atividade física	--
Sim	32 (35,6)
Não	58 (64,4)
Consumo de bebida alcóolica	--
Sim	12 (13,3)
Não	78 (86,7)
Tabagismo	--
Sim	16 (17,8)
Não	74 (82,2)
Histórico de câncer de mama na família	--
Sim	17 (18,9)
Não	73 (81,1)

A tabela 3 apresenta dados referentes ao conhecimento dos fatores de risco e proteção para o câncer de mama. Observou-se que 84 (93,3%) das mulheres consideraram importante realizar a mamografia; 56 (62,2%) consideraram hereditariedade como fator de risco; 44 (48,9%) afirmaram que o aleitamento materno protege a mulher do câncer de mama; 59 (65,6%) concordaram que obesidade e sedentarismo podem contribuir para o desenvolvimento do câncer de mama; 71 (78,9%) estabeleceram associação entre tabagismo e câncer de mama e 78 (75,6%) consideraram alcoolismo como fator de risco.

Tabela 3. Análise sobre o conhecimento sobre os fatores de risco e proteção para o câncer de mama em uma amostra de 90 mulheres de uma ESF do município de Assis. Assis/SP. Brasil. 2018.

Informação sobre conhecimento	N (%)
Questão 1 - É necessário realizar anualmente a mamografia após os 50 anos?	--
Concordo	84 (93,3)
Discordo	1 (1,1)
Não concordo nem discordo	5 (5,6)
Questão 2 - O câncer de mama possui como fator de risco a genético e a hereditariedade?	--
Concordo	56 (62,2)
Discordo	17 (18,9)
Não concordo nem discordo	17 (18,9)

	18,9)
Questão3-Oaleitamentomaternoexclusivoatéosseismeses protege a mulher do câncer demama?	--
Concordo	44(48,9)
Discordo	18(20,0)
Nãoconcordonem discordo	27(30,0)
Nãorespondeu	1 (1,1)
Questão 4 - A obesidade e o sedentarismo podemfavorecero desenvolvimento do câncer demama?	--
Concordo	59(65,6)
Discordo	16(17,6)
Não concordonemdiscordo	15(16,7)
Questão5-Otabagismopodefavorecerodesenvolvimentodo câncer demama?	--
Concordo	71(78,9)
Discordo	8(8, 9)
Não concordonemdiscordo	11 (12,2)
Questão 6 - O alcoolismo pode favorecer odesenvolvimentodo câncer de mama?	--
Concordo	68 (75,6)
Discordo	12 (13,3)
Não concordo nem discordo	10 (11,1)

3.Discussão

O estudo evidenciou que a grande maioria das mulheres considerou importante a realização da mamografia, entretanto, a média da data de realização da última mamografia foi maior que dois anos, sendo que algumas delas nunca haviam realizado o exame. Em estudo realizado por Ohl et al (2018), nota-se a mesma realidade apresentada, mostrando que a maioria das mulheres brasileiras com mais de 35 anos nunca realizaram mamografia, devido à falta de informação, dificuldade de realização, falta de solicitação e condição sociodemográfica prejudicada. Este mesmo autor refere que segundo os dados da OMS, é necessário que pelo menos 70% das mulheres que tenham entre 50 e 69 anos realizam o rastreio para que haja uma redução na mortalidade por câncer de mama.

Quanto a hereditariedade, as mulheres estabeleceram um forte risco em relação à história familiar de câncer de mama, e 18,9% apresentaram histórico de câncer de mama na família, ratificando o estudo de Brewer et al (2018), que afirma que há um aumento de duas vezes no risco de desenvolver a doença em mulheres com câncer de mama em parentes de

primeiro grau, e um aumento maior no risco entre mulheres com um parente de primeiro grau diagnosticado antes dos 50 anos.

Em relação aos fatores reprodutivos, como idade da menarca, idade da primeira gravidez, idade da menopausa, paridade e amamentação, Khalis et al (2018) afirma que numerosos estudos epidemiológicos realizados em todo o mundo têm confirmado o papel deles na etiologia do câncer de mama. A menarca precoce (≤ 13 anos) e a nuliparidade foram associadas com um risco aumentado de câncer de mama, enquanto uma idade precoce na primeira gravidez a termo (< 20 anos) foi associada a uma diminuição significativa risco de câncer de mama. Dente esses fatores relatados acima, identificou menarca precoce entre as mulheres entrevistadas, cuja média de idade foi de 12 ($\pm 1,714$) anos. Em relação aos demais fatores de risco citados, observou-se que estes dados não condizem com a realidade identificada neste estudo, visto que apenas 12,2% das mulheres não possuem filhos, e a média de idade da primeira gestação foi de 18,11($\pm 9,163$) anos.

De acordo com o autor supracitado, a explicação biológica para associação com a menarca precoce é baseada na exposição precoce e prolongada do epitélio mamário aos estrogênios produzidos durante o período de atividade dos ovários. O mesmo ocorre com a idade tardia na menopausa, também explicadas tanto pela maior duração e maior nível de exposição ao estrogênio e à progesterona. O efeito protetor da gravidez e da amamentação no câncer de mama, por sua vez, é explicado pela diminuição dos níveis de estrogênio e progesterona, aumento dos níveis de globulina ligadora de hormônios sexuais e indução da diferenciação do tecido mamário.(KHALIS et al,2018).

A obesidade, principalmente, pós-menopausa, foi considerada como fator de risco para o câncer de mama e isso corrobora com os achados na literatura. Sabe-se que a atividade da enzima aromatase é predominante no tecido adiposo. Enquanto as mulheres na pré-menopausa sintetizam principalmente os estrogénios nos ovários, após a menopausa, a biossíntese ovárica é largamente substituída pela síntese dos locais periféricos, sendo o tecido adiposo a principal fonte. O principal mediador da biossíntese de estrogênio pós-menopausa é a enzima aromatase. Níveis séricos elevados de estrogênio e aumento da produção local de estrogênio no tecido mamário explicam como o aumento do peso corporal promove o desenvolvimento do câncer de mama nessas mulheres. (ZEKRI, FARAG e ALLITHY; 2018).

Observou-se que uma parcela considerável das mulheres avaliadas são tabagistas (17,8%), e 79,8% relataram ter conhecimento de que o uso do cigarro é um fator de risco para o câncer de mama. No que diz respeito ao tabagismo, em um estudo realizado por Jacob et al (2018), observou-se que fumantes do sexo feminino apresentaram um aumento de 1,03 vezes no risco de desenvolver determinados tipos de câncer em comparação aos não fumantes, como brônquios e pulmão, laringe, bexiga, esôfago, cavidade nasal, orelha média, vulva/vagina, colo do útero, estômago, pâncreas, lábio, cavidade oral e faringe. Entretanto, a associação entre tabagismo e câncer de mama ainda é controversa.

De acordo com a literatura, há uma correlação positiva entre o consumo de álcool e o risco de câncer de mama, como apontado pelas mulheres do estudo. Segundo Wang (2016) existem múltiplos mecanismos potenciais envolvidos na progressão estimulada pelo álcool e agressividade do câncer de mama. O álcool pode aumentar a mobilidade das células câncer os as aumentando assim a disseminação de células de câncer de mama e facilitando a metástase; estimula a angiogênese tumoral através da ativação de citocinas e quimiocinas, aumenta a população de células-tronco cancerígenas que afetam o comportamento das células neoplásicas, a agressividade e a resposta terapêutica.

Considerações Finais

Foi possível concluir que a maioria das mulheres possui conhecimento sobre o câncer de mama e seus fatores de risco e proteção. Entretanto, a maioria apresenta hábitos de vida que podem contribuir para o desenvolvimento do câncer, sendo que a adoção de práticas preventivas ainda é pequena para esta população. Além disso, identificou-se no estudo mulheres que nunca haviam realizado a mamografia ou haviam realizado pela última vez num intervalo maior que dois anos.

Embora ainda não seja possível estimar o real impacto de cada um dos fatores de risco na gênese do câncer de mama, sabe-se que a modificação deles contribui para minimizar o risco dessa e outras doenças.

Assim, considerando a prevalência do câncer de mama e sua taxa de mortalidade nas mulheres, fica evidente a necessidade de planejar e implementar ações em saúde que enfatizem a atenção aos fatores de risco e incentivem a realização da mamografia, principalmente na população que se apresenta mais vulnerável.

O estudo proporcionou a identificação do conhecimento que a população feminina possui acerca dos fatores de risco, favorecendo a realização de futuras propostas de intervenção com o intuito de melhorar o cenário epidemiológico a partir da maior adesão ao exame da mamografia e consequentemente o diagnóstico precoce.

Referências Bibliográficas

- BRASIL, IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <https://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 ago. 2018.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. *Cadernos de Atenção Básica*, Brasília – DF, 2ª edição; 2013.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília-DF, 2012.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Situação de saúde, indicadores de mortalidade. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 nov. 2017.
- BREWER, H. R. et al. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast cancer research and treatment*, vol. 165, 2017.

- HERRMANN, C. Impact of mammography screening programmes on breast cancer mortality in Switzerland, a country with different regional screening policies. *BMJ open*, vol. 8,3 e017806. 14; Mar. 2018.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Controle do câncer de mama: detecção precoce. *INCA*, Rio de Janeiro.; Disponível em:
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce. Acesso em: 08 dez 2016.
- JACOB, L. et al. Impact of tobacco smoking on the risk of developing 25 different cancers in the UK: a retrospective study of 422,010 patients followed for up to 30 years. *Oncotarget*, vol. 9,25 17420-17429. 3 Apr. 2018.
- KHALIS, M. et al. Menstrual and reproductive factors and risk of breast cancer: A case- control study in the Fez region, Morocco. *PloS one*, vol. 13, 16 Jan. 2018.
- LOURENÇO, T. S., MAUAD, E. C.; VIEIRA, R. A. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Brasileira de Enfermagem*, Brasília, vol.66, n. 4, jul- ago. 2013.
- MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil: novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 34(6):e00074817, 2018.
- OHL, I. C. B.; et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v.69, n.4, p.793-803, Agosto, 2016.
- OSHIRO M.L.; et al. Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Cancerol*, 60(1): 15-23, 2014.
- RODRIGUEZ, J. D.; CRUZ, M. S.; PAIXÃO, A. N. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Paraíba, 20(10):3163-3176, 2015.
- SOUZA, M. M., et al. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres residentes da Região Carbonífera Catarinense no período de 1980 a 2009. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, vol.21, n.4,2013.
- WANG, Y. et al. Cellular and molecular mechanisms underlying alcohol-induced aggressiveness of breast cancer. *Pharmacological research*, vol. 115, 2016.
- ZEKRI, J. et al. Obesity and outcome of post-menopausal women receiving adjuvant letrozole for breast cancer. *Ecancermedicalscience*, vol. 12 821, 26 Mar.2018.

Capítulo 10

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS RELACIONADOS AO CÂNCER
DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL**

EPIDEMIOLOGICAL AND CARE ASPECTS RELATED TO CERVICAL CANCER IN BRAZIL.

Larissa Mercielly Nóbrega Medeiros¹
Flávia Thalia Guedes Farias¹
Livia Dantas Fragoso¹
Lizandra Pinheiro do Nascimento¹
Mariana Soares de Araújo¹
Érika Ruanna Alencar da Silva¹
Milena Nunes Alves de Sousa²

RESUMO: O presente trabalho objetiva analisar os aspectos epidemiológicos e assistenciais relacionados ao câncer de colo de útero (CCU) no Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico, secundário, transversal, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. As informações foram coletadas na base de dados do DATASUS. Analisaram-se as variáveis região, faixa etária preconizada para o rastreamento, motivo da realização do exame citopatológico, atipias celulares nos exames alterados, anos de registro (2016 a 2020) e outros. Observou-se pacientes com exames alterados com até 9 anos de idade, laudos citopatológicos alterados das células escamosas atípicas cuja maioria eram adenocarcinomas “in situ”, assim como destacaram-se as regiões Nordeste e Sudeste com os maiores números de casos no país. Constatou-se que mesmo dispondo de diretrizes clínicas que definem os protocolos assistenciais para o rastreamento, falta planejamento na linha de cuidado do CCU, além do rastreamento ser de caráter oportunístico, dificultando o registro dos casos, gerando subnotificações da doença.

Palavras-chave: Neoplasias. Colo uterino. Programas de Rastreamento.

ABSTRACT: This paper aims to analyze the epidemiological and care aspects related to cervical cancer (CC) in Brazil. This is an epidemiological, secondary, cross-sectional, descriptive, retrospective study with a quantitative approach. The information was collected in the DATASUS database. The variables region, age range recommended for screening, reason for performing the cytopathological examination, cell atypia in the altered tests, years of registration (2016 to 2020) and others were analyzed. We observed patients with abnormal exams up to 9 years of age, abnormal cytopathological reports of atypical squamous cells, most of which were “in situ” adenocarcinomas, as well as the Northeast and Southeast regions with the highest number of cases in the country. It was found that even having clinical guidelines that define the assistance protocols for screening, there is a lack of planning in the CCU care line, in addition to the fact that the screening is of an opportunistic nature, making it difficult to register cases, generating underreporting of the disease.

Keywords: Neoplasms. Uterine lap. Tracking Programs.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica não transmissível (DCNT), de etiologia multifatorial, com impactos epidemiológicos, sociais e econômicos significativos, e um dos atuais desafios da saúde pública. Elevadas taxas de incidência e mortalidade foram observadas em todo o mundo, com tendências temporais crescentes e, ao considerar o sexo feminino, estima-se um aumento de

¹Graduanda em Medicina pela UNIFIP. E-mail da autora principal: larissamerciellyn@gmail.com; flavia.thalia@hotmail.com; liviadantasmed2023@gmail.com; lizandrapn1@gmail.com; araujomariana348@gmail.com; erikaalencars@gmail.com.

² Pós-doutora em Promoção de Saúde pela UNIFRAN. Pós-doutora em Sistemas Agroindustriais pela UFCG. Docente no curso de Medicina do UNIFIP. Coordenadora do Eixo Práticas Investigativas em Saúde UNIFIP. Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação do UNIFIP. minualsa@gmail.com

aproximadamente cinco milhões de novos casos de neoplasias e três milhões de novas mortes relacionadas ao mesmo no período de 2018 a 2040 (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O crescimento demográfico, associado ao envelhecimento populacional e ao desenvolvimento socioeconômico, contribui de forma gradativa com o aumento da incidência e óbitos por essa doença. Dessa forma, estima-se para 2030 que a carga em todo o mundo será de 21,4 milhões de novos casos de câncer e 13,2 milhões de mortes devido a esta neoplasia maligna. No Brasil, esta doença, representa a segunda causa de mortalidade da população, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta os cânceres de colo uterino e de mama como os tipos mais frequentes nas mulheres, ocupando respectivamente o segundo e o terceiro tipo de neoplasias mais frequentes no mundo (DUARTE, 2016).

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2018), 80% a 90% dos casos de neoplasias estão relacionados a causas externas. As mudanças ocasionadas no meio ambiente pelo próprio ser humano, os hábitos e o modelo de vida podem elevar o risco de diferentes tipos de câncer. Logo, o atual estilo de vida, considerando trabalho, nutrição e o consumo em geral, expõem os indivíduos a fatores ambientais mais agressivos, relacionados a agentes químicos, físicos e biológicos, resultantes de um processo de industrialização cada vez mais evoluído, conseqüentemente, tornando a população com maiores chances de acometimento por câncer.

Dentre as tipologias, o câncer do colo do útero (CCU) por sua alta incidência e mortalidade, apresenta grande relevância epidemiológica e social. Essa situação requer que gestores e profissionais da saúde aliem ações que visem o controle, por detecção precoce e acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade (CEOLIN *et al.*, 2020).

Destaca-se o *human papillomavirus* (HPV) ou papiloma vírus humano como principal fator predisponente do CCU (CEOLIN *et al.*, 2020). O HPV pertence à família dos Papovavírus ou *Papovaviridae* e é responsável por uma infecção de transmissão sexual, conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou também crista de galo. Outros fatores de risco merecem ser destacados: a má higiene íntima, o início precoce da atividade sexual, o hábito de fumar e o número excessivo de parceiros sexuais. Ressalta-se que a educação em saúde é considerada uma estratégia para alcançar resultados eficientes na prevenção do câncer do colo do útero (SILVA *et al.*, 2018).

Como o HPV é o fator predisponente principal do CCU, as infecções desencadeadas por esse, têm grandes chances de envolver espontaneamente em mais de 90% dos casos, entretanto, as persistentes podem levar ao desenvolvimento de lesões intraepiteliais precursoras do câncer e, se não detectadas e tratadas adequadamente e de forma oportuna, podem progredir para o câncer. Embora o risco de infecção seja alto, a maioria das mulheres não desenvolve a doença. Ainda assim, a história natural da doença se caracteriza por um longo intervalo entre a infecção e o aparecimento das lesões precursoras do câncer. Dessa forma, por apresentar evolução lenta, as alterações celulares ocasionadas antecedem, em muitos anos, o câncer, em torno de 10 a 20

anos, na maioria dos casos. Período este em que é possível o rastreamento e tratamento oportuno da mulher (CEOLIN *et al.*, 2020).

Com elevada frequência de acometimento nas mulheres, em estágios iniciais, é assintomático, sendo que a sintomatologia irá depender da fase em que o tumor se encontra. Deste modo, a maioria das lesões será descoberta apenas por meio do exame de Papanicolau ou citopatológico, realizado por meio de citologia cervical, que deve ser realizado periodicamente em mulheres que tem ou já iniciou a vida sexual. Este exame deve ser realizado por profissionais de saúde, enfermeiros ou médicos, com formação e em capacitação contínua na Atenção Primária à Saúde (APS), que permite a identificação de células sugestivas de pré-invasão até lesões malignas, por meio de coloração de lâminas com células cervicais esfoliadas. A consulta ginecológica é uma importante ferramenta de trabalho para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), facilitando o rastreamento do CCU e da neoplasia de mama em mulheres em idade de risco (ROSS; LEAL; VIEGAS, 2017).

As ações relacionadas ao controle dependem do nível de informação e conhecimento da população assistida tendo em vista que é o ponto inicial para o planejamento da assistência do profissional da saúde, de acordo com os princípios de integralidade e humanização. Entre as medidas de controle cita-se o autocuidado que é reconhecido como uma habilidade humana, sendo que sua execução está diretamente ligada às condições que cada indivíduo possui para cuidar de si. As medidas de autocuidado para prevenção do CCU e de mama estão relacionadas aos fatores modificáveis individuais, como exemplo, menciona-se: a interrupção do uso do tabaco; práticas sexuais seguras com o uso do preservativo evitando-se a disseminação do HPV; realização regular dos exames Papanicolau, mamografia e autoexame das mamas (ROCHA *et al.*, 2018).

De acordo com normas vigentes do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção em oncologia deve se organizar no modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma metodologia de promoção da saúde da população (BRASIL, 2015). Nesta perspectiva, o presente estudo busca analisar os aspectos epidemiológicos e assistenciais relacionados ao câncer de colo de útero (CCU) no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, secundário, transversal, descritivo, retrospectivo e com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no sítio eletrônico do DATASUS, o qual proporciona acesso ao Sistema de Informações e Agravos de Notificações (SINAN), possibilitando identificar os casos de câncer de colo de útero em período temporal específico.

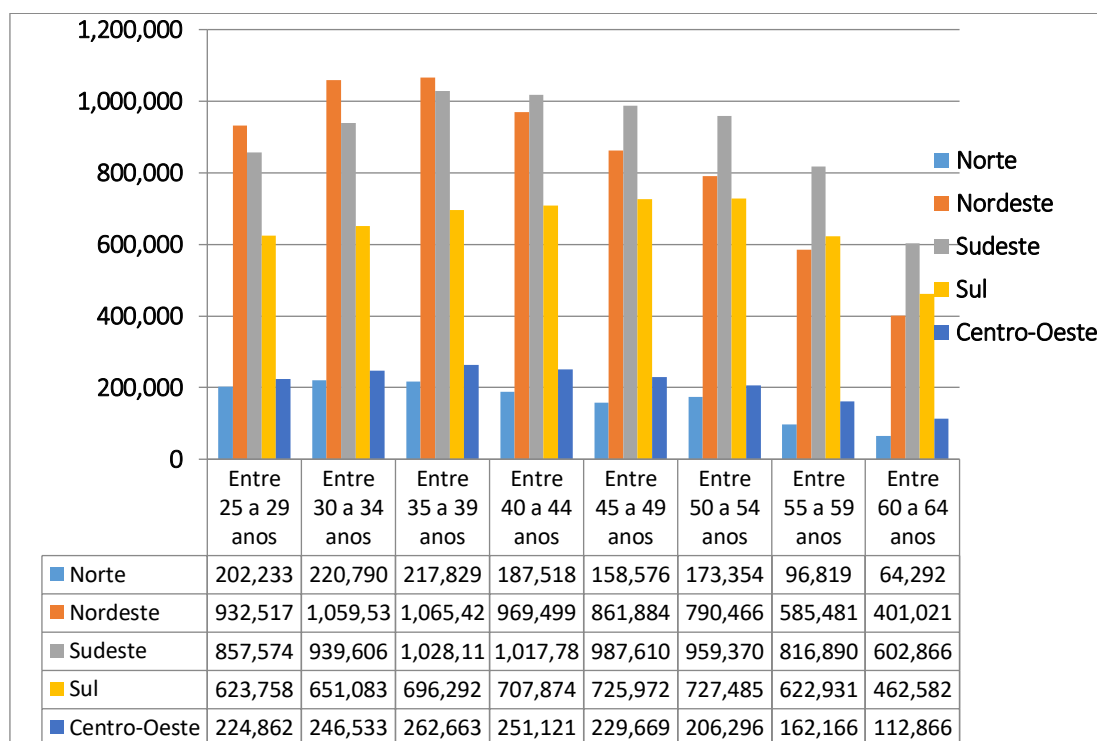
Foram analisados os parâmetros: motivo da consulta, exames alterados segundo atipia de células escamosas e atipia de células glandulares, motivo do exame, citologia anterior, relação de casos de CCU por faixa etária e por regiões brasileiras. Vale ressaltar que não houve critérios de inclusão para a abordagem de um grupo específico, de modo a evidenciar o tema de forma

universal. No entanto, foram utilizados critérios de exclusão para dados que não correspondiam aos objetivos do trabalho, estavam inconclusivos ou apresentavam variáveis discordantes.

A pesquisa envolveu os dados de todas as regiões do país (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul). Em relação aos anos pesquisados, o presente estudo contemplou o recorte temporal entre os anos de 2016 a 2020, períodos mais recentes disponibilizados na plataforma.

RESULTADOS

Gráfico 1 – Relação de casos de câncer de colo de útero por faixa etária e região entre os anos de 2016 a 2020.



Fonte: DATASUS, 2016 a 2020

No Gráfico 1 foram analisados os casos diagnosticados de câncer de colo de útero por faixa etária e região entre os anos de 2016 a 2020, sendo as regiões Nordeste e Sudeste as que mais se destacaram quanto às notificações. Já as regiões Norte e Centro-Oeste foram as que resultaram em menores índices. Quanto à faixa etária, depara-se que a mais atingida foi entre os 30 e 34 anos e entre 35 e 39 anos, com uma soma de mais de 3 milhões de indivíduos diagnosticados.

Tabela 1 - Exames Alterados por Região de prestação do serviço, segundo Atipias de Células Escamosas e Atipias de Células Glandulares entre os anos de 2016 a 2020.

Atip.cel.escamosas	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	TOTAL
Total	59.960	195.512	240.618	186.730	70.504	753.324
Lesão de baixo grau (HPV e NIC I)	18.833	52.136	67.997	40.040	17.174	196.180
Lesão de alto grau (NIC II e NIC III)	8.232	23.987	24.420	19.570	8.749	84.958
Lesão alto grau, não podendo excluir micro-invasã	995	2.558	1.990	1.386	892	7.821
Carcinoma epidermoide invasor	491	1.112	975	642	333	3.553
Ignorado	31.409	115.719	145.236	125.092	43.356	460.812
Atip.cel.glandulares						
Total	59.960	195.512	240.618	186.730	70.504	753.324
Adenocarcinoma "in situ"	160	221	417	234	80	1.112
Adenocarcinoma invasor cervical	34	135	184	64	47	464
Adenocarcinoma invasor endometrial	8	45	78	24	19	174
Adenocarcinoma invasor sem outras especificações	13	87	121	57	29	307
Ignorado	59.745	195.024	239.818	186.351	70.329	751.267

Fonte: SISCAN, 2016 a 2020.

De acordo com a Tabela 1, é possível constatar em relação as Atipias das células, sejam elas escamosas ou glandulares, houve grande parte dos exames alterados ignorados. Ao avaliar os exames por região das atipias escamosas, percebe-se que houve um predomínio de casos em todos os tipos de lesão nas regiões Nordeste e Sudeste, em que destaca-se as lesões de baixo grau, na primeira com 52.136 exames e na segunda com 67.977. Ainda, quanto as atipias glandulares, evidencia-se que as mesmas regiões apresentam mais casos, no entanto, a região Centro-Oeste exibiu 25% do total de casos.

Tabela 2 - Exames Alterados por Região da prestação de serviço, segundo Faixa Etária entre os anos de 2016 a 2020.

Faixa etária	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	Total
Total	59.960	195.512	240.618	186.730	70.504	753.324
Até 9 anos	5	38	30	18	10	101
Entre 10 a 14 anos	147	689	711	398	283	2.228
Entre 15 a 19 anos	3.575	13.105	18.076	12.536	5.406	52.698
Entre 20 a 24 anos	6.809	22.036	30.918	23.310	8.753	91.826

Entre 25 a 29 anos	7.087	22.625	30.881	23.396	8.686	92.675
Entre 30 a 34 anos	7.766	26.353	30.860	23.079	9.300	97.358
Entre 35 a 39 anos	7.926	26.665	31.172	23.207	9.226	98.196
Entre 40 a 44 anos	6.748	23.226	27.406	20.884	7.958	86.222
Entre 45 a 49 anos	5.497	19.315	23.388	19.134	6.648	73.982
Entre 50 a 54 anos	4.800	15.833	17.888	15.495	5.124	59.140
Entre 55 a 59 anos	3.895	10.667	12.413	10.950	3.813	41.738
Entre 60 a 64 anos	2.764	6.838	8.350	7.053	2.481	27.486
Entre 65 a 69 anos	1.676	4.225	4.679	4.265	1.497	16.342
Entre 70 a 74 anos	729	2.247	2.181	1.874	737	7.768
Entre 75 a 79 anos	373	1.056	1.038	799	387	3.653
Acima de 79 anos	163	593	625	332	195	1.908
Ignorado	0	1	2	0	0	3

Fonte: SISCAN, 2016 a 2020.

Quanto a faixa etária dos exames alterados por região da prestação do serviço no período analisado, a Tabela 2 revela que a faixa etária preconizada para a realização do exame (25 a 64 anos) correspondeu a aproximadamente 76%, sendo esta a grande maioria dos exames alterados, com a idade até 44 anos a faixa mais afetada. Não obstante, as regiões Norte, Nordeste e Sudeste mostraram que de 35 a 39 houve maior número de casos nessa faixa, já o Sul entre 25 a 29 anos e o Centro-Oeste de 30 a 34 anos.

Tabela 3 - Exames Alterados por Região da prestação de serviço, segundo Motivo do Exame entre os anos de 2016 a 2020.

Motivo do exame	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	TOTAL
Total	59.960	195.512	240.618	186.730	70.504	53.324
Rastreamento	56.477	183.880	216.710	165.470	64.807	687.344
Repetição (exame alterado ASCUS/baixo grau)	1.058	3.910	11.970	10.120	2.066	29.024
Seguimento	2.425	7.725	11.938	11.240	3.631	36.959

Fonte: SISCAN, 2016 a 2020

Ao analisar os exames alterados por Região da prestação de serviço, segundo Motivo do Exame, na região Norte (menor incidência) de 59.960 destes, cerca de 94,3% eram para rastreamento, enquanto que 1,7% representou repetição (exame alterado ASCUS/baixo grau) e 4%, seguimento. Já na região Sudeste (maior incidência), percebe-se que dentre o total, 90%,

4,94% e 4,96% correspondem a respectivamente os testes de rastreamento, repetição e seguimento.

Tabela 4 - Exames Alterados por Região da prestação de serviço, segundo Citologia Anterior entre os anos de 2016 a 2020.

Citologia Anterior	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	TOTAL
Total	59.960	195.512	240.618	186.730	70.504	753.324
Sim	46.470	153.371	196.833	158.643	56.628	611.945
Não	9.358	25.356	22.804	16.986	8.556	83.069
Não sabe	3.364	12.704	15.423	8.297	3.889	43.677
Sem informação na ficha	768	4.072	5.558	2.804	1.431	14.633

Fonte: SISCAN, 2016 a 2020

De acordo com a Tabela 4 sobre Exames Alterados por Região da prestação de serviço, segundo Citologia Anterior, demonstra-se que na região Norte também houve uma menor quantidade de exames alterados, sendo 59.960. Dentre esses, 46.470 responderam que confirmaram, 9.358 negaram, 3.364 não souberam responder e 768 não foram cadastrados na ficha. Já na região Sudeste (com maior prevalência), dos 240.618 exames, 81,8% confirmaram; 9,47% negaram; 6,40% não souberam e 2,31% na possuíram informação na ficha.

DISCUSSÃO

A realização periódica do exame citopatológico é a estratégia mais amplamente adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (INCA, 2011; 2016). O componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero é atingir alta cobertura da população definida como alvo. No Brasil, o INCA preconiza que o exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 64 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Diferentemente de países desenvolvidos, onde há recrutamento ativo da população-alvo para o rastreamento, no Brasil o rastreamento é oportunístico, com procura ocasional e espontânea dos serviços de saúde determinada por razões diversas que não o rastreamento do CCU (DAMASCENA; LUZ, MATTOS, 2017). No entanto, esse tipo de rastreamento é menos efetivo no impacto sobre a mortalidade e mais oneroso para o sistema de saúde.

Evidências baseadas na experiência de países desenvolvidos com a introdução de programas de rastreio de base populacional corroboram com o consenso na literatura de que as implantações de programas de rastreamento bem organizados podem reduzir em 90,0% a incidência e a mortalidade por CCU (DAMASCENA; LUZ, MATTOS, 2017).

Para que de fato ocorra uma redução da incidência e da mortalidade pelo CCU, é fundamental que o programa de rastreamento seja ofertado às mulheres pertencentes aos grupos de risco preconizados e que o tratamento adequado seja propiciado às mulheres que apresentam resultados positivos. Os dados apontaram o rastreamento como principal motivador para a realização do exame citopatológico (91,2%). O rastreamento possui como objetivo identificar e tratar precocemente as lesões precursoras. Assim, segundo o INCA (2016), se torna essencial a informação do seguimento das mulheres que tiveram esse diagnóstico para auxiliar na avaliação as ações do programa do controle do CCU. Nesse sentido, os dados apontam que apesar do baixo percentual, o seguimento constitui-se como a segunda maior causa de realização de citopatológicos, correspondendo a 4,9% dos exames alterados.

Apesar de se preconizar os 25 anos como a idade ideal para iniciar o rastreamento (INCA, 2016), ao considerar a distribuição dos exames citopatológicos com resultado alterado por faixa etária, notou-se que em uma parcela mínima de pacientes tinha até 9 anos e o exame evidenciou alteração (n=10). Esses dados não são o esperado, visto que a evolução natural da doença exige anos de infecção persistente, um alerta relevante.

Essa situação incomum pode dever-se ao início precoce da vida sexual, o que pode ocasionar lesões do colo do útero (TRINDADE et al., 2017), mas também pode indicar um dado muito mais grave – de violência sexual intradomiciliar.

No mais, pode indicar um possível aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau que não são precursoras e possuem grande probabilidade de regressão, não tendo real impacto na redução da incidência ou mortalidade por CCU (TRINDADE et al., 2017). Além disso, os números de resultados alterados tendem a aumentar de acordo com o avançar da idade, fato identificado neste estudo, uma vez que foi mais prevalente entre os 20 e 49 anos (71,7%), atingindo seu pico entre 35 e 39 anos (13,0%).

Os laudos citopatológicos alterados das células escamosas atípicas (38,8%) indicaram que 67,0% se constituem como lesão de baixo grau (HPV e NIC I). Em seguida, estão as lesões de alto grau (NIC II e NIC III) que correspondeu a 29,0%. Percebe-se também que apenas 0,2% dos exames citopatológicos alterados eram referentes a células glandulares atípicas. Destes, 54,0% eram adenocarcinomas “in situ”. O restante era adenocarcinoma invasor cervical, endometrial ou não estava especificado.

Dos 753.324 exames alterados, 81,2% indicaram exame anterior alterado. Esse dado corrobora com um estudo caso-controle realizado no Reino Unido por Sasieni e colaboradores, que incluiu 4.012 mulheres com câncer invasor do colo do útero e mostrou que 75% das mulheres de 20 a 24 anos que tiveram um câncer invasor já tinham pelo menos um exame citopatológico prévio (SASIENI; CASTANON; CUZICK, 2009). A análise dos dados ainda apontou que em 1,9% dos exames alterados no Brasil não constavam essa informação na ficha da paciente e 5,7% não souberam informar, evidenciando a forma insatisfatória na realização da coleta e armazenamento das informações e histórico das pacientes. Essa conjuntura prejudica o acompanhamento e continuidade do cuidado dessa população, e conseqüentemente, restringe a monitorização às

ações de rastreamento. E dessa forma, desconsidera as ações de seguimento, como a investigação diagnóstica e o tratamento de lesões precursoras (RIBEIRO *et al.*, 2019).

O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) foi criado com o objetivo de registrar todos os exames citopatológicos do colo do útero realizados pelo SUS. Entretanto, não se pode ignorar que é possível a ocorrência de falhas nesse registro, e conseqüentemente, diferenças entre as ações de controle do câncer de colo de útero efetivamente desenvolvidas pelas unidades de saúde de cada Estado e a forma como as informações são registradas no SISCAN.

Em relação ao câncer do colo do útero, o principal indicador pactuado entre o Ministério da Saúde, estados e municípios brasileiros é a razão entre exames realizados e população-alvo (SANTOS; MELO; SANTOS, 2012). No entanto, a razão de exames citopatológicos não corresponde diretamente a cobertura, pois ela não avalia o número de mulheres atendidas, mas a oferta de citológicos com base no número de exames.

Apesar do no Brasil possuir diretrizes clínicas que definem os protocolos assistenciais para o rastreamento do CCU, não há padrões estabelecidos para a planejamento de procedimentos na linha de cuidado do câncer do colo do útero. Desse modo, o monitoramento se restringe, em sua maioria, às ações de rastreamento, sem abranger as ações de seguimento que incluem a investigação diagnóstica e o tratamento de lesões precursoras (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Ainda, o rastreamento do CCU sofre a interferência de fatores de ordem social e subjetivo-cultural, vivenciados pelas mulheres (LOPES; RIBEIRO, 2019). Visto que a grande maioria das mulheres conhece o 'exame preventivo', mas mesmo assim parte das mulheres não o realiza. A periodicidade adequada não é amplamente conhecida, sendo a falta de informação um impasse na sua efetiva realização. Pesquisa da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) indicou que 86% da população nacional já ouviu falar sobre o CCU ou o exame preventivo (BARONI, 2018).

Além disso, vale ressaltar que a ausência ou a subnotificação de produção de procedimentos podem superestimar um déficit na produção nacional de procedimentos relacionados à investigação diagnóstica. Assim como, pode ocorrer superestimação dos números de notificação relacionadas ao rastreamento oportunístico, na qual uma parcela das mulheres realiza o exame frequentemente, enquanto parte da população-alvo não tem acesso a ele.

A estimativa realizada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013 apontou que a cobertura do citopatológico para rastreamento do câncer do colo do útero está abaixo de 80%, apesar de próxima ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde, a ausência de registro real de cobertura do rastreamento para câncer do colo do útero no Brasil vem sendo apontada por diferentes estudos ao longo dos anos, que avaliam como baixa a cobertura no SUS. O que causou limitação no estudo, pois a utilização de dados secundários não identificados para análise dos procedimentos realizados durante o período de tempo pesquisado impossibilita afirmar que cada registro represente um procedimento realizado por cada mulher.

De acordo com Selva *et al.* (2020), a prevalência do CCU está principalmente associada a disseminação do HPV (subtipos 16 e 18), pela via sexual. Contudo, outros fatores de risco

também estão relacionados com a maior incidência dessa doença, como o tabagismo interferindo na imunidade celular e facilitando a infecção pelo HPV, início precoce da vida sexual, múltiplos parceiros sexuais, uso prolongado de contraceptivos, multiparidade e o estado imunológico (SILVA *et al.*, 2018; SELVA *et al.*, 2020).

Sendo assim, é possível analisar o número de diagnósticos de CCU por região no Brasil no período de 2016 a 2020 pela faixa etária estudada, em que o Sudeste obteve 33% dos casos, o Nordeste 30%, o Sul com 23%, Centro-Oeste com 8% e o Norte com 6% do total de casos, sendo a faixa etária mais acometida a de 35 a 39 anos (3.270.314 diagnósticos). Quando comparadas as regiões brasileiras, evidencia-se que a região Nordeste e Sudeste são as com maiores números de casos em todos os anos entre 2016 a 2020, sendo o Nordeste prevalente de 25 a 39 anos e o Sudeste de 40 a 64 anos, mas ambos com quantidade significativa de diagnóstico em todas as faixas etárias.

Em que de acordo com Barbosa *et al.* (2016), as duas regiões abordadas seriam prevalentes com relação a mortalidade nesse mesmo período estudado. Ainda, a região Norte apresentou-se com os menores valores relacionados ao diagnóstico de acordo com a Gráfico 1, mas ao relacionar com estimativas de mortalidade, evidencia-se como uma das principais regiões com número de óbitos crescentes. Contudo, ainda segundo ele, as características desiguais econômico-culturais entre as regiões podem interferir no acesso aos serviços de prevenção, rastreamento regular, diagnóstico e tratamento, o que seria um fator predisponente para as regiões Norte e Nordeste.

A pesquisa da SBOC indicou que a distribuição de realização do Papanicolau entre os estados é variável, com o índice de mulheres realizando o exame com regularidade mais baixa entre os estados do Rio Grande do Norte (25%), Mato Grosso (27%), Roraima (27%), Tocantins (27%) e Bahia (29%) (BARONI, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do estudo indicaram que o rastreamento para câncer de colo uterino no Brasil, ainda não alcançou a eficácia necessária para minimizar a evolução da doença no país, sendo considerado um rastreio mais oportunístico, que além de ser menos efetivo é mais oneroso para o sistema de saúde, assim como, mesmo apresentando altos índices de notificações, estima-se que os números sejam pouco condizentes com a realidade, devido à alta taxas de subnotificações, caracterizando um dos principais problemas da vigilância epidemiológica do câncer de colo de útero.

Por outro lado, apesar de ser preconizada uma faixa etária para a realização do exame, foi constatado pacientes com exames alterados com até 9 anos de idade. Foi observado, também, que os laudos citopatológicos alterados das células escamosas atípicas indicaram que sua maioria eram adenocarcinomas “in situ”, assim como quando comparadas as regiões brasileiras,

observou-se que as regiões Nordeste e Sudeste são as com maiores números de casos no país no período de 2016 a 2020.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I. R. et al. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 253-262, jan. 2016.

BARONI, L. L. **Pesquisa diz que 52% das mulheres não fazem exame ginecológico preventivo**. 2018. Disponível em: <http://www.cosemsmt.org.br/pesquisa-diz-que-52-das-mulheres-nao-fazem-exame-ginecologico-preventivo/>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

CEOLIN, R. et al. Análise do rastreamento do câncer do colo do útero de um município do sul do Brasil. **Revista Fundamental Care Online**, v. 12, p. 406-412, 2020.

DAMACENA, A. M.; LUZ, L. L.; MATTOS, I. E. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 71-80, 2017.

DUARTE, D. A. P. **Iniquidade social e câncer em mulheres: Análise da Mortalidade por Câncer de Mama e Colo do Útero nas Microrregiões de Saúde de Minas Gerais no Período de 2008-2012**. 2016. 154fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação geral de ações estratégicas. Coordenação de prevenção e vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O que causa o câncer?** 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-causa-cancer>. Acesso em: 28 jul. 2020.

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3431-3442, 2019.

OLIVEIRA, N. P. D. et al. Association of cervical and breast cancer mortality with socioeconomic indicators and availability of health services. **Cancer Epidemiology**, v. 64, p. 101660, 2020.

RIBEIRO, C. M. et al. Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00183118, 2019.

ROCHA, J. P. J. et al. Conhecimento de acadêmicos acerca da prevenção do câncer de colo do útero e de mama. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 3, p. 1-11, 2018.

ROSS, J. R.; LEAL, S. M. C.; VIEGAS, K. Rastreamento do câncer de colo de útero e mama. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 11, n. Supl. 12, p. 5312-20, 2017.

SANTOS, R. S.; MELO, E. C. P.; SANTOS, K. M. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. **Texto Contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 800-810, 2012.

SASIENI, P.; CASTANON, A.; CUZICK, J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. **Bmj**, v. 339, 2009.

SELVA, A. C. V. et al. Estudo de coorte prospectiva de pacientes com câncer de colo de útero: a idade é um fator determinante?. *Brazilian Journal Of Health Review*, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8679-8695, jul/ago. 2020.

SILVA, L. R. *et al.* Educação em saúde como estratégia de prevenção do câncer do colo do útero: revisão integrativa. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 4, p. 35-35, 2018.

SILVA, R. G. *et al.* Profile of women with cervical cancer attended for treatment in oncology center. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 4, p. 695-702, dez. 2018.

TRINDADE, G. B. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero e sua periodicidade em um município de Santa Catarina. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet], v. 50, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50n1/AO1-Avaliacao-do-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-e-sua-periodicidade.pdf>>. Acesso em: 29 de julho 2020.

Capítulo 11

ASPECTOS RELEVANTES DA ADESÃO DO DIABÉTICO AO TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

RELEVANT ASPECTS OF DIABETIC ADHERENCE TO TREATMENT IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes¹Fernanda da Conceição Lima Santos²Isabel Alves Targino³Edenilson Cavalcante Santos⁴

RESUMO: OBJETIVO: Abordar o que a literatura pontua acerca dos desafios enfrentados por pacientes com Diabetes Mellitus na adesão adequada ao tratamento. **METODOLOGIA:** Revisão integrativa, com método analítico e descritivo da literatura, em que foi realizado um levantamento bibliográfico através de consulta ao site da Biblioteca Virtual de Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores controlados: Diabetes Mellitus AND Atenção Primária à Saúde AND Educação em Saúde AND Enfermagem. A amostra foi composta de 16 artigos. Essa busca foi realizada em julho de 2020. **RESULTADOS:** Dentre os principais aspectos que interferem na não adesão ao tratamento pelo portador de Diabetes, destacaram-se nos estudos, questões sociodemográficas, culturais, financeiras e intrínsecas a própria patologia. No entanto, uma das dificuldades mais complexas e delicadas, diretamente relacionada à baixa escolaridade, diz respeito à execução dos cuidados diários na medição e identificação do valor glicêmico bem como a falta da associação dos métodos farmacológicos e não farmacológicos.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT: OBJECTIVE: Approach what the literature points out about the challenges faced by patients with Diabetes Mellitus in adequate adherence to treatment. **METHODOLOGY:** Integrative review, with analytical and descriptive method of literature, in which a bibliographic survey was carried out by consulting the Virtual Health Library website. The following controlled descriptors were used: Diabetes Mellitus AND Primary Health Care AND Health Education AND Nursing. The sample consisted of 16 articles. This search was carried out in July 2020. **RESULTS:** Among the main aspects that interfere in the non-adherence to treatment by the Diabetes patient, sociodemographic, cultural, financial and intrinsic issues in the pathology stood out in the studies. However, one of the most complex and delicate difficulties, directly related to low education, concerns the implementation of daily care in measuring and identifying the glycemic value as well as the lack of association between pharmacological and non-pharmacological methods.

Keywords: Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Health Education. Nursing.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) que representa um grande problema de saúde pública o qual possui prevalência crescente nos indicadores de morbimortalidade em âmbito mundial (COÊLHO et al., 2018; MARQUES et al., 2019). Mais de 14 milhões de brasileiros de 20 a 79 anos são acometidos pela doença e muitos necessitam de hospitalização devido suas complicações e agravos (ARRUDA; SILVA, 2020).

Trata-se de uma condição clínica em que há desequilíbrios metabólicos que ocasionam o aumento do índice glicêmico, acarretando como principais complicações as ulcerações, doenças

1Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: allanarenally@gmail.com

2Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: nandafernanda26@outlook.com.

3Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: isabeltargino599@gmail.com.

4Preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade. Mestre em Saúde da Família. E-mail: edenilsoncavalcante@gmail.com

cardiovasculares, retinopatias, neuropatias, encefalopatias, pé diabético dentre outras. Essas complicações trazem grandes impactos à vida do usuário, pois necessitam de uma maior demanda de custos financeiros para tratamentos com curativos e medicamentos, além de elevar o grau de incapacidade e de dependência física da pessoa afetada (ARRUDA et al., 2019; EID et al., 2018; LIMA et al., 2016).

Frente a essa problemática, o Ministério da Saúde oferece estratégias, programas e instrumentos como subsídio para guiar a prática dos profissionais de saúde, fortalecer o acesso aos serviços de saúde e proporcionar um maior apoio a esses usuários (ROMANOSKI et al., 2018). A Atenção Primária à Saúde (APS) dispõe de um papel fundamental nesse processo, pois é o local em que o profissional de saúde aborda medidas preventivas, orienta sobre a importância de estabelecer uma alimentação balanceada e atividade física regular, complementando, assim, adesão a terapia medicamentosa (LIMA et al., 2016). Entretanto, essa adesão ao tratamento não tem ocorrido de maneira eficaz, tornando-se um desafio corriqueiro o qual compromete gravemente o controle dessa patologia (FARIA et al., 2014).

A pesquisa tem como objetivo abordar o que a literatura pontua acerca dos desafios enfrentados por pacientes portadores de DM na adesão adequada ao tratamento. Sendo assim, estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: Por que os usuários com Diabetes Mellitus têm dificuldade em aderir e cooperar no processo terapêutico?

O método de estudo baseou-se na busca de informações disponíveis da literatura, em que se procuraram investigar e analisar quais eram os principais fatores que interferem na adesão ao tratamento.

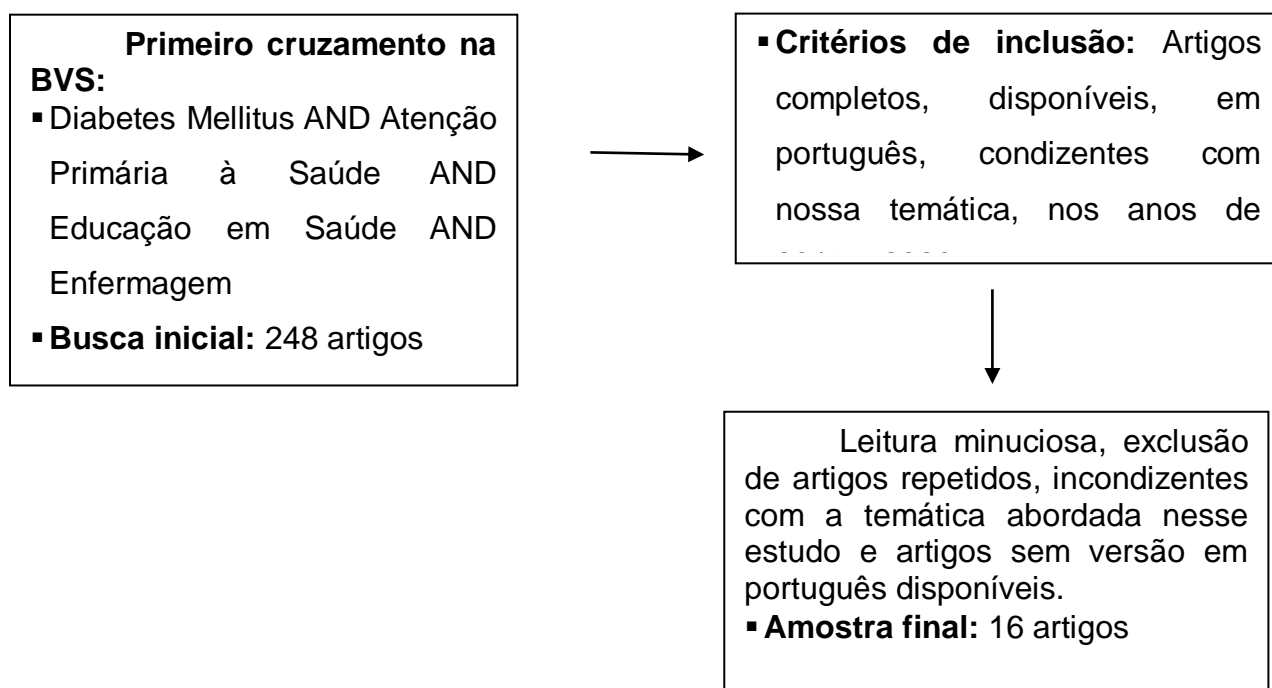
DESENVOLVIMENTO

METODOLOGIA/ PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O delineamento metodológico deste estudo constituiu-se de uma revisão integrativa, com método analítico e descritivo da literatura, em que foi realizado um levantamento bibliográfico através de consulta ao site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com foco nas bases de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Base de dados em Enfermagem (BDENF – ENF). Foram utilizados descritores de ciências da saúde (DECs) no seguinte cruzamento: Diabetes Mellitus AND Atenção Primária à Saúde AND Educação em Saúde AND Enfermagem, resultando em 248 artigos. Essa pesquisa foi realizada no mês de julho de 2020. Posteriormente foram empregados os seguintes critérios de inclusão: Artigos completos, disponíveis na íntegra, com versão no idioma português, publicados entre os anos de 2015 a 2020. Foram excluídos os estudos repetidos nas bases de dados, incondizentes com a temática do presente estudo e artigos sem versão em português disponíveis.

A partir dos critérios supracitados foram encontrados 26 artigos, desses, 16 foram selecionados para compor a amostra final.

Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos dos estudos incluídos na revisão da literatura sobre os aspectos relevantes da adesão do diabético ao tratamento na Atenção Primária à Saúde



REFERENCIAL TEÓRICO

O DM caracteriza-se por ser uma doença que possui como consequência alteração da metabolização de diversos componentes, como lipídios, proteínas, carboidratos e outros. Esse fator ocasiona alguns distúrbios na ação e na secreção da insulina, acarretando no indivíduo uma hiperglicemia persistente que traz diversos problemas à saúde, se não for corrigida adequadamente (LIMA et al., 2016).

O DM é uma doença crônica que apresenta um aspecto sindrômico de distúrbios metabólicos (SANTOS et al., 2019). Em sua classificação, destacam-se o DM tipo 1 (DM1), no qual o tratamento é feito através da administração da insulina e deve ter início logo após o diagnóstico da doença e o DM tipo 2 (DM2), em que o paciente não é dependente da insulina, mas que pode necessitar de seu uso em algumas ocasiões (REIS et al., 2020).

A população de risco para o desenvolvimento da doença é representada principalmente por idosos ou pessoas com hábitos de vida não saudáveis como sedentarismo, obesidade, alimentação inadequada e outras práticas que contribuem não só para o surgimento da DM, como também para outras DCNT (SANTOS et al., 2019).

São altíssimos os óbitos anuais decorrentes das complicações e agravos, configurando a principal causa de mortalidade dentre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Essa realidade não implica, porém, que os casos diminuam seguindo a alta taxa de mortalidade, em vez disso, a população está adquirindo diabetes cada vez mais cedo, a começar pelos 20 anos. Assim, o quadro de incidência com mais de 14,3 milhões de pessoas diagnosticadas com DM no Brasil, correspondem a gastos cada vez maiores, pela dependência dos programas de saúde pública (NÓBREGA et al., 2019). Quando não há suficientemente um conjunto de métodos terapêuticos, o

tratamento medicamentoso, embora imprescindível, não traz bons resultados a longo prazo, gerando grandes gastos aos cofres públicos (ARRUDA et al., 2019).

Permitiu-se por meio da APS o acompanhamento mais qualificado dos portadores das DCNT, especialmente o DM. A assistência prestada nesse âmbito pautou-se na forma multifatorial e no caráter natural de prevenção que essas doenças evocam para controlá-las, levando a redução da mortalidade e melhor qualidade de vida, por meio da oferta dos medicamentos, acolhimento de acordo com as particularidades e educação em saúde mais bem trabalhada, visando o grau de instrução em saúde (SANTOS et al., 2019).

Sua dimensão compreende um longo caminho até o controle eficaz que envolve desde vigilância em saúde com teste rápido para glicemia capilar em jejum, até o tratamento, o qual deve estar de acordo aos princípios do SUS (COÊLHO et al., 2018). Juntamente a isso, a distância do profissional com a terapia parece ser um fator limitante na atenção ao portador de diabetes, sobretudo os profissionais latinos, em mesma medida que variáveis biopsicossociais fragilizam a condução dos pacientes (SANTOS et al. 2019).

Portanto, a visão dos profissionais em prol da integralidade do cuidado deve ser ampliada, uma vez que, os danos afetam o emocional, financeiro e o social dos mesmos. Tal nivelamento, refletido na comunicação e educação em saúde desprovida de incertezas, contribui para diminuição do preconceito com o novo estilo de vida exigido (SANTOS et al., 2019).

RESULTADOS

No quantitativo de 26 artigos encontrados, 16 artigos se adequaram aos parâmetros norteadores. O delineamento dos estudos apresentou-se da seguinte forma: 4 estudos qualitativos exploratórios descritivos, 1 desenho pré e pós teste, 2 estudos quantitativos descritivos transversais, 1 pesquisa descritiva exploratória quantitativa, 2 estudos qualitativos, 2 estudos descritivos transversais, 1 estudo quase-experimental do tipo antes-depois com dois grupos, 1 relato de experiência, 1 pesquisa qualitativa descritiva e 1 estudo transversal.

A disponibilidade destes nas bases de dados se apresentou da seguinte forma: 3 artigos disponíveis na plataforma MEDLINE, 5 em BDEFN – Enfermagem, 2 na plataforma LILACS e 7 concomitantemente na plataforma LILACS e BDEFN - Enfermagem.

Os artigos escolhidos para compor a amostra final do estudo, foram descritos em tabela, para melhor visualização dos dados de estudo, serão abordados o título, ano da publicação, abordagem da pesquisa e se a pesquisa apresentou as características que cercam a má adesão ao tratamento por parte de pacientes com Diabetes Mellitus.

Quadro 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura, segundo autor (es), título, ano de publicação e principais resultados.

Autor (es)	Título	Ano	Abordagem da pesquisa	Aborda a não adesão de pacientes com DM ao tratamento?
1. REIS, Pamela dos et al.	Desempenho de pessoas com Diabetes Mellitus na insulinoterapia*	020	Estudo transversal descritivo, realizado com usuários acompanhados na Atenção Primária de município no Sul do Brasil.	Sim, o artigo atenta-se para o uso correto da insulina, a forma correta que essa deve ser administrada, os locais corretos e a não reutilização de seringas e agulhas.
2. ARRUDA, Cecília; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da.	A hospitalização como espaço para Educação em Saúde às pessoas com Diabetes Mellitus	020	Pesquisa qualitativa descritiva.	Sim, discute a importância do uso da educação em saúde nos hospitais para adesão dos pacientes ao tratamento.
3. NÓBREGA, Luciana Maria Bernardo et al.	Características e qualidade de vida de pessoas com Diabetes	019	Estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado com 39 pessoas diagnosticadas com DM em USF.	Sim, o estudo aborda a não adesão devido uma baixa escolaridade nas pessoas diagnosticada.
4. ARRUDA, Luana Savana Nascimento de Sousa et al.	Conhecimento do enfermeiro acerca dos cuidados com o pé diabético	019	Estudo quantitativo, descritivo, transversal realizado com 237 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família/ESF.	Não.
5. MARQUES, Marília Braga et al	Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com Diabetes Mellitus	019	Estudo quase-experimental do tipo antes-depois com dois grupos, designados: Grupo-Controle (GC) e Grupo-Intervenção (GI).	Sim, aborda que a intervenção educativa propicia maior adesão da alimentação saudável, do autocuidado com os pés e do tratamento farmacológico.
6. SANTOS, MirellyKerflem da Silva et al.	Orientações do enfermeiro aos idosos com Diabetes Mellitus: Prevenindo lesões	019	Estudo qualitativo, descritivo, exploratório, com sete enfermeiros	Sim, aborda a importância do rastreio glicêmico, consultas de rotina, mudança no estilo de vida e do tratamento medicamentoso.
7. PARAIZO, Camila Maria Silva et al.	Conhecimento do enfermeiro da Atenção Primária de Saúde sobre Diabetes Mellitus	018	Estudo qualitativo, exploratório e analítico. O mesmo foi realizado com 13 enfermeiros atuantes na APS	Não.
8. ESTEQUI, JeanineGeraldin et al.	Resíduos gerados por usuários de insulina em domicílio	018	Estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado em 13 USF com o objetivo de conhecer o modelo de manejo ofertado aos RSS (Resíduos de Serviços de Saúde), gerados nos domicílios.	Sim, a baixa escolaridade mostrou-se sendo um fator crucial na não adesão ao tratamento do DM.
9. COELHO, Magda Coeli Vitorino Sales et al.	Formação em educação em Diabetes: significados atribuídos por enfermeiros da Atenção Primária	018	Estudo exploratório e quantitativo realizada com 20 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF).	Não.
10. SILVA, Silvana de Oliveira et al.	Consulta de Enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus: Experiências com metodologia ativa	018	Trata-se de um relato de experiência de ensino com metodologia da problematização relacionada à disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva IV.	Não.

11. EID, Leticia Palota et al.	Fatores relacionados às atividades de autocuidado de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2	018	Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família.	Sim, o estudo relata a dificuldade na adesão ao tratamento e a relação desse comportamento com variáveis clínicas e socioeconômicas.
12. VARGAS, Caroline Porcelis et al.	Condutas dos enfermeiros da Atenção Primária no cuidado a pessoas com pé diabético	017	Estudo qualitativo, exploratório, descritivo realizado com 22 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF)	Não.
13. SOUSA, Eliane Leite de et al.	Qualidade de vida e fatores associados à saúde de idosos diabéticos	016	Estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado com 962 idosos portadores do Diabetes Mellitus tipo 2 acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF).	Sim, o estudo aborda que as medidas não farmacológicas são imprescindíveis para uma resposta positiva para o tratamento da doença, porém, esse quesito, não tem sido de fácil entendimento para essa população.
14. DE CARVALHO TORRES, Heloisa; NOGUEIRA CORTEZ, Daniel; AFONSO REIS, Ilka	Avaliação da Educação em grupo de Diabetes na Atenção Primária à saúde	016	Trata-se de um desenho pré e pós teste em um grupo realizado com usuários portadores de DM do tipo 2.	Sim, este estudo aborda que as atividades de educação em saúde auxiliam na adesão ao tratamento, o qual tem se mostrado preocupante entre os portadores.
15. CAMPOS, Thais Silva Pereira et al.	Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com Diabetes Mellitus assistidos pela Atenção Primária de saúde	016	Estudo qualitativo, realizado com 20 pessoas com diabetes mellitus cadastradas em Centros de Saúde de Florianópolis/Santa Catarina/Brasil.	Sim, aborda que fatores como hábitos saudáveis, apoio da família e o acesso aos medicamentos influenciam positiva ou negativamente a adesão ao tratamento.
16. LIMA, Adilson Fernandes et al.	A percepção do idoso com Diabetes acerca de sua doença e o cuidado de Enfermagem	016	Pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa.	Sim, argumenta que a não adesão de idosos ao tratamento do Diabetes, pode ser resultado de uma visão negativa a respeito da doença, devido às alterações que essa ocasiona.

Fonte: Dados da pesquisa 2020.

DISCUSSÃO

FATORES QUE INTERFEREM NA BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS

O conceito de adesão é amplo em sua definição. Compreende-se, portanto, o período final do uso adequado e racional dos medicamentos prescritos, seguindo todo esquema terapêutico recomendado. A baixa adesão é reconhecida globalmente, em destaque ao DM, devido sua cronicidade, o que ocasiona demanda para o autocuidado atingindo em média, 50% nos países desenvolvidos (FARIAS et al., 2016; OLIVEIRA; UETA; FRANCO, 2018; SANTOS; FREITAS, 2018).

Inúmeros aspectos são responsáveis pela elevação dessa dificuldade na adesão, como os fatores de ordem cultural, sociodemográficos como restrições financeiras, pessoal e emocional, além de aspectos concernentes a patologia, ao tratamento, sistema de saúde e a equipe multiprofissional, influenciando por sua vez a coordenação, gerenciamento e seguimento do

autocuidado. A exemplo de características socioculturais evidencia-se que a maior taxa de adesão a farmacoterapia é maior entre homens do que em mulheres. Portanto, esse resultado justifica-se pela dificuldade em relatar as fragilidades nos aspectos relacionados à saúde do homem (NETA; SILVA, A.R.V; SILVA, G.R.F, 2015; OLIVEIRA; UETA; FRANCO, 2018).

A escolaridade tem sido abordada nos estudos como um fator positivo para a adesão adequada ao tratamento. Sendo assim, evidencia-se que o baixo nível de escolaridade em ambos os sexos, tem sido um aspecto crucial no que concerne a identificação de medicamentos, controle, monitoramento e tratamento do usuário em domicílio, ou seja, ocorre o comprometimento da compreensão de todo o processo terapêutico (ESTEQUI et al., 2018; OLIVEIRA; UETA; FRANCO, 2018).

Dorothea Elizabeth Orem, em sua teoria do autocuidado, a define como a execução de ações para a manutenção da saúde, vida e do bem-estar, sendo realizadas pelo indivíduo em seu próprio benefício. Estas atividades, quando realizadas de maneira eficaz, corroboram para o completo funcionamento e integridade do ser humano. A equipe profissional é primordial na mudança de comportamento e desenvolvimento dessa capacidade e habilidade nos portadores e familiares, visto que, estes são responsáveis por mais de 95% do tratamento, demonstrando assim, que o autocuidado é o elemento fundamental para o controle do DM (FARIAS et al., 2016; NETA; SILVA, A.R.V; SILVA, G.R.F, 2015).

O autocuidado de forma correta melhora o sucesso terapêutico, na qualidade de vida, sintomas ansiosos e depressivos, redução do risco cardiovascular e melhora no controle metabólico. No entanto, devem-se analisar as diferenças sociais, clínicas e demográficas de cada população e os fatores que interferem no comportamento da não adesão ao tratamento (EID et al., 2018).

Estudos relatam que indivíduos com níveis socioeconômicos precários são mais vulneráveis e susceptíveis ao adoecimento e conseqüentemente, vir a óbito. Outrossim, estes por possuírem baixo poder aquisitivo são mais dependentes dos sistemas públicos para acompanhamento e assistência ao tratamento do DM. Além disso, os portadores que adquiriram seus medicamentos através do Programa Farmácia Popular (PFP) apresentam melhor adesão comparando a aqueles que conseguiram através de farmácias do sistema público. Esse fato, justifica-se pela logística e disposição em que o PFP se organiza com datas estabelecidas mensalmente para obtenção dos medicamentos bem como a validade das receitas médicas (OLIVEIRA; UETA; FRANCO, 2018).

Salienta-se que as mudanças nos hábitos do cotidiano podem causar um desconforto psicossocial devido o surgimento de habilidade e capacidade do portador iniciar e manter condições de autocuidado e automonitorização de suas práticas. Com isso, o tratamento pode torna-se desconfortável, frustrante, estressante e preocupante, ocasionando a omissão da insulino terapia e seguimento de medidas não farmacológicas (SANTOS; FREITAS, 2018).

Logo, destaca-se a importância dos profissionais de saúde em identificar e compreender estas variáveis em relação às dificuldades do autocuidado e elaborar estratégias educacionais e

posturas inovadoras, conforme sua capacidade de atuação, a exemplo de atividades de educação em grupo, a fim de que haja o fortalecimento entre profissional-paciente e, conseqüentemente, melhorias na condição clínica destes (ARRUDA; SILVA, 2020; MARQUES et al., 2019).

Para o tratamento do DM não é necessário apenas o cumprimento da farmacoterapia, mas sim de mudanças no estilo de vida, como adoção de atividade física regular, ingestão adequada dos medicamentos prescritos, cuidados apropriados e atenção com os pés, monitorização constante da glicemia e uma alimentação balanceada. Acarreta-se, na rotina alimentar, o envolvimento de disciplina e planejamento, mostrando-se como o maior desafio na adesão, fator que desencadeia o desequilíbrio da doença e, conseqüente piora na qualidade de vida (EID et al., 2018; MARQUES et al., 2019; NÓBREGA et al., 2019).

AÇÕES PÚBLICAS COM FOCO PARA O MANEJO DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Diante do impacto que o DM acarreta nos indivíduos acometidos e da demanda significativa que ocasiona aos serviços de saúde, serão discutidas nesse tópico as principais ações públicas com foco na prevenção, garantia do suporte profissional e controle do DM.

Por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 o Ministério da Saúde (MS), revisa e aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito do SUS, a qual já tinha sido revisada no ano de 2011. No art. 2º dessa política a AB é definida como um “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (BRASIL, 2017 p. 2).

Dessa forma, pode-se perceber que a APS e os profissionais de saúde que nela atuam, são de suma importância para o manejo adequado do DM, visto que essa doença é uma das condições crônicas mais comumente tratadas neste nível de atenção (PARAIZO et al., 2018). É essencial que a prática assistencial desses profissionais, em especial do enfermeiro, seja voltada para a promoção da saúde, para o maior incentivo da autonomia e da adesão desses pacientes durante o seu tratamento, utilizando práticas de educação em saúde para conscientizá-los acerca da condição crônica que possuem e da prevenção de suas possíveis complicações (COÊLHO et al., 2018; MARQUES et al., 2019; VARGAS et al., 2017).

No art. 4º pontua-se ainda que a “PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica” (BRASIL, 2017p. 2). No estudo realizado por Estequi et al. (2018), a maioria dos participantes consideraram a Unidade de Saúde da Família (USF), como o principal serviço de referência no que concerne ao acompanhamento por profissionais, aquisição de materiais, medicamentos para o controle e monitoramento da doença.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, aborda quatro principais doenças crônicas e seus fatores de risco, dentre essas o Diabetes. Esse plano visa à redução da morbidade, incapacidade

e mortalidade causadas pelas DCNT, por meio de ações preventivas e de promoção à saúde, a partir da atuação conjunta da AB com a comunidade (BRASIL, 2011).

Esse plano visa também à distribuição gratuita de medicamentos e materiais no Brasil, sendo regulamentada pela Lei Federal nº 11.347 de 2006, a qual dispõe de fornecimento de seringa com agulha acoplada, lanceta e tiras reagentes, aos portadores de DM desde que estejam inscritos em programas de educação para diabéticos, como preconizado no art. 3º dessa lei (BRASIL, 2006). Essa iniciativa proporciona maior adesão e fácil acesso de pessoas com restrições financeiras ao tratamento medicamentoso adequado (COELHO et al., 2018; CAMPOS et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta à literatura demonstrou aspectos que interferem na não adesão ao tratamento pelo portador de DM. Dentre elas, destacaram-se nos estudos, as questões sociodemográficas, culturais, financeiras e intrínsecas a própria patologia. No entanto, uma das dificuldades mais complexas e delicadas diz respeito à execução dos cuidados diários na medição e identificação do valor glicêmico bem como a falta da associação dos métodos farmacológicos e não farmacológicos.

Essa dificuldade, por sua vez, está diretamente relacionada à falta de compreensão da gravidade da doença devido ao baixo nível de escolaridade dos mesmos. Sabe-se, portanto, que há métodos e estratégias de cuidados destinados a essa patologia, o qual abarca direcionamentos eficazes para suprir as necessidades enfrentadas e conseqüentemente sanar a problemática.

A equipe multiprofissional é o agente facilitador e mobilizador nas alterações dos hábitos e adesão ao tratamento. Estes devem reconhecer seu papel na identificação dos impasses prevalentes, direcionando atenção singular e integral a cada portador, estimulando assim habilidades para realização do autocuidado. Ademais, essas ações devem basear-se em princípios e diretrizes oferecidos pela Atenção Primária à Saúde, nível de atenção imprescindível na promoção da qualidade de vida desta patologia, e demais DCNT.

É necessário que esses fatores sejam reconhecidos a fim de que haja a implementação de intervenções que possibilitem o seguimento efetivo da terapia e conseqüentemente, melhor controle e estabilidade da doença.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Cecilia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. A HOSPITALIZAÇÃO COMO ESPAÇO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS. In: **R. pesq.: cuid. fundam.** Online, Rio de Janeiro, v. 12, p. 37-45, 2020. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6909/pdf_1. Acesso em: 07 jul. 2020.

ARRUDA, Luana Savana Nascimento de Sousa et al. CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO ACERCA DOS CUIDADOS COM O PÉ DIABÉTICO*. In: **Rev. enferm. UFPE** online, Recife, v. 13, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242175>. Acesso em: 07 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.347%2C%20DE%2027%20DE%20SETEMBRO%20DE%202006.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20distribui%C3%A7%C3%A3o%20gratuita,programas%20de%20educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20diab%C3%A9ticos. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. p. 32. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

CAMPOS, Thais Silva Pereira et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus assistidos pela atenção primária de saúde. In: **J. Health Biol Sci.**, Fortaleza, v. 4, n. 4, p. 251-256, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1030>. Acesso em: 07 jul. 2020.

COELHO, Magda Coeli Vitorino Sales et al. Formação em educação em diabetes: significados atribuídos por enfermeiros da atenção primária. In: **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1707-1714, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001001611&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 07 jul. 2020.

DE CARVALHO TORRES, Heloisa; NOGUEIRA CORTEZ, Daniel; AFONSO REIS, Ilka. AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM GRUPO DE DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. In: **Cienc. enferm.**, Concepción, v.22, n. 3, p. 35-45, 2016. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v22n3/0717-9553-cienf-22-03-00035.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2020.

EID, Letícia Palota et al. Fatores relacionados às atividades de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. In: **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000400201&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 jul. 2020.

ESTEQUI, JeanineGeraldin et al. RESÍDUOS GERADOS POR USUÁRIOS DE INSULINA EM DOMICÍLIO. In: **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v. 22, p. 1-6, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1263#>. Acesso em: 07 jul. 2020.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família*. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000200257&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 22 jul. 2020.

FARIAS, Raquel de Fátima Santos de et al. Adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus em área rural do município de Vitória de Santo Antão-PE. **Rev. APS**, Juiz de Fora v. 19, n.2, p. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15457>. Acesso em: 22 jul. 2020.

LIMA, Adilson Fernandes et al. A PERCEPÇÃO DO IDOSO COM DIABETES ACERCA DE SUA DOENÇA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM. In: **Ciênc. Cuid. Saúde**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 522-

529, set. 2016. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612016000300522. Acesso em: 07 jul. 2020.

MARQUES, Marília Braga et al. Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus*. In: **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 53, p. 1-8, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100490. Acesso em: 07 jul. 2020.

NETA, Dinah Sá Rezende; SILVA, Ana Roberta Vilarouca da; SILVA, Grazielle Roberta Freitas da. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev. Bras. Enferm., Brasília** v.68, n. 1, p. 111-116, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100111. Acesso em: 20 jul.2020.

NÓBREGA, Luciana Maria Bernardo et al. CARACTERÍSTICAS E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES. In: **Rev. enferm. UFPE** on line, Recife, v. 13, n. 5, p. 1243-1252, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238663/32206>. Acesso em: 07 jul. 2020.

OLIVEIRA, Rinaldo Eduardo Machado de; UETA, Julieta; FRANCO, Laercio Joel. Adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes mellitus tipo 2: Diferenças de gênero. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 21, n.3, p. 335-344, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/16395>. Acesso em: 22 jul.2020.

PARAIZO, Camila Maria Silva et al. CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE SOBRE DIABETES MELLITUS. In: **Rev. enferm. UFPE** on line. Recife, v. 12, n. 1, p.179-188, jan., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23087/25973>. Acesso em: 07 jul. 2020.

REIS, Pamela dos et al. DESEMPENHO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA INSULINOTERAPIA*. In: **Cogitareenferm.**, Paraná, v. 25, p.1-12, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/66006>. Acesso em: 07 jul. 2020.

ROMANOSKI, Priscila Juceli et al. SABERES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS. In: **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.8, n. 4, p. 688-701, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/30931/pdf>. Acesso em: 07 jul. 2020.

SANTOS, Mirelly Kerflem da Silva et al. ORIENTAÇÕES DO ENFERMEIRO AOS IDOSOS COM DIABETES MELLITUS: PREVENINDO LESÕES. In: **Rev. enferm. UFPE** online, Recife, v. 13, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/240074/32815>. Acesso em: 07 jul. 2020.

SANTOS, Tallita Barbosa Monteiro dos; FREITAS, Betânia de Jesus e Silva de Almendra; Adesão ao tratamento dietético em portadores de diabetes mellitus assistidos pela estratégia saúde da família. **BRASPEN J**, v.33, n. 1, 2018. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2018/14-AO-Adesao-ao-tratamento-dietetico.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SILVA, Silvana de Oliveira et al. Consulta de enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus: experiência com metodologia ativa. In: **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 3281-3286, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000603103&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 jul. 2020.

SOUSA, Eliane Leite de et al. Qualidade de vida e fatores associados à saúde de idosos diabéticos. In: **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1-7, 2016. Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/8456/20370>. Acesso em: 07 jul. 2020.

VARGAS, Caroline Porcelis et al. CONDUZAS DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO A PESSOAS COM PÉ DIABÉTICO. In: **Rev. enferm. UFPE** on line, Recife, v. 11, supl. 11, p. 4535-4545, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231192/25181>. Acesso em: 07 jul. 2020.

Capítulo 12

**ASSISTÊNCIA PRESTADA AO PORTADOR DE ANEMIA FALCIFORME NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**ASSISTANCE PROVIDED TO THE HOLDER OF FALCIFORM ANEMIA IN
PRIMARY ATTENTION

Francisco Werbeson Alves Pereira¹
Amanda Pinheiro de Alencar²
Gabriela Diolina Torres³
Nadiene de matos Oliveira⁴
Juliana Ferreira Carlos⁵
Nara Jéssica Alves De Souza⁶
Natália Bastos Ferreira Tavares⁷

RESUMO: A Estratégia Saúde da Família surge como um modelo assistencial que objetiva garantir a promoção, proteção e prevenção de agravos à saúde. Entre às várias demandas que nela são encontradas temos a inclusão dos cuidados que são prestados ao portador de Anemia Falciforme, logo, o objetivo do presente estudo é identificar, na literatura científica, os cuidados relacionados à pessoa com anemia falciforme no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O estudo é uma revisão narrativa da literatura na qual foi empregada os seguintes descritores na BVS e SciELO: Anemia falciforme; Atenção Primária à Saúde; Padrão de Cuidado e Qualidade da Assistência à Saúde. No total foram utilizados 6 artigos. O estudo possibilitou identificar que o conhecimento que os profissionais têm sobre a doença tem grande impacto nos cuidados que são oferecidos. Destacando-se aqui: massagens, utilização de compressas quentes, estimulação a ingestão de líquidos, como água, sucos e sopas.

Palavras-chave: Anemia falciforme. Atenção primária à saúde. Padrão de cuidado. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT: The Family Health Strategy emerges as a care model that aims to guarantee the promotion, protection and prevention of health problems. Among the various demands that are found in it we have the inclusion of the care that is provided to the patient with Sickle Cell Anemia, therefore, the objective of the present study is to identify, in the scientific literature, the care related to the person with sickle cell anemia in the scope of Primary Health Care. Health. The study is a narrative review of the literature in which the following descriptors were used in the BVS and SciELO: Sickle cell anemia; Primary Health Care; Standard of Care and Quality of Health Care. In total, 6 articles were used. The study made it possible to identify that the knowledge that professionals have about the disease has a great impact on the care that is offered. Standing out here: massages, use of hot compresses, stimulation of fluid intake, such as water, juices and soups.

Keywords: Anemia, Sickle Cell. Primary Health Care. Standard of Care. Quality of Health Care.

1 Discente do Curso de enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA/UDI. Membro do grupo de pesquisa: Clínica, cuidado e gestão em saúde-GPCLIN. E-mail: Franciscowerbeson@gmail.com

2 Discente do Curso de enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA/UDI. E-mail: alencarpinheiro1@gmail.com

3 Discente do Curso de enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA/UDI. E-mail: Leocarneiro789@gmail.com

4 Discente do Curso de enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA/UDI. E-mail: nadieneigt@hotmail.com

5 Discente do Curso de enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA/UDI. E-mail: Juliana_carlos1@hotmail.com

6 Discente do Curso de enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA/UDI. E-mail: f.danielnf@hotmail.com

7 Enfermeira. Docente do curso de enfermagem. URCA/UDI. Mestrado em Ciências da Saúde FMABC. Membro do grupo de pesquisa: Clínica, cuidado e gestão em saúde-GPCLIN. E-mail: nataliabastosf@hotmail.com

Introdução

A Estratégia Saúde da Família oferece uma assistência à saúde com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentre outros profissionais. Nesse sentido a equipe multiprofissional carece de conhecimento acerca de toda sua área de abrangência, uma vez que isso auxilia na qualidade do acompanhamento de todas as famílias que são atendidas em sua área adscrita (ALMEIDA; SANTOS; SILVA, 2018).

Vale destacar que a Estratégia Saúde da Família surge como forma de reorientar o modelo assistencial do SUS na Atenção Primária à Saúde. A Atenção Primária à Saúde tem como principal foco ações de caráter preventivo e de enfrentamento de determinantes de saúde. Essa explanação é importante para que haja uma compreensão do processo saúde-doença e seus determinantes de saúde (DAVID et al., 2009; SILVA et al., 2013; SILVA et al., 2017).

O Ministério da Saúde através da portaria Nº 1.391, de 16 de agosto de 2005, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, objetivando promover mudança no curso da história natural da doença falciforme no Brasil, reduzindo a taxa de morbimortalidade, promovendo a longevidade com qualidade de vida e promovendo educação em saúde aos doentes e aos portadores do traço falciforme e população em geral (BRASIL, 2005). Algumas ações estabelecidas pela política nacional visam a qualificação, ampliação e estruturação da rede de atenção de acordo com o que é preconizado pela coordenação geral de sangue e hemoderivados e estas ações incluem a participação da Atenção Primária nos cuidados voltados à pessoa com doença falciforme, tendo em vista a proximidade do serviço primário com a realidade diária dos indivíduos sendo capaz de solucionar os agravos e de acompanhar de perto as necessidades desses indivíduos.

A anemia falciforme é uma enfermidade genética e hereditária no qual decorre de uma mutação em seu gene que produz a hemoglobina A, que por sua vez origina a hemoglobina S, de caráter recessivo. Para seu desenvolvimento é necessário que os pais possuam o traço falciforme, ou seja, cada um possua a presença da hemoglobina S homozigose, originando assim a anemia falciforme (HbSS). Atualmente mais da metade da população brasileira possui o traço da doença, sendo este em decorrência da vinda de negros escravizados à América no período colonial. Estima-se que no Brasil existam cerca de 2 a 8% de indivíduos com o traço falciforme e aproximadamente 25.000 a 30.000 casos com anemia falciforme (GOMES et al., 2011; BRASIL, 2015).

Suas diversas complicações decorrem da forma afoiçada das hemácias que tendem a alterar exacerbadamente o fluxo sanguíneo bem como as alterações químicas decorrentes das interações dessas hemácias defeituosas com o endotélio vascular levando a oclusão vascular, baixo fluxo sanguíneo desencadeando uma hipoxemia e lesão tecidual crônica (MARTINS et al., 2013).

Em relação a gravidade clínica na qual a pessoa possa vir a apresentar ela é variável, as formas crônica e grave da doença são acentuadas pelas crises falcêmicas. Entre as complicações decorrente da anemia falciforme, temos: hemólise crônica, icterícia, vaso-oclusão falciforme, falcização eritrocitária mesentérica, episódios de priapismo, a síndrome torácica aguda, úlceras crônicas e acidentes vasculares cerebrais, ocorrendo por consequência das alterações nos vasos. Pacientes com doença falciforme são predispostos às infecções bacterianas, em decorrência da disfunção esplênica secundária. Não só a nível fisiológico existem ainda repercussões psicológicas adversas, como: baixa autoestima, agravada muitas vezes pela situação socioeconômica do indivíduo (BRASIL, 2009).

Como no decorrer dos anos as pessoas diagnosticadas com anemia falciforme eram encaminhadas aos centros de atenção hematológica e lá permaneciam pelo resto de suas vidas isso acabou criando uma invisibilidade da assistência no âmbito primário, elas eram acompanhadas pelo hematologista responsável e excluídas dos programas de prevenção e promoção da saúde. A dificuldade de acesso gerado em usuário e serviço causa a descontinuidade do cuidado, como a perda de vínculo com o profissional de saúde, com consequências desfavoráveis ao tratamento, e consequentemente a baixa satisfação dos usuários (BRASIL, 2009).

Justifica-se esse estudo como forma de levantar o aprofundamento da Anemia Falciforme no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no contexto da Estratégia Saúde da Família. Dito isso, objetivou-se nesse trabalho identificar, na literatura científica, os cuidados à pessoa anemia falciforme no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O estudo tem grande relevância uma vez que possibilita o aprofundamento da temática, por parte dos profissionais e acadêmicos de graduação e com isso garante uma melhora da assistência prestada ao portador de anemia falciforme.

Desenvolvimento

Trata-se de um estudo do tipo revisão narrativa da literatura sendo, pois, um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. Os descritores utilizados foram: Anemia Falciforme; Atenção Primária à Saúde; Padrão de Cuidado e Qualidade da Assistência à Saúde. A consulta foi realizada utilizando-se a junção de dois descritores, sendo eles: Anemia Falciforme AND Atenção Primária à Saúde; Anemia Falciforme AND Qualidade da Assistência à Saúde; Anemia Falciforme AND Padrão de Cuidado. Optou-se por realizar a pesquisa da seguinte forma para que houvesse um maior achado de resultados. A busca de dados ocorreu no período de fevereiro e abril de 2019 em publicações indexadas na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Inicialmente foi achado um quantitativo de 242 na BVS e 5 resultados na SciElo, após isso foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos em português, completos e disponíveis na íntegra, publicados no período entre 2013 e 2018; Critérios de exclusão: artigos repetidos nas

bases de dados, com acesso restrito ao documento completo e que fugissem do objetivo. Após leitura dos arquivos encontrados foram selecionados para a elaboração desse estudo um quantitativo de 6 artigos.

A anemia falciforme nos artigos analisados foi vista como uma patologia que ainda é pouco discutida. No estudo, Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme, realizado por Gomes et al. (2015) é enfatizado em seus resultados, que aborda sobre o acesso da pessoa com doença falciforme à unidade de saúde, a questão da falta de conhecimento teórico-prático dos profissionais no manejo dessa doença. Ela conclui que existe ainda uma necessidade dos profissionais saberem como abordar seus pacientes, visto que uma assistência de qualidade necessita de uma boa abordagem para que possa ter uma continuidade dos cuidados prestados, logo, é preciso investir em capacitações que melhor os preparem.

É possível destacar nos resultados encontrados que a assistência ao portador de anemia falciforme inicia durante o período de puericultura, onde é realizado o teste do pezinho para triagem neonatal. Segundo Jacks et al. (2018) a realização do teste do pezinho é indispensável para uma elaboração do diagnóstico precoce no período neonatal, já que isso permite criar estratégias específicas de cuidados à saúde do recém-nascido. Um estudo conduzido por Weis et al. (2013) apontam que uma identificação tardia acarreta numa qualidade de vida diminuída, desenvolvimento e crescimento prejudicado e até mesmo a morte. Várias complicações podem advir de uma detecção tardia, tais como febre, injúria renal, priapismo, sequestro esplênico, dor torácica aguda e acidente vascular encefálico.

Essas complicações podem ser amenizadas, principalmente quando ocorre a promoção do autocuidado ao paciente acometido por anemia falciforme, estratégia que pode ser adotada, preferencialmente, no âmbito da atenção primária. Isso vai de encontro com as ideias de Santana; Cordeiro e Ferreira (2013) que apontam os benefícios de um autocuidado eficiente, e ressaltando a importância das consultas prestadas na Estratégia Saúde da Família para uma continuidade do cuidado. É notório que a pessoa com anemia falciforme está predisposta a várias complicações no decorrer de sua vida, mas com os cuidados e orientações corretas é possível ter uma qualidade de vida melhor. Essas informações podem ser dadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, como médicos e enfermeiros. Eles apontam algumas medidas para melhoria da qualidade de vida durante as consultas que podem ser feitas por esses profissionais, tais como: orientação à família sobre os motivos da dor, abordagem sobre tratamento não farmacológico, utilização de massagens de conforto, uso de compressas quentes, respiração rítmica e estimulação a ingestão de líquidos, como água, sucos e sopas caseiras. Para uma melhor prestação de cuidados além de saber formas de amenizar e controlar crises é de suma importância o conhecimento referente as causas, ou seja, os fatores que desencadeiam muitas vezes as crises falcêmicas, como: edema de mãos, pés, distensão abdominal e fatores que possam estar contribuindo para exacerbação da dor, como frio, ruído, luz.

Algumas medidas devem ser adotadas na Estratégia Saúde da Família onde o indivíduo é inserido em sua área adscrita. Gomes et al. (2015) ao realizar um estudo sobre percepção de

profissionais perante a anemia falciforme na atenção primária, focou em seus resultados como a assistência é prestada ao paciente com anemia falciforme na atenção primária e como os profissionais têm dificuldade de prover um atendimento de qualidade em decorrência da falta de conhecimento teórico/prático, uma vez que pacientes que procuravam o serviço primário e acabavam relatando dor eram encaminhados para uma atenção mais especializada e cuidados básicos, como aplicação de compressa quentes para amenizar essa dor. Ela conclui ainda que existe ainda uma necessidade dos profissionais saberem como abordar seus pacientes, visto que uma assistência de qualidade necessita de uma boa abordagem para que possa ter uma continuidade dos cuidados prestados, preciso de uma capacitação que melhor os preparem.

A Estratégia Saúde da Família é entendida como porta de entrada dos serviços de saúde de maior complexidade, contudo apesar dos encaminhamentos que são necessários para os hemocentros é essencial que o profissional possa ter conhecimento para cuidados do dia a dia que amenizem suas crises e diminua suas idas ao hemocentro em decorrência de crises falcêmicas. É possível notar uma deficiência na assistência primária visto que de modo geral as pessoas acometidas pela anemia falciforme tendem a procurar um serviço secundário, como hemocentro. Gomes et al. (2014) ressalta que a procura pela atenção secundária se dá pelo fato do tratamento da Anemia Falciforme ser percebido como algo complexo e de competência exclusiva dos hemocentros, o que por sua vez acaba deixando os profissionais dos demais níveis de assistência de lado e chegam a desconhecer ou ignorar as pessoas com essa patologia, fazendo com que o paciente reconhecesse somente os centros hematológicos como locais para cuidar da sua saúde.

Mesmo que haja políticas e até programas de saúde voltados para organizar as práticas de gestão e de atenção às pessoas com anemia falciforme, isso por si só não garante um atendimento eficaz e integral, já que cabe aos profissionais se comprometerem e se responsabilizarem para que as políticas e programas encarnem práticas concretas que possam, de fato, garantir o direito à saúde dessas pessoas e seus familiares (WEIS et al., 2013). É necessário então que os profissionais tenham empatia para prestar uma assistência diferenciada baseada nas necessidades de cada indivíduo com anemia falciforme e sua família.

A assistência prestada à pessoa com anemia falciforme engloba alguns princípios dentre os quais, podemos citar: acesso ao serviço de saúde, atendimento prestado e a visita em domicílio. A falta de conhecimento dos profissionais de atenção primária sobre anemia falciforme, aponta uma falta de preparo para devidas orientações sobre a doença, orientações nutricionais, sobre ingestão de líquidos, sexualidade, cuidado com a pele, dentre outros. Isso vem no mesmo sentido de que conclui na sua pesquisa a insatisfação e baixa credibilidade dos portadores de Anemia Falciforme. Seria desejável que a ESF tivesse um estreitamento entre os laços da população adscrita e a equipe de saúde, viabilizando a assistência e fortalecendo o vínculo para com o serviço (MORAES et al., 2017)

Considerações Finais

As ações de saúde voltadas para o atendimento e prestação de cuidado para a pessoa com anemia falciforme na atenção primária ainda é deficiente e muitas vezes existe falta de conhecimento dos profissionais sobre medidas básicas que podem ser oferecidas na Estratégia Saúde da Família, como: massagens, compressas quentes, respiração rítmica, estimular a ingestão de líquidos, como água, sucos e sopas.

Nesse sentido, entende-se a importância da capacitação dos profissionais para melhor prepara-los ao atendendo a pessoa com Anemia Falciforme e a garantia de uma assistência humanizada que promova o bem estar e autonomia da pessoa. Recomenda-se maior elaboração de estudos que visem a assistência focada na pessoa com anemia falciforme.

É notória a importância do conhecimento dos profissionais sobre anemia falciforme e seus cuidados na Atenção Primária à Saúde. Além de saber formas de amenizar e controlar crises é de suma importância o conhecimento referente às causas, ou seja, os fatores que desencadeiam muitas vezes as crises falcêmicas, como: edema de mãos, pés, distensão abdominal e fatores que possam estar contribuindo para exacerbação da dor, como frio, ruído, luz.

A assistência deve objetivar sua prevenção e controle. Medidas que devem ser adotadas então na Atenção Primária à Saúde, mais especificamente na Estratégia de Saúde da Família onde o indivíduo é inserido em sua área.

Como sugestão de pesquisa, além da elaboração de mais estudo sobre Anemia Falciforme na Atenção Primária, têm-se a capacitação dos profissionais e a sensibilização por parte dos governantes perante a situação de saúde desses indivíduos. Como limitação de pesquisa observou-se o pouco conteúdo produzindo nas bases de dados nacionais.

Referências

ALMEIDA, Mayron Moraes; SANTOS, Márcia Sousa; SILVA, Francisco Wharleson Torres da. Assistência de enfermagem na Anemia Falciforme na Estratégia Saúde da Família. **Rev Fund Care**. V. 10, nº 1. P 36-45. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Anemia Falciforme: Diretrizes básicas da linha de cuidado. Brasília, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença Falciforme: Conhecer para cuidar. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de eventos agudos em doença falciforme. Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada, 2009.

CARVALHO, Suzana Cardoso. Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da Anemia Falciforme. **Saude soc**. v. 23 nº.2. 2014.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto**

Contexto Enferm. v. 18, n. 2, p. 206-214. 2009.

GOMES, Ludmila Mourão Xavier et al. Percepção de médicos e enfermeiras da atenção primária sobre os cuidados prestados a pacientes com Anemia Falciforme. **Rev. Bras. Hematol Hemoter** v. 37 n° 4. São Paulo. 2015.

GOMES, Ludmila Mourão Xavier et al. Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária. **Acta paul. enferm.** V. 27 n° 4. São Paulo. 2014.

GOMES, Ludmila Mourão Xavier et al. Compreensão dos profissionais de nível técnico em relação à Anemia Falciforme: um estudo descritivo. **Revista Brasileira de Enfermagem on-line.** V 12, N° 3. 2013.

GOMES, Ludmila Mourão Xavier et al. Qualidade da assistência à criança com doença falciforme na Atenção Primária a Saúde. 2011.

GOMES, Ludmila Mourão Xavier. Efetividade de um programa educativo sobre a Anemia Falciforme na forma de metodologias ativas entre agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem da atenção primária em Minas Gerais, Brasil. **Pediatria e saúde infantil internacional.** V 37, Ed 1. 2017.

JAKS, Caroline Daiane Weber et al. Doenças identificadas na triagem neonatal realizada em um município o sul do Brasil. **Rev Enferm.** V. 7 N° 1, p 116-128. 2018.

MORAE,s Laura Xavier de et al. Anemia Falciforme: perspectivas sobre assistência prestada na atenção primária. **Rev Fund Care Online.** V. 9, N° 3. P. 768-775. 2017.

MARTINS, A., MOREIRA, D. G., NASCIMENTO, E. M., SOARES, E. O autocuidado para o tratamento de úlcera de perna falciforme: orientações de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 755- 763, out./ dez., 2013.

MESQUITA, Ana Paula Hasimoto Ribeiro et al. Profssionais de Unidades Básicas de Saúde sobre a triagem neonatal. **Rev. Ciênc. Méd.** V 26, n° 1. P 1-7, 2017.

MONTEIRO, Ana Carolina Borges et al. Anemia falciforme, uma doença caracterizada pela alteração no formato das hemácias. **Saúde em Foco**, Ed 07. 2015.

SANTANA, Camila Araújo; CORDEIRO, Rosa Cândida; FERREIRA, Silvia Lúcia. Conhecimento de enfermeiras sobre educação para o autocuidado na anemia falciforme. **Revista Baiana de Enfermagem.** v. 27, n. 1, p. 4-12. 2013.

SILVA, Raiana Soares de Sousa et al. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Med Trab.** v. 15, n 3, p. 267-275. 2017.

SILVA, K. O. et al. Avaliação dos riscos ocupacionais em unidade básica de saúde. **Extensão em Ação.** v. 2, n. 14, p. 81-93. 2017.

WEIS, Margani Cadore et al. A experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme em dois adolescentes. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 597-609. 2013.

Capítulo 13

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: OBSTÁCULOS E POTENCIALIDADES FRENTE ÀS
DESIGUALDADES SOCIAIS ACENTUADAS PELA PANDEMIA POR COVID-19**PRIMARY HEALTH CARE: OBSTACLES AND POTENTIALITIES IN FRONT OF THE SOCIAL INEQUALITIES
INCREASED BY THE PANDEMIC BY COVID-19

Hortência Freitas de França¹
Aline Olegário da Silva²
Alessandra Maria dos Santos³
Leandro Augusto da Silva Araujo⁴
Álvaro Francisco da Silva⁵
Letícia Olimpia de Santana⁶
Luana Olegário da Silva⁷

RESUMO: A Atenção Primária à Saúde é baseada em ações individuais e coletivas com ênfase na promoção e proteção da saúde, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde. Desde sua criação, essa imensa rede assistencial avançou quanto ao acesso aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e mostrou ser essencial na diminuição das desigualdades sociais, mesmo enfrentando desafios em termos de financiamento e insuficiência dos serviços de saúde. A atual pandemia disseminada pelo SARS-CoV-2, causador da COVID-19, tem acentuado tais desafios. Portanto, o presente artigo discute os principais obstáculos e potencialidades da Atenção Primária à Saúde no contexto das desigualdades sociais acentuadas pela pandemia por Covid-19 no Brasil. Dessa forma, faz-se necessário uma maior articulação nas ações preventivas e promotoras da saúde por parte da Atenção Primária à Saúde, bem como a melhoria na gestão de políticas públicas com estratégias para práticas eficazes.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Condições sociais. Desigualdade em saúde. Infecções por coronavírus.

ABSTRACT: Primary Health Care is based on individual and collective actions with an emphasis on health promotion and protection, being the preferred gateway to the Unified Health System. Since its creation, this immense assistance network has advanced in terms of access to individuals in situations of vulnerability and proved to be essential in reducing social inequalities, even facing challenges in terms of financing and insufficient health services. The current pandemic spread by SARS-CoV-2, which caused COVID-19, has accentuated such challenges. Therefore, this article discusses the main obstacles and potentialities of Primary Health Care in the context of social inequalities accentuated by the Covid-19 pandemic in Brazil. Thus, there is a need for greater articulation in preventive and health-promoting actions by Primary Health Care, as well as improvement in the management of public policies with strategies for effective practices.

Keywords: Primary health care. Social conditions. Health status disparities. Coronavirus infections.

1. INTRODUÇÃO

A estruturação inicial da Atenção Primária à Saúde (APS) em 1994 no Brasil, surgiu como uma das principais conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a saída do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico (SOUSA et al., 2019). Seus arranjos organizados pelas versões

1 Graduação em Nutrição - Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO. Email: hortenciafreitas.nutri@gmail.com

2 Graduanda em Enfermagem - Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. Email: alineolegal@gmail.com

3 Graduação em Nutrição - Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Email: a.sandra91@gmail.com

4 Graduação em Educação Física - Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE. Email: leandro-augusto92@hotmail.com

5 Graduação em Odontologia - Universidade Maurício de Nassau - UNINASSAU. Email: alvaro.f.silva@gmail.com

6 Graduação em Nutrição - Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Email: olimpialeticia@gmail.com

7 Especialista em Saúde Pública - Faculdade Novo Horizonte - FNH. Email: nutriluaolegario@gmail.com

da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), divulgadas em 2006, 2011 e 2017, foram ao encontro da lógica idealizadora, baseada em ações individuais e coletivas que asseguram a promoção e proteção da saúde, através do diagnóstico, tratamento e reabilitação (REIS et al., 2019).

A APS deve ofertar serviços integrais e resolutivos, sendo a porta de entrada preferencial do SUS, garantindo o acesso ordenado aos serviços necessários (NUNES et al., 2018). Mesmo apresentando desafios constantes, como os ajustes na suficiência dos serviços de saúde necessários para a população, responsabilização pela atenção aos usuários e a coordenação assistencial (BOUSQUAT et al., 2019), a APS avançou em termos de acesso aos indivíduos em situação de vulnerabilidade, demonstrando seu papel essencial na diminuição das desigualdades sociais (GUIMARÃES, 2018).

As dificuldades rotineiras encontradas na APS encontram-se acentuadas no contexto atual de pandemia iniciado pela disseminação do SARS-CoV-2, identificado como componente de uma família de vírus que provocam infecções respiratórias (LIMA, 2020). Causando a COVID-19, o SARS-CoV-2 surgiu em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China (LU et al., 2020; PHAN, 2020) ocasionando rapidamente uma crescente onda de casos em todos os continentes, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declarar estado de pandemia em março de 2020, sendo informados até o fim de julho 640.016 óbitos no mundo (OMS, 2020).

A alta transmissibilidade do SARS-CoV-2 demonstra a necessidade de medidas de prevenção, incluindo o isolamento e monitoramento de pessoas com suspeita de infecção, distanciamento social, a proteção da boca ao tossir e higienização adequada das mãos (FARIAS; LEITE JUNIOR, 2020; PIMENTEL et al., 2020). No entanto, a necessidade de implementação de tais medidas têm evidenciado efeitos ainda mais devastadores da desigualdade social nos países e regiões mais pobres, considerando principalmente, as populações que convivem com o maior número de moradores por domicílio, uso de transporte público, acesso inadequado ao saneamento básico, à saúde e maior dificuldade de manter o isolamento social sem perda considerável de renda ou emprego (FARIAS; LEITE JUNIOR, 2020; OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020).

As desigualdades sociais expostas indicam a capacidade reduzida de atuação direta da APS na promoção da universalidade e integralidade em saúde, contribuindo para o aumento da letalidade por Covid-19 (DAUMAS et al., 2020). Sendo assim, o presente estudo busca discutir os principais obstáculos e potencialidades da APS no contexto das desigualdades sociais acentuadas pela pandemia por Covid-19 no Brasil.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 O contexto das desigualdades sociais e em saúde no território brasileiro

Historicamente, o Brasil apresenta desigualdades sociais expressivas e diversos grupos populacionais apresentam relatos de discriminação e vulnerabilidades, como a população negra que está mais exposta às diversas formas de violência, ou mulheres que veem as questões de

gênero como determinantes de sua realidade (SANTOS, 2020a; SILVA et al., 2018). Ainda nesse sentido, observa-se o racismo estrutural que determina a posição do indivíduo na sociedade, de modo que os negros encontram-se geralmente mais presentes em trabalhos informais e subempregos, tornando-os mais expostos e mais vulneráveis às doenças (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

Nesse contexto, o ideal das políticas públicas sociais e de saúde contempla as necessidades como direitos inerentes à condição de cidadania, incluindo o acesso aos cuidados adequados, bem como o acesso à água potável, saneamento básico, moradia, trabalho, segurança alimentar, nutrição e acesso à informação e educação em saúde (BARROS; SOUSA, 2016)

O acesso aos serviços de saúde num cenário de equidade, está intensamente relacionado à capacidade de organização do sistema em responder satisfatoriamente às necessidades dos cidadãos (BARROS et al., 2016). De forma complementar, as condições sociais representam aspectos fundamentais da saúde e da doença ao determinarem a seletividade na exposição aos riscos, além das diferenças nos modos como as instituições comandam as ações necessárias aos indivíduos (SANTOS, 2020b).

O Brasil é um país marcado por iniquidades sociais, intensificadas pela desinformação da população, ausência e/ou má gestão de políticas públicas, além de privilégios e discriminações (SANTOS, 2020a). Nesse cenário, uma larga parcela dos indivíduos convivem em meio à vulnerabilidade, caracterizada pelo acesso insuficiente à renda, associado às fragilidades de vínculos sociais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos, incluindo a vigilância em saúde, controle de agravos e promoção do bem-estar (CARMO; GUIZARDI, 2018; SOUZA et al., 2020).

Em termos de saúde pública, a Constituição Federal de 1988 que institucionalizou a universalidade e a igualdade como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), alcançou a diminuição expressiva da exclusão social (BARROS; SOUSA, 2016; SANTOS, 2020a). No entanto, a extrema desigualdade socioeconômica comandada pelos aspectos resistentes de uma gestão capitalista, ainda impactam a acessibilidade dos usuários e a própria oferta de serviços na atenção à saúde (SANTOS, 2020a). Adicionalmente, diferentes grupos populacionais podem apresentar variabilidade quanto ao grau de informação que possuem sobre os serviços a eles disponíveis, expressando as frequentes dificuldades em relação aos serviços de saúde necessários e o acesso a eles (BARROS et al., 2016).

Quanto ao sistema gerencial nacional de convicções políticas, o panorama dos últimos anos tem revelado os impactos negativos nas políticas públicas de seguridade social (previdência social, assistência social e assistência à saúde), causando retrocessos e ameaças aos direitos já conquistados (CARMO; GUIZARDI, 2018). Na mesma lógica, observamos as correntes que restringem as relações entre as iniquidades em saúde e a determinação social à análises isoladas de causa e consequência, impedindo ações que resultem na resolução eficaz de problemas

frequentemente encontrados no cenário social de vulnerabilidade (CARMO; GUIZARDI, 2018; SANTOS, 2020a)

Nesse sentido, a equidade em saúde deve ser compreendida de forma multidimensional, incluindo além da distribuição do cuidado sanitário com base na ausência de discriminações na oferta de serviços, a atenção em torno dos acordos sociais que podem acarretar em desigualdades sociais (injustiça na repartição de bens e serviços que existem numa sociedade) (BARROS; SOUSA, 2016). Para que estas sejam evitadas, deve-se tratar como urgente a maior disponibilidade no acesso aos serviços para os mais pobres, através de mudanças estruturais que dependem do sucesso na implementação de políticas públicas (CAMPELLO et al., 2018).

Deve-se então, considerar a interferência das desigualdades sociais na garantia da universalidade necessária aos povos, entendendo a saúde como objetivo comum, bem como direito individual e coletivo (BARROS; SOUSA, 2016). Deve-se ainda, considerar as evidências das desigualdades sociais e em saúde como base na estruturação das políticas a serem implementadas (SILVA et al., 2018).

2.2 O que se espera da APS em meio aos impactos sociais advindos da pandemia por COVID-19?

No contexto atual da pandemia por COVID-19, a população brasileira tem se encontrado em situação de extrema vulnerabilidade, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais (WERNECK; CARVALHO, 2020). Além disso, diante das medidas preventivas orientadas pelos órgãos de saúde para conter o avanço da pandemia, os indivíduos que convivem em condições precárias de saneamento básico e acesso à água potável, ou de acesso aos serviços de saúde em comunidades carentes, requerem de modo mais urgente uma atenção integrada na promoção das relações de cuidado individual e comunitário (SOUZA et al., 2020).

A doença que inicialmente apresentou uma transmissão distribuída entre todas as classes sociais, sem distinção, acabou por priorizar grupos sociais que se encontram num nível inferior na sociedade por serem afetados pelas condições de trabalho e moradia (SANTOS, 2020). Quem se encontra com essa qualidade de vida inadequada acaba se tornando mais suscetível no contexto da pandemia (MENDONÇA et al., 2020). O Brasil acaba por ser bastante afetado nesse quesito, sobretudo a região Norte por estar acima da média de pobreza do país em relação aos demais estados, reiterando a desarmonia nas atividades socioeconômicas entre as regiões do país (MENDONÇA et al., 2020).

Outra consequência da pandemia engloba o aumento da violência doméstica por parceiro íntimo, havendo um aumento de 18% de denúncias em março de 2020 (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020). Esse aumento ocorre justamente pela necessidade da quarentena domiciliar como estratégia para evitar contaminação pelo novo SARS-CoV-2, que acarreta no desestímulo da procura pela ajuda sendo uma a cada três mulheres vítimas de parceiros íntimos (MARQUES et al., 2020; VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020). Desse modo, os pontos de apoio que geralmente dispõe de algum tipo de auxílio foram afetados com o isolamento, agravando a situação já

instalada na sociedade e expressando a necessidade de uma melhor gestão de políticas públicas que previnam e controlem tais ocorrências (MARQUES et al., 2020).

Em relação à APS, seus maiores desafios para a implementação adequada incluem a necessidade de reajuste de investimentos, sua alocação adequada por parte dos gestores, bem como a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde orientada por seus atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) (NUNES et al., 2018; REIS et al., 2019).

Quanto ao acesso aos serviços e ao tratamento em época de pandemia, entendendo ainda que as decisões imediatas devem buscar poupar vidas, garantindo a assistência de boa qualidade ao paciente grave (WERNECK; CARVALHO, 2020), observou-se que o crescimento das curvas de contaminação e óbito se mostraram inicialmente mais controladas entre grupos mais privilegiados (indivíduos com planos de saúde), com sobras de leitos na rede privada em comparação à rede pública (SANTOS, 2020b). Além disso, a incapacidade de atender a demanda dos outros problemas de saúde frequentemente observados, pode resultar em sua ampliação a níveis alarmantes (SOUZA et al., 2020).

Compreendendo que uma APS estruturada e com profissionais qualificados e em número adequado, contribui na diminuição do número de infecções na população adscrita, impactando diretamente no controle da morbimortalidade. Dessa forma, sua atuação deve continuar na direção de sua principal vocação (ação no território), ampliando a capacidade de resposta local na minimização dos efeitos sociais e econômicos acentuados pela pandemia (DAUMAS et al., 2020). Considerando a necessidade de evitar a aglomeração na busca por assistência, algumas estratégias podem incluir a utilização das mídias sociais e rádios comunitárias, nas quais as equipes de saúde da família podem orientar a população sobre as formas de contágio, informando ainda sobre os canais de telessaúde, possibilitando as informações necessárias em tempo adequado (DORSEY; TOPOL, 2020).

Desse modo, a implantação adequada de tecnologias oportunas pode aumentar a capacidade de atendimento do SUS, ordenando o fluxo de usuários e conseqüentemente, ocasionando a redução da sobrecarga da APS bem como de outros níveis de atenção (SARTI et al., 2020). Adicionalmente, observa-se no contexto da pandemia, a oportunidade de fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado de grande parcela dos problemas de saúde enfrentados pela população, demonstrando seus benefícios a profissionais, cidadãos e sociedade em geral, através da ampliação do acesso aos serviços de saúde na rotina dos cuidados em saúde e não apenas em períodos atípicos (HARZHEIM et al., 2020).

Em resumo, o desenvolvimento da APS depende de discussões que envolvem o conceito ampliado de saúde entre os vários atores e setores do campo da saúde coletiva, na busca de caminhos que fortaleçam a luta pela implementação total de um modelo de atenção à saúde universal, ampliando as capacidades de resolução, prevenção e promoção da saúde (SOUSA et al., 2019).

3. CONCLUSÃO

Considerando as desigualdades sociais ainda mais frequentes no contexto da pandemia por Covid-19, observa-se a necessidade de uma maior atuação da APS, a partir de uma visão ampliada das necessidades sociais e de saúde da população. Sendo assim, é indispensável que ocorra a melhoria na gestão de políticas públicas, bem como a adoção de estratégias que resultem em práticas eficazes de promoção da equidade necessária para o alcance do direito à saúde por parte de todos os indivíduos.

REFERÊNCIAS

- BARROS, F. P. C. DE et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, p. 264–271, 2016.
- BARROS, F. P. C. DE; SOUSA, M. F. DE. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 9–18, 2016.
- BOUSQUAT, A. et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. e00099118, 2019.
- CAMPELLO, T. et al. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. **Saúde Debate**, v. 42, n. 3, p. 54–66, 2018.
- CARMO, M. E. DO; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018.
- DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. e00104120, 2020.
- DORSEY, E.; TOPOL, E. Telemedicine 2020 and the next decade. **Lancet**, v. 395, p. 30424–4, 2020.
- FARIAS, M. N.; LEITE JUNIOR, J. D. Vulnerabilidade social e COVID-19: considerações a partir da terapia ocupacional social. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, p. 1–15, 2020.
- GOES, E. F.; RAMOS, D. DE O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, p. e00278110, 2020.
- GUIMARÃES, R. M. A teoria da equidade reversa se aplica na atenção primária à saúde? Evidências de 5.564 municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e128, 2018.
- HARZHEIM, E. et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2493–2497, 2020.
- LIMA, C. M. A. DE O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiologia Brasileira**, v. 53, n. 2, p. 5–6, 2020.
- LU, R. et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 565–74, 2020.

MARQUES, E. S. et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. e00074420, 2020.

MENDONÇA, F. D. et al. Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p. 20–37, 2020.

NUNES, L. O. et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e175, 2018.

OLIVEIRA, A. C. DE; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. O que a pandemia de Covid-19 tem nos ensinado sobre a adoção de medidas de precaução? **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, n. e20200106, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **COVID-19**. 2020.

PHAN, T. Novel coronavirus: From discovery to clinical diagnostics. **Infection, Genetics and Evolution**, v. 79, n. 104211, p. 1–2, 2020.

PIMENTEL, R. M. M. et al. A disseminação da covid-19: um papel expectante e preventivo na saúde global. **Journal of Human Growth**, v. 30, n. 135–140, 2020.

REIS, J. G. DOS et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457–3462, 2019.

SANTOS, I. L. DOS. Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. **Revista Bioética**, v. 28, n. 2, p. 229–38, 2020a.

SANTOS, J. A. F. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00280112, 2020b.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020.

SILVA, I. C. M. DA et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, p. e:000100017, 2018.

SOUSA, M. F. DE et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde Debate**, v. 43, n. 5, p. 82–93, 2019.

SOUZA, C. T. V. DE et al. Cuidar em tempos da COVID-19: lições aprendidas entre a ciência e a sociedade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. e00115020, 2020.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. E200033, 2020.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. e00068820, 2020.

Capítulo 14

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

FIXED PRE-HOSPITAL CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: PERCEPTION OF PROFESSIONAL NURSE

Kennedy Anderson Barros de Almeida¹
Emerson Façanha Brito²
Carlos Colares Maia³
Germana Maria Viana Cruz⁴
Adelaide Souza da Silva Rodrigues⁵
Paulo Ayslen Nascimento de Macêdo⁶

RESUMO: Objetivo: Este estudo tem como objetivo identificar o conhecimento de enfermeiros, em face ao seu trabalho no atendimento pré-hospitalar fixo, dentro das estruturas de Unidades de Atenção Primária à Saúde. **Materiais e Métodos:** O estudo ocorreu na cidade de Fortaleza/Ceará no período de agosto de 2017 a junho de 2018. Os participantes foram enfermeiros, selecionados perante critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Os dados foram coletados através de um instrumento avaliativo. A análise dos dados se deu por meio do referencial teórico de categorização de Bardin. **Resultados e discussões:** Diante dos dados analisados foi perceptível a fragilidade no entendimento do componente Pré-Hospitalar Fixo, ficando clara a negativa de parte dos entrevistados. Porém, ressalta-se ainda, a existência de atendimento com essa característica. **Conclusão:** Concluiu-se que é perceptível, por uma considerável parte dos profissionais enfermeiros, o desejo do funcionamento do pré-hospitalar fixo na estratégia saúde da família.

Palavras-chave: Atendimento Pré-hospitalar. Emergência. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem.

ABSTRACT: Objective: This study aims to identify the knowledge of nursing professionals, in view of their work in the pre-hospital care, fixed within the structures of the Primary Health Care Units. **Materials and Methods:** The study was carried out in the city of Fortaleza/Ceará from August 2017 to June 2018. Participants were nurses, selected according to pre-established inclusion and exclusion criteria. Data were collected using an evaluation instrument. The analysis of the data was done through the theoretical reference of categorization of Bardin. **Results and discussions:** In view of the analyzed data, the weakness in the understanding of the Fixed Pre-Hospital component was noticeable, and the denial on the part of the interviewees became clear. However, the existence of care with this characteristic. **Conclusion:** It was concluded that it is noticeable, by a considerable part of the nursing professionals, the desire for the functioning of the fixed pre-hospital in the family health strategy.

Keywords: Pre-hospital care. Emergency. Primary Care. Family Health Strategy. Nursing.

1 Introdução

A assistência à saúde no Brasil passou por mudanças e adequações, de modo a atender as necessidades de saúde da população, tendo em vista o aumento da demanda, devido, por exemplo, as seguintes variantes sociais: aumento populacional, acesso às redes de saúde e

1Graduado em Enfermagem pela UNINASSAU. E-mail: kennedyalmeida1994@gmail.com

2Graduado em Enfermagem pela UNINASSAU. E-mail: efbemerson@gmail.com

3Mestre em Enfermagem pela UFC e professor do Instituto Centro de Ensino Tecnológico (CENTEC). E-mail: carloscolaresm@yahoo.com.br

4Mestre em Ensino na Saúde pela UECE e Professora da UNINASSAU. E-mail: germana.viana@gmail.com

5Mestre em Ensino na Saúde pela UECE e Professora da UNINASSAU. E-mail: enfermagem.ftz@mauriciodenassau.edu.br

6 Mestre em Ensino na Saúde pela UECE e professor do Instituto Centro de Ensino Tecnológico (CENTEC). E-mail: pauloayslen@hotmail.com

modificações legislativas, surgindo então as necessidades de novas estratégias (GARCIA; REIS, 2014).

A partir dessa nova realidade social, surge o Programa Saúde da Família (PSF), instituído no Brasil em 1994. Atualmente, intitulado de Estratégia Saúde da Família (ESF), desde sua implementação, tem sido uma relevante estratégia para renovar as condutas na Atenção Primária à Saúde (APS) melhorando o sistema de saúde pública brasileiro. O programa interage com os outros níveis da APS, assegurando a integralidade das ações e o seguimento da assistência (GARUZI *et al.*, 2014).

Para exemplificar a atuação da APS, destaca-se o atendimento pré-hospitalar (APH), o qual, engloba quaisquer ações que ocorram antes que o paciente chegue ao ambiente hospitalar como um atendimento emergencial em ambiente extra-hospitalar, destinado às vítimas de trauma, violência urbana e mal súbito, aos quais como objetivo a estabilização clínica do paciente, variando de uma orientação médica ao seu deslocamento, através de uma viatura de suporte básico ou avançado, a fim de reduzir sequelas e/ou promover a manutenção da vida (MACÊDO, 2014).

O APH no Brasil emerge como forma de resposta dos órgãos públicos, diante da necessidade da população de um atendimento rápido e que ofereça condições de salvaguarda em meio a situações de urgência e emergência (ROMANZINI; BOCK, 2012).

Somente, anos depois, essa resposta se transformou em uma proposta de saúde sustentada pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), atualizada na portaria nº1.600 de 7 de julho de 2011, cujo propósito é de reduzir a morbimortalidade, diante das situações emergenciais por meio do componente pré-hospitalar fixo (PHF) (BRASIL, 2011). Incluem-se na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE): as unidades primárias de saúde, unidades de saúde da família, unidades não hospitalares que possuam estrutura necessária para o atendimento característico (BRASIL, 2011).

É importante ressaltar que a APS é considerada uma das principais portas de entrada dos serviços de saúde para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referenciada pela Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2013, como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado ao usuário (BRASIL, 2013). Segundo Ramos (2014), o APH, no Brasil, emerge como forma de resposta dos órgãos públicos, diante da necessidade da população de um atendimento rápido e que ofereça condições de salvaguarda em meio a situações de urgência e emergência (ROMANZINI; BOCK, 2012).

Neste sentido, a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) é reconhecida como um componente da atenção primária, que visa a operacionalização por meio de estratégias, com ações preventivas, promocionais de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde (AGOSTIN *et al.*, 2012). Estas equipes devem ser minimamente integradas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). (AGOSTIN *et al.*, 2012).

Desta forma, é necessário que a equipe conheça os contextos familiares, bem como a vida comunitária, pois isso favorece o planejamento de ações e sua execução (AGOSTIN *et al.*, 2012). Os profissionais que atuam na assistência do componente PHF dentro da UAPS possuem a capacidade de resolver situações próprias da agenda de ação, porém devem ter o conhecimento adequado na resolutividade de casos de urgência e emergência, que chegam a qualquer ponto da RAS, por ocorrências em domicílio ou em vias públicas (ROCHA, 2012).

Lumer e Rodrigues (2012) descrevem que o suporte básico de vida (SBV), oferecido pelo PHF, tem como objetivos o rápido reconhecimento das situações de gravidade e garantindo uma intervenção precoce e a manutenção da estabilidade, de toda pessoa que desse atendimento necessitar.

Dados obtidos através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) mostram que no ano de 2015, somente no município de Fortaleza, o número de óbitos por causas evitáveis na faixa etária de 5 a 74 anos, em outros estabelecimentos de saúde, que não são hospitais, foram de 356 atendimentos (BRASIL, 2015). Nestes casos, os saberes das equipes, muitas vezes fragilizados, pela falta de um preparo relacionado a ações de uma unidade pertencente à RAS, torna o acolhimento a essas demandas na busca de reverter agilmente situações que levam a risco de vida aos usuários desse sistema, em ineficazes (BRASIL, 2015).

Carneiro (2014) reafirma que as estruturas inadequadas, a falta de tecnologias leves e duras, a falta de saberes relacionados a uma formação continuada da equipe de saúde, torna inviável, às vezes a procura da UAPS, sendo priorizada, pela população, a procura das redes secundárias e terciárias, saturando assim as redes de atendimento de média e alta complexidade.

Frente a essa realidade, justifica-se a realização desse estudo através da necessidade pessoal dos pesquisadores envolvidos em investigar o conhecimento dos enfermeiros de UAPS acerca do componente PHF, bem como a visão destes profissionais diante da procura da população a esse tipo de atendimento, seja a uma urgência ou em outros tipos de agravo, com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência imediata.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo averiguar o conhecimento dos profissionais enfermeiros, em face ao funcionamento no componente PHF dentro das estruturas das UAPS, sabendo que é responsabilidade destas uma assistência qualificada à demanda espontânea e ao atendimento primário aos casos de urgência e emergência.

Nesta perspectiva, surgiram as seguintes questões norteadoras: Qual a visão dos profissionais enfermeiros das UAPS sobre o atendimento PHF na ESF? Quais as principais dificuldades para o funcionamento desse suporte básico dentro das UAPS?

2 Desenvolvimento

O presente estudo apresenta um formato transversal, de característica qualitativa e descritiva.

O estudo ocorreu no município de Fortaleza, no Ceará, no período de agosto de 2017, a junho do ano seguinte, com coletas de dados ocorrendo nos meses de abril a junho de 2018.

A população participante da pesquisa foi de 20 enfermeiros, selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser servidor municipal das UAPS e que possuíssem vínculo com a instituição educacional de ensino superior à qual os entrevistadores fazem parte, assim como também, pertencerem à SER II (Secretaria Executiva Regional II) do referido município. Foi adotado como critério de exclusão: enfermeiros servidores municipais com menos de seis meses nas UAPS, por entender que estes, não possuem ainda um vínculo fortalecido com a equipe e comunidade.

Os dados foram obtidos através de uma avaliação de conhecimento teórico, por meio do preenchimento de um questionário, previamente elaborado pelos pesquisadores, com seis questões descritivas de fácil resolução, abordando contextos relacionados à prática, à formação profissional, e as experiências vividas no dia a dia.

A resolução do instrumento de pesquisa deu-se de forma individual em datas que seguem a disponibilidade dos profissionais de acordo com horário de trabalho, em ambiente propício dentro das unidades de atendimento. Conforme a disponibilidade dos participantes, as respostas do questionário foram mantidas de acordo com a própria escrita dos entrevistados, incluindo, gírias e/ou termos próprios de qualquer tipo de manifestações que foram descritas durante a avaliação. A análise do conteúdo foi realizada por meio da criação de categorias que possuem subtemas, de acordo com o método de categorização.

Bardin (2016) define categorização, como uma perspectiva de análise de conteúdo, a qual visa por meio de agrupamentos de rubricas ou classes que possuem características comuns, permitindo a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário (onde isolam-se os elementos comuns) e classificação (onde divide-se os elementos e impõem-se organização).

Vale salientar, que o projeto referente a essa pesquisa foi enviado à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) do Município de Fortaleza, tendo obtido parecer favorável ao estudo, conforme sua competência, sob nº de processo P052197/2018, em 21 de março de 2018, bem como também submetido à Plataforma Brasil, sob número de CAAE 86204218.2.0000.5047, em 26 de março de 2018.

2.1 Resultados e discussões

Os resultados foram divididos em quatro categorias tornando a apresentação deste conteúdo mais explícito: I) Desvendando o entendimento dos enfermeiros relacionado a definição de pré-hospitalar fixo em UAPS; II) Revelando as dificuldades para o funcionamento do Componente Pré-hospitalar fixo nas UAPS; III) Desvelando a percepção dos enfermeiros quanto à procura da população para atendimentos do Pré-hospitalar Fixo; IV) Descrevendo a percepção dos Enfermeiros quanto a Operacionalização do Pré-hospitalar fixo nas UAPS. As falas dos participantes do estudo foram identificadas por meio de codinomes em forma de numerações (Q-1; Q-2; Q-3, etc).

2.1.1 Perfil formativo dos profissionais enfermeiros participantes do estudo

Conforme já descrito anteriormente, buscou-se obter as informações pertinentes, seguindo rigorosamente os critérios de inclusão. Do montante de 20 profissionais enfermeiros, 14 deram retorno satisfatório dentro do prazo estipulado e acordado entre ambas as partes. Outros 04 enfermeiros não responderam alegando falta de tempo devido a demanda da UAPS e afastamento por motivos de saúde e 02 não se enquadravam nos critérios de inclusão, por terem menos de 06 meses de tempo de atuação.

Através da análise dos dados coletados foi possível obter informações acerca do perfil sócio educacional dos participantes do estudo. Estes dados evidenciaram que a maioria dos profissionais entrevistados tem especialização, mestrado e/ou doutorado além de uma experiência de mais de 10 anos de tempo de serviço. Foi observado que no montante de 14 profissionais 7,14% (N=1) possuem apenas graduação, 64,28% (N=9) possuem especialização, 28,56% (N=4) possuem mestrado e/ou doutorado.

2.1.2 Categorias que emergiram do estudo

I) Desvendando o Entendimento dos Enfermeiros Relacionado a Definição de Pré-hospitalar fixo em UAPS

Abaixo, como é possível ver no Quadro I, destaca-se o conhecimento do enfermeiro sobre a Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. A mesma refere-se ao atendimento de urgência e emergência no componente pré-hospitalar fixo em Unidades Básicas de Saúde, dentre as quais se destacam as UAPS.

QUADRO II – Conhecimento dos enfermeiros(as) sobre a portaria Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, que se refere ao componente pré-hospitalar fixo

REVELAM CONHECIMENTO SOBRE O ATENDIMENTO PHF	NÃO REVELAM CLAREZA SOBRE O ATENDIMENTO PHF	REVELAM CONHECIMENTO EQUIVOCADO SOBRE O ATENDIMENTO PHF
Q-03	Q-01	Q-04
Q-06	Q-02	Q-12
Q-07	Q-05	Q-14
Q-08	Q-10	
	Q-11	
	Q-13	

FONTE: Elaborado pelos próprios autores (2018).

Diante das respostas dos entrevistados foi notório, naquilo que se refere ao atendimento pré-hospitalar fixo, que: a realização desse tipo de serviço, que ofereça risco à vida, não deveria fazer parte das obrigações da ESF, mesmo sendo esses atendimentos de casos agudos em ambiente extra-hospitalar que necessitem de remoção por ambulância, como revelaram as falas:

Não realizo atendimento pré-hospitalar de urgência, normalmente a população em caso de urgência se direciona a outros locais de atendimento. Em UAPS prestamos os primeiros cuidados e assistência até a chegada da ambulância (Q-1).

Há alguns atendimentos pré-hospitalares fixos que não deveriam fazer parte da atenção básica como as de situação cardíacas ou de risco de vida (Q-5).

É o atendimento de casos agudos em ambiente “extra-hospitalar” (Q-10).

Diante dos dados é perceptível a fragilidade no entendimento do componente pré-hospitalar fixo relacionado à sua definição, ficando clara a negativa de parte dos entrevistados. Porém, ressaltam ainda a existência de atendimento com essa característica, mesmo que de forma simplificada e visando somente a remoção do paciente de sua unidade de saúde, contrariando o princípio da referida Portaria, citada mais acima.

Brasil (2003) determina que o atendimento pré-hospitalar fixo refere-se a assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde.

Outros destacam o atendimento pré-hospitalar fixo em UAPS e outras unidades da APS, garantindo a estabilidade do quadro clínico do paciente, oferecendo suporte básico de vida e encaminhamento dos mesmos a outros serviços de saúde secundários ou terciários por meio de ambulância do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), assegurando o acesso ao serviço de saúde e a resolução do problema em tempo hábil, como nos revelam as falas abaixo:

O Atendimento Pré-hospitalar fixo, ou seja, é o atendimento realizado em UAPS e outras unidades (CAPS, etc); São atendimentos de Urgência e emergência que garantem a estabilidade do quadro clínico do paciente e assegure o acesso destes até ser atendido em unidades hospitalar” (Q-3).

Corresponde ao atendimento de urgência na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) oferecendo um suporte básico de vida, até o encaminhamento e transporte por meio de uma ambulância do SAMU a um atendimento secundário ou terciário (Q-6).

A unidade pré-hospitalar fixa em UAPS e outros espaços sociais, são locais destinados ao primeiro atendimento, assegurando o acesso ao serviço, para que o problema seja solucionado dentro de um tempo hábil (Q-7).

Nota-se nessas falas, o entendimento no que diz respeito a resolução do componente PHF, expressando de forma semelhante ao que rege a Portaria do Ministério da Saúde.

As UAPS têm como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2013).

Garcia e Carvalho Junior (2012) afirmam que as UAPS, por sua vez, funcionam como ambientes que propiciam à estabilização dos pacientes para referenciá-los para a RAS, localizada em unidades ou serviços de localidade estratégica.

II) Revelando as Dificuldades para o Funcionamento do Componente Pré-hospitalar fixo nas UAPS

Para melhor compreensão dessa categoria foram apresentadas duas subcategorias: II.1) Dificuldades relacionadas a estrutura e a insumos; II.2) Dificuldades relacionadas à qualificação profissional.

II.1) Dificuldades Relacionadas a Estrutura e a Insumos

Neste ponto, destaca-se a falta de estrutura, materiais, insumos e medicamentos, mesmo os mais simples como gases, dipirona e outras de igual importância que faltam nas unidades com

frequência, sendo estes materiais necessários para este tipo de atendimento, como são reveladas nas falas:

O que predomina mais em nossas unidades é a falta de estrutura, materiais em geral no atendimento para os pacientes, desde as gases até uma simples dipirona e etc (Q-2).

Falta insumos, medicação e material (Q-9).

As nossas principais dificuldades são falta dos medicamentos e insumos que vivem em falta, e não possuímos equipamentos necessário para estes tipos de atendimentos (Q-12).

A nossa principal dificuldade é falta de recursos, falta de medicação necessária (Q-14).

É perceptível a dificuldade na falha do abastecimento das UAPS com medicamentos, insumos e materiais que permitam o atendimento adequado a população que necessita e procura por atendimento de urgência e emergência nas unidades, bem como suas estruturas inadequadas e/ou precárias. A falta de recursos em geral torna-se quase uma unanimidade entre os entrevistados desta pesquisa.

Stumm *et al.*, (2015) destaca que essas dificuldades com recursos materiais são encontradas na maioria das unidades de saúde do país, principalmente relacionada SBV. Elas são visivelmente expressas nas estruturas físicas e tecnológicas inadequadas, além da insuficiência de equipamentos, recursos humanos limitados, baixa cobertura do atendimento pré-hospitalar móvel para transferências.

De acordo com Brasil (2011), por meio da PNAU, afirma que nas UAPS em termos de adequação da estrutura física e presença de materiais e insumos necessários para agir nas situações de urgência, devem existir a Unidade Manual de Respiração Artificial (AMBU), oxigênio, material para punção venosa, material para pequenas suturas, e medicamentos injetáveis, como adrenalina, dexametasona, diazepam, dipirona, glicose, furosemida, fenobarbital, soro fisiológico e glicosado, entre outros.

II.2) Dificuldades Relacionadas à Qualificação Profissional

Segundo os participantes do estudo, é escassa a presença de profissionais qualificados para o atendimento de urgência e emergência, faltando por parte de alguns, principalmente dos que trabalham exclusivamente na APS, preparo e qualificação da equipe:

Aqui no posto Falta mais profissionais de nível mais qualificados para esse atendimento (Q-5).

Não possuem experiência por parte de alguns profissionais particularmente daqueles que sempre trabalharam exclusivamente na atenção primária (Q-6).

O que também falta aqui é o preparo e qualificação da equipe de enfermagem (Q-7).

Ainda nessa subcategoria, é relatada pelos participantes da pesquisa, a carência de capacitação para servidores municipais, onde, segundo os mesmos, treinamentos e/ou capacitações com essa temática não são realizados ou disponibilizados a todos por um longo período que superam em alguns casos, cinco anos ou mais.

Há quase 12 anos em que estou nesta UAPS, nunca foi realizado, ou pelo menos nunca fui sorteada e/ou escolhida para este tipo de capacitação (Q-6).

Sou servidora municipal desde 2003, e nesse período nunca foi realizado ou disponibilizado para nossa unidade (PIO XII), treinamento de urgência e emergência (Q-7).

Faz bastante tempo que não temos capacitação, acho que a mais de 5 anos, "nós enfermeiros" (Q-10).

Neste quesito, observa-se a ausência de profissionais que tenham a devida qualificação para que o atendimento pré-hospitalar fixo seja realizado com destreza e seja resolutivo para os que buscam por este serviço, bem como é notório que a capacitação com treinamentos e cursos que propiciem experiência neste tipo de atendimento, é insuficiente ou em alguns casos, inexistente.

Pires (2013) descreve que para o desenvolvimento dos serviços de APH, sejam eles públicos ou privados, culminam com a necessidade de profissionais qualificados e treinados, que atendam às especificidades dos cuidados de enfermagem durante o atendimento pré-hospitalar, com vista à prevenção, proteção e recuperação da saúde.

III) Desvelando a Percepção dos Enfermeiros quanto à Procura da População para Atendimentos do Pré-hospitalar fixo

Segundo os enfermeiros entrevistados, a população não busca atendimento na UAPS, dando prioridade a outros serviços de saúde como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e, quando buscam atendimento nos postos de saúde se deparam com a falta de medicamentos, insumos e estrutura adequada, o que evidencia a procura por outros serviços de saúde:

A comunidade não busca esse tipo de atendimento aqui. Em caso de urgência a população busca atendimento em outros serviços, como por exemplo, UPAS, pois, a comunidade já tem esse discernimento de que o posto de saúde não tem atendimento e nem estrutura para receber urgências (Q-1).

Busca a unidade, porém falta insumos (Q-9).

Busca a unidade, porém falta insumos e uma estrutura adequada (Q-11).

Busca atendimento na UAPS sim, porém com mais frequência para UPAS, por conta da estrutura que eles possuem (Q-13).

Diante das amostras, foi percebido, por parte dos enfermeiros participantes, a existência de uma procura da população pelo serviço e, também afirmam que existe certo tipo de preparo dos profissionais, porém o principal ponto de dificuldade para o atendimento é a escassez de material e a falta de estrutura adequada, entre outros.

Puccini e Corneta (2012) afirmam que a organização das RAS e a APS, nem sempre conseguem atender as necessidades da população sob sua responsabilidade por motivos diversos, como escassez e inadequação de recursos materiais e humanos, tecnologias, infraestrutura e capacitação de profissionais, dentre outros. Tornando, dessa forma, os prontos atendimentos as principais opções de procura da população.

Araújo e Cavalcanti (2014) relatam que por mais que possuam profissionais preparados, a falta de estrutura das UAPS e a reduzida oferta de serviços, para resolver problemas simples da população, levam os pacientes a procurarem hospitais que têm atendimento de emergência, com a certeza de encontrar um médico de plantão.

IV) Descrevendo a Percepção dos Enfermeiros quanto a Operacionalização do Pré-hospitalar fixo nas UAPS

Os entrevistados destacaram quanto a necessidade de estruturar as unidades, equipando-as com materiais básicos, medicamentos e equipamentos como um desfibrilador extracorpóreo (DEA). São necessários para a melhoria do serviço, bem como o investimento em capacitação, contratação de profissionais qualificados por meio de concurso e estratégias que valorizem os profissionais, como revelam as falas abaixo:

Estruturar as unidades, equipar com materiais básicos, realizar cursos de educação continuada, contratar profissionais por meio de concursos, realizar estratégias para valorizar os profissionais (Q- 2).

Investimento em material (disponibilizar desfibrilador nas UAPS), torna-se necessário mais capacitação, Investimento em insumos (Gaze, soro, medicação etc..) e Ampliação da UBASF (Q- 3).

Primeiro de tudo, é necessário qualificar os profissionais desde agentes comunitários até os profissionais de nível superior. Segundo equipar as unidades com recursos físicos e insumos indispensáveis para o atendimento pré-hospitalar (Q- 7).

Alguns autores descrevem em suas pesquisas as reais necessidades que existem dentro das estruturas das UAPS, para o funcionamento do pré-hospitalar fixo. Nota-se que a carência do serviço se dá pela escassez de recursos humanos, materiais, estrutura, medicamentos e qualificação, apontando como melhoria do componente PHF, a contratação de profissionais, abastecimento de recursos materiais e medicamentosos e realização de educação continuada para a equipe.

Dantas *et al.*, (2015) descrevem a importância da estrutura física como característica importante em que deve ser avaliada constantemente, visto que influencia na dinâmica de estabilização da saúde do paciente que necessita do atendimento pré-hospitalar.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2011), deve haver a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde tendo como base a qualificação, capacitação e aprimoramento de seu desempenho. Estas necessidades de investimento em capacitação profissional e de recursos materiais nas UAPS melhorariam a condição do serviço.

Para a Educação Permanente, o trabalhador não é um sujeito passivo. Ele não vai “receber” o conhecimento de algum ser iluminado. Ele vai participar do processo de construção desse conhecimento, sendo o produtor do conhecimento na medida em que se depara com a realidade e, esta o desafia a produzir respostas, soluções a problemas do cotidiano do seu trabalho (BRASIL, 2014).

Dellatorre (2012) reafirma que os profissionais que atuam no atendimento PHF tem a necessidade da existência de cursos de capacitação/habilitação para participarem do serviço, sendo primordial prosseguir com a educação permanente, estruturação do ambiente, pois os recursos humanos e físico desse setor são fundamentais para um atendimento de qualidade e segurança, determinante para o fim que lhe é proposto.

3 Considerações Finais

De acordo com a Portaria 1.863 de 29 de setembro de 2003, acerca do componente pré-hospitalar fixo, o qual foi explorado neste trabalho, percebeu-se, por parte dos participantes do estudo, a deficiência de conhecimento a respeito da Portaria que estabelece as UAPS como

participantes das redes de urgência e emergência, devendo à população inserida, atendimento, estabilização e encaminhamento dos pacientes em situações iminentes de agravos à saúde, reduzindo a morbimortalidade dos que desse serviço necessitarem.

Vale ressaltar, as principais dificuldades relatadas nas falas dos entrevistados e ratificado pelo referencial teórico, como por exemplo: a falta de medicamentos e insumos, estruturas inadequadas e a ausência de uma formação continuada. Essas dificultam e/ou impossibilitam o funcionamento deste componente pré-hospitalar fixo nas UAPS.

Tais dificuldades, fazem com que a população não tenha confiança para procurar as UAPS para esses tipos de atendimentos característicos. Sendo assim, esse fato representa um dos principais motivos para a saturação dos demais níveis de atendimentos secundários e terciários.

Contudo, o anseio dos enfermeiros, participantes do estudo, é de oferecer um serviço qualificado, tendo por parte dos órgãos administradores, o incentivo necessário, uma educação continuada no exercício da profissão, bem como a expansão de recursos humanos para viabilizar o funcionamento do pré-hospitalar fixo, sem prejudicar a agenda de funcionamento das UAPS.

Portanto, concluiu-se que é perceptível, por parte dos profissionais enfermeiros, o desejo do funcionamento do pré-hospitalar fixo na estratégia saúde da família, por mais que sua definição seja incerta para eles, e também a existência da precariedade física de muitas unidades básicas de saúde dificulte o seu funcionamento de forma adequada.

Referências

AGOSTIN, R.L.; CERETTA, L.B.; SCHWALM, M.T., et al. O entendimento da Equipe de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre Urgência e Emergência. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n.3, p.461-467, 2012.

ARAÚJO, J.L.C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**; v.7, n.3, 2014.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: **Edições 70**, 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Informações de saúde. DATASUS, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10ce.def>>. Acesso em: 04 set. 2017

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3.ed. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2011.

_____. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_30_07_2011.html>. Acesso em: 04 set. 2017.

_____. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em: 08 set. 2017.

_____. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, 2013.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias>. Acesso em: 08 set. 2017.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 120p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_sau_de_movimento_instituinte.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2018.

CARNEIRO, S.M.B.M., Atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Básica: desafio para a Estratégia Saúde da Família. Fortaleza-CE. Monografia [Especialização em Saúde da Família e Comunidade] - **Universidade Estadual do Ceará**; 2014.

DANTAS, R.A.N.; TORRES, G.V.; SALVETTI, M.G.; DANTAS, D.V.; MENDONÇA, A.E.O. Instrumento para avaliação da qualidade da assistência pré-hospitalar móvel de urgência: validação de conteúdo. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v.49, n.3, p.381-7, 2015.

DELLATORRE, M.C. Núcleos de educação em urgências. Rio de Janeiro: **Seminário da política nacional de atenção integral às urgências**, 2012. Disponível em: <http://dtr2011.saude.gov.br/samu/ps/index_ps.htm>. Acesso em: 16 set. 2017.

GARCIA, A.B.; CARVALHO JÚNIOR, P.M. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Nursing**, São Paulo, v.14, n.167, p.2160- 220, 2012.

GARCIA, V.M; REIS, R.K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n.2, p.261-267, 2014.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud. Pública**; v.35, n.2, p.144–9, 2014.

LUMER, S.; RODRIGUES, P.H.A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Rev. APS**, v.14, n.3, p.289-295, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/artic le/viewFile/898/506>>. Acesso em: 04 set. 2017.

MACÊDO, P.A.N. Capacitação em atendimento de urgência e emergência para o pré-hospitalar fixo na atenção primária. **Escola de Saúde Pública do Ceará**, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Desempenho em equipes de saúde-manual. Rio de Janeiro: **OPAS**; 2011.

PIRES, M.R.G.M. et al. Diálogos entre a arte e a educação: uma experiência no ensino da disciplina de administração em saúde. **Rev. Texto Contexto Enferm.**; v.18, n.3, p.559-67, 2013.

PUCCINI, P.T.; CORNETTA, V.K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, set., 2012.

RAMOS, R.R. A recepção da demanda espontânea no setor saúde da criança numa Unidade Básica de Saúde. São Paulo: **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, 2014.

ROCHA, L.P. Percepções dos profissionais da Atenção Básica sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. Belo Horizonte: **Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**, 2012.

ROMANZINI, E.M., BOCK, L.F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar, sobre a prática e formação profissional. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.18, n.8, p.105-112, 2012.

STUMM, E.M. et al. Estressores e coping vivenciados por enfermeiros em um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Rev. Cogitare Enferm.**, v.13, n.1, p.33-43, 2015.

Capítulo 15

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**NURSES' PERFORMANCE IN COMPREHENSIVE CHILD HEALTH CARE
IN PRIMARY CARELuiz Henrique dos Santos Ribeiro¹
Laisa Marcato Souza da Silva²
Leonardo Henrique Pires de Oliveira³
Ana Lúcia Naves Alves⁴

RESUMO: Relatar a vivência dos acadêmicos durante a consulta de enfermagem na puericultura conduzidos pelo supervisor de estágio. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado em unidade de saúde a família numa cidade do médio Paraíba, da região Sul Fluminense, durante os atendimentos de enfermagem, elaborado no décimo período do curso de Enfermagem do Centro Universitário Barra Mansa - UBM. Relato de experiência: Oportunizou vivenciar o fortalecimento do aleitamento materno; a execução do exame físico e o preenchimento adequado da caderneta de saúde e a consolidação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Conclusão: Vivenciar a assistência reafirmou importância do enfermeiro na comunidade, através da oferta do cuidado, da efetivação das ações de promoção a saúde e prevenção aos agravos na atenção primária.

Palavras-chave: Saúde da criança. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT: Report the experience of students during the nursing consultation in childcare conducted by the internship supervisor. This is a descriptive study, like an experience report, carried out in a family health unit in a city in the middle of Paraíba, in the South Fluminense region, during nursing care, elaborated in the tenth period of the Nursing course at Centro Universitário Barra Mansa - UBM. Experience report: Opportunity to experience the strengthening of breastfeeding; the execution of the physical examination and the proper filling out of the health handbook and the consolidation of the child's growth and development monitoring. Conclusion: Experiencing care reaffirmed the importance of nurses in the community, through the provision of care, the implementation of actions to promote health and prevent diseases in primary care.

Keywords: Child health. Primary Health Care. Nursing

1 Introdução

Ao analisar o contexto histórico frente à evolução das políticas públicas referentes à saúde da criança, observam-se grandes avanços na atenção integral e a ampliação no cuidado.

A primeira iniciativa governamental nesse sentido ocorreu na década de 1930-1940, ainda na vigência do Estado Novo, quando foi criado, pelo Ministério da Saúde e Educação, o Departamento Nacional da Criança (DNC) (ARAUJO et al, 2014).

As políticas e ações voltadas para saúde da criança no Brasil foram desenhadas conforme a evolução do contexto político, do perfil epidemiológico e das concepções de saúde e de criança ao longo do tempo.

1 Especialista em Educação Permanente em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP- Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: Henrique.ribeiro9@hotmail.com.

2³ Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Barra Mansa – UBM. E-mail: laisamarcato1@gmail.com

3 Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Barra Mansa – UBM. E-mail: enflhpo@hotmail.com

4 Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Docente de Saúde Coletiva, Criança e Adolescente, Semiotécnica pelo Centro Universitário Barra Mansa – UBM. E-mail: ananaves.alna@hotmail.com.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Criança (PAISMC), cujas principais ações em relação à saúde da criança visavam à promoção do aleitamento materno e orientação para alimentação em situação de desmame, controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA), diarreia e desidratação, imunização básica, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, ações que norteiam a linha de cuidado na prática assistencial pelos profissionais de enfermagem na atenção primária (ARAUJO et al, 2014).

Com o intuito de ampliar a vigilância integral à saúde da criança, as cadernetas de saúde passaram por um processo de revisão e ampliação do antigo cartão, com o acréscimo de diversos instrumentos de avaliação e acompanhamento, bem como de informações fundamentais registrados ao longo dos atendimentos realizados (ANDRADE; REZENDE; MADEIRA, 2014).

Em agosto de 2015, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a qual ampliou o foco das ações de atenção à saúde da criança até os nove anos de vida, mas manteve a atenção especial à primeira infância (0-3 anos) e às populações de maior vulnerabilidade, com vistas na redução da morbimortalidade infantil. Assim como na promoção de um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento para essa população (Brasil, 2015).

Em 2013, com a implementação da “Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”, objetivando uma forma de qualificar assim o processo de trabalho dos profissionais da atenção primária à saúde para reafirmar e incentivar a promoção do aleitamento materno, seus benefícios e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos (ARAUJO et al, 2014).

Desde a criação do Programa Agente Comunitário de Saúde em 1994 e posterior a estruturação do Programa Saúde da Família, esse nível de atenção apesar dos desafios do cotidiano, teve impacto na redução da mortalidade infantil ⁽⁴⁾.

Através da atenção primária, o enfermeiro tem por meio das consultas de puericultura, um dos principais instrumentos para vigilância da saúde. Trata-se de uma utilização do monitoramento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno, o aumento da cobertura vacinal e a atenção às doenças prevalentes na infância, a forma de ofertar um cuidado integral a criança (CARVALHO; SARRINHO, 2016).

Além de contribuir na melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem prestado, programar as etapas do processo de enfermagem torna capaz de agregar valor à qualidade de vida dessas crianças (DANTAS et al, 2016).

Considerando-se uma linha de cuidado tão essencial e relevante para o desenvolvimento infantil, o olhar do profissional deve ser amplo, assistindo a criança no intuito de compreender suas necessidades físicas, sociais e psicoemocionais.

Para tanto, o Ministério da saúde propõe um calendário mínimo de consultas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, com sete consultas preconizadas no primeiro ano de vida (BRASIL, 2012).

Ao completar dois anos, a criança deverá ainda ser acompanhada no mínimo duas vezes (com 18 e 24 meses) e, a partir dessa idade, uma consulta por ano até os dez anos (FERREIRA et al, 2015).

Assim a puericultura se traduz como uma estratégia prioritária, buscando a promoção da saúde e prevenção aos agravos destes que são tão vulneráveis nessa fase da vida (BREIGEIRON et al, 2015).

Portanto, o objetivo deste estudo foi descrever sobre atuação do enfermeiro na assistência à saúde da criança na Atenção Primária.

2 Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no estágio supervisionado, no décimo período do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Barra Mansa - UBM no ano de 2018, durante o período de 17/09 a 19/10, conforme grade curricular, que tem como objetivo principal de relatar a vivência dos acadêmicos frente à consulta de enfermagem na puericultura conduzida pelo supervisor de estágio em uma Unidade de Saúde da Família, com agendamento prévio de acordo com a rotina da unidade.

Deste modo após a observação das consultas e as demandas que foram destacadas frente os relatos colhidos e descritos pelos responsáveis, o presente estudo, se faz necessário para enfatizar a discussão em grupo com os profissionais de enfermagem juntamente com os acadêmicos para o desenvolvimento do olhar crítico, avaliativo e resolutivo frente às necessidades da criança e da família.

Traçando dessa forma uma assistência adequada e em tempo hábil, a partir da avaliação sistemática do estado nutricional, situação vacinal, social e psíquico da criança detectando precocemente condições que podem impactar de forma significativa para o seu desenvolvimento e crescimento.

3 Reflexão sobre a experiência

A unidade de saúde da família está inserida dentro da atenção primária à saúde, na qual possui em atividades de rotinas, programadas, demanda espontânea e característica de longitudinalidade no cuidado a comunidade.

Inseridos nesse serviço ofertados para a população em uma cidade do médio Paraíba, da região Sul Fluminense, os acadêmicos desenvolveram junto aos profissionais que fazem parte da composição da equipe mínima do Ministério da Saúde, atividades de atendimento ao pacientes.

O atendimento realizado especificamente para as crianças aconteceu de forma agendada e tendo vaga para demanda espontânea, juntamente com os responsáveis com o intuito de promover a prevenção, promoção a saúde e assim impedir os agravos.

A consulta de enfermagem em puericultura acontece todas as quartas-feiras, período integral, com agendamento de 10 pacientes por turno.

Durante o atendimento, o enfermeiro explica sobre as vantagens da amamentação exclusiva para crianças até o sexto mês de vida, como a estratégia isolada que mais previne mortes infantis precoces, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta.

Dentre os benefícios do leite humano para a criança, destaca nesse momento a sua melhor digestão, composição química balanceada, ausência de princípios alérgicos, proteção de infecção, além do baixo custo.

Observou-se uma resistência significativa referente às mães, com relação ao aleitamento materno, impactando de forma relevante ao desmame precoce. Além do anseio em receber orientações sobre a ordenha do leite caso necessite trabalhar ou desenvolver alguma atividade que limite a amamentação.

Dentre os motivos descritos estão associados à cultura, estilo de vida e influência da sociedade, fatores socioeconômicos, além de dificuldades na adaptação nessa fase.

Além da insuficiência do leite materno; má interpretação do choro da criança relacionando-o à fome; necessidade das mães trabalharem fora do domicílio para ajudar nas despesas de casa; patologias relacionadas às mamas e a recusa ao seio por parte da criança.

Em relação aos bebês menores de seis meses em aleitamento materno complementado, ou seja, aqueles complementam o leite materno com outros alimentos ou fórmulas infantis, tendem a receber quantidade excessiva de alimentos energéticos com riscos de desenvolvimento de obesidade, nos casos que surgiram durante o atendimento.

As crianças que estavam desenvolvendo de forma adequada com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, em termos de ganho peso e altura, os profissionais, abordam sobre a alimentação complementar e um ganho essencial para criança, pois irá respeitar o tempo de adaptação aos outros alimentos sem excluir o aleitamento materno.

Além das orientações relacionadas ao tipo de aleitamento, o enfermeiro realiza o exame físico cefalo caudal, como forma integral do processo de assistência.

Os primeiros meses são marcados por uma avaliação neurológica e por meio de testes de reflexos permitem acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor, dentre os quais se destaca o teste de reflexo da preensão palmar e plantar, reflexo de marcha e extensão dos membros inferiores, dentre outros reflexos importantes e fundamentais para o descobrimento de anormalidades nessa idade.

Durante o acompanhamento da assistência, vale ressaltar que alguns familiares, responsáveis que acompanham as crianças, fazem perguntas em relação manuseio da caderneta de vacina, peso e altura, além dos cuidados de higiene, repouso e sono e essa interação faz-se importante para o vínculo entre o profissional familiar e a criança.

Após o exame físico, com os dados coletados foi feito os registros na caderneta de saúde da criança. O profissional além de realizar de forma correta e atenta os parâmetros, analisou as

vacinas realizadas e aprazadas, o índice de massa corporal, perímetro cefálico, dentre outros registros importantes.

Durante essa fase da consulta, o enfermeiro orienta a família sobre sua importância e buscar alcançar uma relação de interesse em ser conhecedor das informações dos conteúdos e dados de saúde da criança.

A participação ativa dos pais durante as consultas de puericultura oportuniza em adquirir conhecimento dos registros realizados na caderneta de vacinação de seu filho e acompanhar se existe algum risco como de obesidade, rotinas de vacinas, além do processo de desenvolvimento a cada consulta.

Desse modo a ausência de registros na caderneta de saúde da criança compromete o histórico do seu crescimento e desenvolvimento, na qual os parâmetros são fundamentais e importantes para a cada consulta avaliar e o profissional poder intervir e acentuar condutas que favoreçam o bem-estar dessa criança.

Os pais ou responsável receberam orientações sobre cuidados da higiene dos recém-nascidos que compareceram, cuidado com o coto umbilical, banho e posição ao adormecer.

Ao término do atendimento, é agendado o retorno de acordo com o preconizado, como forma de manter o mínimo recomendado para os atendimentos.

Um fato que merece atenção do enfermeiro na condução da sua equipe na unidade de saúde da família, tem-se de conhecer as crianças faltosas na consultas de puericultura, os motivos, observando se comparecem apenas na unidade para realizar a imunização e solicitam para que seja realizado o peso e a estatura da criança, pois se torna preocupante visto que vários aspectos são avaliados durante a puericultura.

A busca ativa através dos agentes comunitários de saúde dessa clientela faltosa torna-se fundamental para ter um cenário do tipo de desenvolvimento e crescimento as crianças da área coberta pela equipe de saúde.

A importância da atuação do enfermeiro nesse nível de atenção está relacionada na sua especificidade, em uma visão de cuidado integral do indivíduo, além das habilidades para uma assistência direcionada, organizada e sistematizada, atento para as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com foco além do indivíduo, mas também na coletividade (CARVALHO; SARRINHO, 2016).

Traçando dessa forma uma assistência adequada e em tempo hábil, a partir da avaliação sistemática do estado nutricional, situação vacinal, social e psíquico da criança detectando precocemente condições que podem impactar de forma significativa para o seu desenvolvimento e crescimento.

Durante a consulta de puericultura destaca-se a importante realização do exame físico a criança, como parte fundamental na condução do processo de assistência. Assim, o exame físico iniciado pela inspeção céfalo caudal, passando pela ausculta cardíaca, pulmonar e gastrointestinal na qual permite de forma análise técnica detectar a presença de anormalidades, bem como sons peristálticos (WHO, 2015).

No contexto das taxas de mortalidade de crianças com as idades menores de cinco anos, permanecem sendo consideradas altas em vários países no processo de desenvolvimento, mesmo reconhecendo que tenha se obtido um significativo progresso desde o ano 2000, na qual a Organização das Nações Unidas estabeleceu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, no total de oito objetivos, a serem alcançados até 2015, sendo que o quarto consiste na redução da mortalidade infantil.

Desse modo, entre as estratégias ali recomendadas, estão os programas de imunização e a alimentação de bebês e crianças pequenas (BENÍCIO et al, 2016).

Desse modo, com o fortalecimento das ações de promoção a saúde e a prevenção aos agravos das doenças permitem oportunizar para a criança, o familiar e o profissional da atenção primária um vínculo de continuidade do cuidado recebido na unidade de saúde.

O formato do estado nutricional da criança sinaliza dentro dos parâmetros das normalidades dos escores recomendados na caderneta de saúde da criança (SILVA; GAÍVA, 2015).

As informações contidas na caderneta, além de direcionar as condutas assistenciais, favorecem a forma de orientar a família sobre as condições de saúde da criança (OLIVEIRA et al, 2015).

O acompanhamento efetivo contribui no crescimento e desenvolvimento saudáveis. Pois ao identificar o baixo peso ou sobre peso e obesidade potencializa para os riscos da morbimortalidade (MOREIRA; GAÍVA, 2013).

Para o acompanhamento multidimensional das crianças é necessário a construção de laços entre profissional, criança e família, apresentando uma assistência à saúde da criança como uma ferramenta na promoção e prevenção da saúde em uma perspectiva integral (SILVA et al, 2012).

Assim, têm-se um olhar diferenciado do responsável, pois dessa forma ocorre o envolvimento e uma maior participação, e demonstra o quanto o cuidado e a preocupação com a saúde da criança é fundamental com reflexos positivos no desenvolvimento e crescimento.

4 Considerações Finais

Deste modo após a observação das consultas e as demandas que foram destacadas frente os relatos colhidos e descritos pelos responsáveis, o presente estudo, se faz necessário para enfatizar a discussão em grupo com os profissionais de enfermagem juntamente com os acadêmicos para o desenvolvimento do olhar crítico, avaliativo e resolutivo frente às necessidades da criança e da família.

Participar da atuação da assistência do enfermeiro no atendimento a saúde da criança, reafirmou importância deste profissional com grande impacto na comunidade, através dos atendimentos realizados na unidade de saúde da família como agente transformador na vigilância em saúde.

A vivência oportunizou conhecer a atuação do enfermeiro com responsabilidade, a efetivação das ações de promoção a saúde, prevenção aos agravos e do processo de reabilitação.

No contexto das singularidades de cada realidade, buscou sempre através da realização do cuidado holístico, o fortalecimento das políticas de amamentação, a integralidade do cuidado e a oferta de um atendimento qualificado e humanizado.

Referências

- ANDRADE, G. N., REZENDE, T. M. R. L., MADEIRA, A. M. F. **Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde.** REBEn.2014; 48(5):857-64.
- ARAÚJO, J. P., et al. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas.** Rev Bras Enf. 2014; 67(6): 1000-7.
- ASSIS, F., MISCHIATI, M. F. **Retrospectiva Histórica da implantação do PSF até sua transformação em ESF nos dias de hoje.** Revista Uningá Review . 2017; 3(1): 7.
- BENICIO, A. L., et al. **Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura.** Rev Enferm UFPE. 2016; 10(2): 576-84.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, Pub. L. No. 1.130 (5 de agosto de 2015). http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1_130_05_08_2015.html. Acesso em 15.10.2018.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Cadernos de Atenção Básica, nº 33, Brasília, 2012. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em 16.10.2018.
- BREIGEIRON, M. K., et al. **Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças.** Ver Gaúcha Enferm, 2015; 36(esp.): 47-54.
- CARVALHO, E. B., SARRINHO, S. W. **A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família.** Rev enferm UFPE. 2016; 10(6): 4804-12.
- DANTAS, A. M. N., et al. **Nursing diagnoses for the stages of growth and development of children using ICNP®.** Rev. Eletr. Enf. 2016; 18(esp.): 1-9.
- FERREIRA, A. C. T., et al. **Consulta de Puericultura: Desafios e perspectivas para o cuidado de enfermagem à criança e a família.** Vivências. 2015; 11(2): 231-41.
- MOREIRA, M. D. S., GAÍVA, M. A. M. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem.** Rev Pesq Cuid. Fudam. 2013; 5(2): 3757-66.
- OLIVEIRA, F. F. S., et al. **Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família.** Rev Rene. 2013; 14(4): 694-703.
- SILVA, F.B. , GAÍVA, M. P. M. **Preenchimento da caderneta de saúde da criança: Percepção dos profissionais.** Cienc Cuid Saude. 2015; 14(2): 1027-34.

SILVA, R. M., et al. **Cartografia do cuidado na saúde da gestante**. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(3): 635-42.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Millennium Development Goals** .Geneva; 2015.

Capítulo 16

AUTOCUIDADO EM DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

SELF-CARE IN INSULIN-DEPENDENT DIABETICS: A BIBLIOGRAPHIC STUDY

Luziana de Paiva Carneiro¹
Karine Sales Braga Alves²
Alana Mara Lima Feijão³
Letícia Kessia Souza Albuquerque⁴
Cleane Maria dos Santos Teles⁵
Francisca Camila Teixeira Mesquita⁶
Francisco Marcelo Alves Braga Filho⁷

RESUMO: Este estudo objetivou analisar pesquisas que abordem a importância do autocuidado em diabéticos insulino-dependentes, disponíveis em Bases de Dados Oficiais, no período de 2007 a 2012. Para tanto, foi realizado um estudo bibliográfico, utilizando a Biblioteca Virtual de Saúde como referência e a Literatura Latino-americana e do Caribe (LILACS) e a Scientific Electronic Library Online (SciELO), como bases de dados. Foram encontradas seis publicações nas quais observou-se que o autocuidado condiz a uma ação essencial para o tratamento efetivo dos pacientes diabéticos insulino-dependentes. No entanto para que este autocuidado torne-se uma realidade é imprescindível que o enfermeiro no desenvolvimento de suas ações acompanhe o paciente diabético no ínterim das suas particularidades. De modo geral, verificou-se que o autocuidado compreende a uma ação importante no tratamento do paciente com diabetes, no entanto para que o mesmo se estabeleça é necessário o trabalho conjunto entre profissional e paciente.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Enfermagem. Insulina.

ABSTRACT This study aimed to analyze research that addresses the importance of self-care in insulin-dependent diabetics, available in Official Databases, from 2007 to 2012. For this purpose, a bibliographic study was carried out, using the Virtual Health Library as a reference and the Latin Literature -American and Caribbean (LILACS) and the Scientific Electronic Library Online (SciELO), as databases. Six publications were found in which it was observed that self-care leads to an essential action for the effective treatment of insulin-dependent diabetic patients. However, for this self-care to become a reality, it is essential that nurses in the development of their actions accompany the diabetic patient in the meantime of their particularities. In general, it was found that self-care comprises an important action in the treatment of patients with diabetes, however, for it to be established, joint work between professional and patient is necessary.

Keywords: Diabetes Mellitus; Nursing; Insulin.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado problema de saúde pública prevalente, em ascensão, oneroso do ponto de vista econômico e social para as instituições e famílias; não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção ou ambos (BECKER; TEIXEIRA, 2008).

1 Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA. E-mail: luzianapv@gmail.com

2 Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA. E-mail: karinesalesbragaalves@gmail.com

3 Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA. E-mail: alana-mara1@hotmail.com

4 Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA. E-mail: kessiasouza1993@gmail.com

5 Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA. E-mail: cleane@stacasa.com.br

6 Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA. E-mail: camilamesquitadocs@gmail.com

7 Graduado Em Fisioterapia Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA. E-mail: marceloalvesfisio@gmail.com

O tema Diabetes Mellitus e os cuidados relacionados aos dependentes insulínicos inspiraram-me a desenvolver um estudo sobre o assunto, devido à resistência à adesão apresentada por boa parte desta clientela diabética e pela importância da terapêutica para melhora da qualidade de vida.

O autocuidado é uma estratégia satisfatória para reduzir os custos dos cuidados em saúde, o número de hospitalizações e consultas de emergência, promover o uso racional de medicamentos e melhorar o relacionamento entre profissionais de saúde e clientes. O autocuidado em saúde é definido como medidas individuais para proteção do estado físico, mental e bem-estar social.

Tive a oportunidade de estar em contato com uma cliente dependente de insulina, como acadêmica de enfermagem, através de visitas ao domicílio e convívio social. A partir destes encontros pude comprovar o que tinha aprendido em sala de aula sobre a importância de se alternar os locais de aplicação de insulina (braço, abdômen, coxa e nádegas) durante a utilização diária. A fim de evitar aplicações sucessivas num mesmo local, e conseqüente inflamação ou ainda complicações como lipodistrofia insulínica. Essas visitas e o contato mais próximo foram importantes para a escolha do tema deste estudo.

Assim, no estudo realizado, procurei abordar a importância do autocuidado ao cliente com Diabetes Insulinodependente, e descrever as ações de enfermagem direcionadas a esses sujeitos.

O Diabetes Mellitus é caracterizado por uma hiperglicemia crônica, em geral, acompanhada por outros distúrbios clínicos e bioquímicos. O aumento da glicemia resulta de uma ação inadequada da insulina, causada por baixa ou ausente secreção deste hormônio, presença de antagonistas de ação periférica ou uma combinação destes fatores (FORBES & JACKSON, 1998).

A concentração fisiológica de glicose que circula no sangue é de 70 a 99 mg/dl. A principal fonte dessa glicose é a absorção do alimento ingerido no trato gastrointestinal (SMELTZER & BARE 2002). A insulina, hormônio secretado pelas células beta-pancreáticas, controla o nível de glicose do sangue ao regular a sua produção e armazenamento. Quando uma refeição é ingerida, a secreção de insulina aumenta e movimenta a glicose do sangue para dentro do músculo, do fígado e das células adiposas. Nessas células, a insulina apresenta os seguintes efeitos, entre outros: Transporte e metabolismo a glicose em energia; estimula o armazenamento da glicose no fígado e no músculo.

O Diabetes Tipo 1 (DM1) é uma doença predominantemente autoimune, causada pela perda de tolerância dos linfócitos T a constituintes da célula beta pancreática, insulina-secretora (VOLPINI, 1996). É mais frequente em crianças e adolescentes, mas também pode surgir em qualquer idade (SMELTZER & BARE, 2002). O tratamento do Diabetes tipo 1 consiste na dieta, no uso da insulina e na prática de exercícios físicos, bem como na monitorização dos níveis glicêmicos.

Cerca de 10% diabéticos apresentam DM1, no qual as células beta-pancreáticas, produtoras de insulina, são destruídas por um processo autoimune. Esse processo acontece porque o organismo identifica essas células como corpos estranhos. A sua ação é uma resposta autoimune. Em consequência disso, as injeções de insulina são necessárias para controlar os níveis sanguíneos de glicose.

Os principais sintomas que os sujeitos com níveis elevados de glicose no sangue apresentam, são: poliúria, polifagia, polidipsia, anorexia, fadiga, mudança de humor, náuseas, êmese (SMELTZER & BARE, 2002).

Sabe-se que o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) possui fator hereditário maior que no tipo 1. Além disso, há uma grande relação com a obesidade e o sedentarismo. O DM2 é cerca de 10 vezes mais comum que o tipo 1. O tratamento pode ser feito com dieta e exercício físico. Outras vezes o cliente pode, também, necessitar de medicamentos orais (hipoglicemiantes). Quando os hipoglicemiantes não produzem os efeitos esperados, as injeções de insulina são utilizadas.

O Diabetes gestacional é definido como qualquer grau de intolerância à glicose com seu início durante a gestação. A hiperglicemia pode desenvolver-se durante a gestação por causa da secreção dos hormônios placentários (SMELTZER & BARE, 2002). Após o parto, os níveis de glicemia sanguínea da mulher com Diabetes gestacional retornam aos padrões fisiológicos.

A insulina foi descoberta em 1921, por Frederick G. Banting e Charles H. Best, no Canadá. Leonardo Thompson (14 anos) foi a 1ª pessoa a ser tratada com insulina em 1922. O termo insulina foi criado por Banting e Best e é derivado do termo latino que significa ilha, porque a substância provém de células pancreáticas que se assemelham a pequenas ilhas quando vistas ao microscópio.

Os diabéticos que não produzem insulina necessitam tomá-la em injeções. Em contrapartida, os diabéticos que ainda produzem insulina podem ser tratados apenas com dieta, ou dieta mais hipoglicemiantes orais, aumentando a eficiência da insulina.

Nos insulino dependentes, a insulina só pode ser administrada por injeção, porque ela é destruída no estômago se administrada por via oral. Embora a insulina administrada no tecido subcutâneo seja tão boa quanto a insulina produzida pelo pâncreas, ela é mais difícil de ser regulada. O pâncreas fisiológico sente o aumento da glicose no sangue depois de uma refeição e imediatamente ajusta o suprimento de insulina. A insulina injetada, porém, é absorvida pelo sangue independente das quantidades de glicose presentes.

Os diferentes tipos de preparados de insulina (rápida, intermediária e lenta) são distinguidos pela velocidade com que a insulina injetada é absorvida do tecido subcutâneo pela corrente sanguínea (início da ação) e pelo tempo que o organismo leva para absorver toda a insulina injetada (duração da ação).

Os principais efeitos locais das injeções de insulina são, conforme Smeltzer & Bare (2002), reações alérgicas locais e as lipodistrofias (lipoatrofia e lipo-hipertrofia). O rodízio nos locais de aplicação é muito importante na prevenção de lipodistrofia e consequente descontrole glicêmico. Conforme as recomendações da Associação Americana de Diabetes, as possibilidades

de aplicação em uma mesma região devem ser esgotadas antes de se escolher outro local, distanciando-se em aproximadamente 2 cm entre uma e outra.

O rodízio de forma indiscriminada causa uma variabilidade importante na absorção, dificultando o controle glicêmico. A cada região atribui-se uma velocidade de absorção sendo maior no abdômen, seguido dos braços, coxas e nádegas.

Na prática assistencial deparamo-nos com o impacto que o DM gera sobre a saúde da população e com a dificuldade de adesão dos seus acometidos aos comportamentos preventivos. Nessa perspectiva, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde engajado na assistência ao diabético, deve programar novas práticas de cuidado capazes de promover a saúde dos diabéticos, já que a adesão ao tratamento e o autocuidado são pontos frágeis da educação em saúde e que, portanto, merecem ser refletidos profundamente.

Refletindo sobre este assunto, resolvi realizar uma pesquisa bibliográfica em Bases de Dados oficiais, disponíveis na internet, na íntegra, em busca de artigos que retratassem a problemática dos dependentes de insulina e seu autocuidado.

Assim, a pesquisa justifica-se e é relevante devido ao fato de não existirem muitos estudos que retratem a relevância da prática do autocuidado na vida dos diabéticos dependentes de insulina. Neste sentido, o presente estudo objetiva contribuir, de maneira satisfatória, para o aumento da literatura sobre o assunto.

OBJETIVO

Analisar pesquisas que abordem a importância do autocuidado em diabéticos insulino-dependentes, disponíveis em Bases de Dados Oficiais, no período de 2007 a 2012.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, pois objetiva desvelar estudos que abordem a importância do autocuidado em diabéticos insulino-dependentes.

O termo autocuidado foi conceituado a partir da teoria de OREM. Segundo a autora, o autocuidado é a prática de atividades nas quais as pessoas desempenham para o próprio benefício, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar (OREM, 1991).

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, existem pesquisas desenvolvidas de maneira exclusiva a partir de fontes bibliográficas (GIL, 2008).

As ferramentas utilizadas na aquisição das informações, necessárias ao desenvolvimento do estudo, foram: publicações científicas, disponíveis em duas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO), encontradas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de 2007 a 2012.

O presente estudo envolveu as seguintes etapas necessárias ao desenvolvimento da pesquisa: escolha do tema, importante para centralização das ideias em um único foco; levantamento bibliográfico; formulação do problema; organização sistemática das diversas partes que compõem o objeto de estudo; identificação e busca das fontes em artigos, livros e teses e outros; leitura do material (exploratória; seletiva; analítica; interpretativa); fichamento, que consiste em agrupamento bibliográfico dos assuntos relevantes que compõem o estudo; organização lógica do assunto, visando atender aos objetivos ou testar hipóteses formuladas no início da pesquisa; e na última etapa, segue-se a elaboração minuciosa da redação do texto (GIL, 2008).

Os critérios de inclusão adotados foram: estudos que abordassem a temática autocuidado no diabetes insulino dependente (Diabetes Mellitus tipo 1), divulgados em língua portuguesa, publicados em periódicos nacionais no período de 2007 até 2012; estudos qualitativos, quantitativos, quali-quantitativos, ou reflexões críticas, que tivessem como público-alvo: profissionais da área da saúde, familiares de clientes com diabetes insulino dependente e, principalmente, sujeitos que apresentam essa doença crônica não-transmissível e a importância destes serem orientados para autocuidado; publicações em forma de artigos sejam de revisão ou originais, independente do método de pesquisa utilizado.

Neste estudo foram excluídos: estudos que abordassem os cuidados relacionados aos outros tipos de Diabetes Mellitus (tipo 2, insípida, gestacional); divulgados em outras línguas, como o espanhol ou inglês, em periódicos internacionais e num período anterior ao ano de 2007; não disponibilizados online na íntegra, o que dificultaria a análise e a descrição adequadas; outros tipos de estudo, como Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), dissertações e teses.

A partir da pesquisa realizada na BVS em dois bancos de dados (LILACS e SciELO), encontraram-se 122 estudos, relacionados às palavras: autocuidado no Diabetes tipo 1 e cuidados na insulinoterapia, conforme tabela 1.

TABELA 1 – Demonstrativo do total de estudos encontrados pelas palavras autocuidado no diabetes tipo 1 e cuidados na insulinoterapia. Sobral, 2012.

	Total Encontrado	Total Excluído	Selecionado Para o estudo
LILACS	46	44	2
SciELO	76	72	4
Total	122	116	6

FONTE: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), 2012

No entanto, 32 são repetidos, ou seja, estão disponibilizados tanto em uma, como em outras bases de dados. Então, a pesquisa concentrou-se em apenas 90 estudos. Desses, 58 são em língua portuguesa e 32 em outras línguas, como inglês (N: 27) e espanhol (N: 5). Em relação aos 58 artigos em língua portuguesa, trinta relacionam-se ao nefropata diabético em uso de paliativos, dezoito abordam a depressão e Diabetes tipo 2, dez enfatizam fatores terapêuticos no Diabetes Mellitus. Somente seis artigos retratam a importância do autocuidado no diabetes insulino dependente.

Então, dos noventa artigos, apenas seis foram escolhidos, pois obedeciam aos critérios de inclusão (artigos nacionais, em português, publicados no período de 2007 a 2012, disponíveis online na íntegra referidos ao autocuidado em diabéticos insulino dependentes e não relacionados a teses).

Os artigos selecionados foram analisados cautelosamente e minuciosamente, ou seja, com critérios e prudência, o que desencadeou na formação de categorias temáticas, baseadas nos principais assuntos abordados em cada estudo. Assim, emergiram três categorias: o olhar do diabético sobre o autocuidado no diabetes insulino dependente; a insulino terapia e os cuidados associados e a enfermagem e o autocuidado no diabetes insulino dependente.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, inicialmente apresentaram-se os estudos produzidos relacionados ao autocuidado no diabetes tipo 1 e cuidados na insulino terapia. Buscou-se a analisar a importância do autocuidado no diabetes e da autoadministração de insulina, fatores que interferem no bem estar e modo de vida dos diabéticos insulino dependentes e a necessidade de a enfermagem intervir no cuidado ao diabetes tipo 1 para a melhoria da qualidade de vida do diabético.

Foram selecionados seis artigos, publicados em seis periódicos, sendo os quatro pertencentes à área da Enfermagem e dois à da Medicina, conforme o quadro 1. Quatro publicações das seis selecionadas para pesquisa relatam a importância do autocuidado e bem estar diante as dificuldades vividas de um diabético insulino dependente. O cuidado integral ao paciente com diabetes é um desafio para equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia.

QUADRO 1 – Demonstrativo dos artigos selecionados por periódico na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Sobral, 2012.

Título	Autor	Periódico	Área do Conhecimento
A evolução da Insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1	PIRES, Antonio Carlos; CHACRA, Antonio Roberto	Arquivo Brasileiro Endocrinol. Metabol.	Medicina
Pontos Básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes mellitus tipo 1	LEITE, Silmara A. Oliveira et al.	Arquivo Brasileiro Endocrinol. Metabol.	Enfermagem
Crenças no autocuidado em diabetes- implicações para a prática.	XAVIER, Antônia Tayana da Franca; BITTAR, Daniela Borges; ATAIDE, Márcia Barroso Camilo de.	Escola de Enfermagem	Enfermagem
Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família	STACCIARINI, Thais Santos Guerra; HAAS, Vanderlei José; PACE, Ana Emilia	Escola de Enfermagem	Enfermagem
Diagnostico de Enfermagem em pacientes diabetes em uso de insulina.	BECKER, Tânia Alves Canata; TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; ZANETTI, Maria Lúcia	Revista Brasileira de Enfermagem	Enfermagem
Hipoglicemia como fator complicado no tratamento do diabetes mellitus tipo 1.	NERY, Márcia	Arquivo Brasileiro Endocrinol. Metabol.	Medicina

Fonte: Biblioteca virtual de Saúde (BVS), 2012.

Duas publicações revelam e analisam a importância do uso e manuseio da insulina, as benfeitorias que ela traz e como podem ser administradas para seu bem estar. Um artigo relata a definição de como Diabetes Mellitus é autoimune, como houve a diminuição do uso contínuo da insulina do uso de várias aplicações diárias por apenas duas doses. Um artigo relata as formas educacionais de como ensinar o portador de diabetes fazer decisões efetivas em seu autocuidado, sendo assim agente principal de seu próprio tratamento. Um artigo relata a problemática na saúde pública, onde deveria ser intenso o tratamento de diabetes com orientações e exercícios dietéticos. Um artigo relata e enfatiza a problemática que é hipoglicemia, seus danos e associações. Este artigo expõe os riscos associados aos cuidados inadequados com a terapêutica do diabetes do tipo 1 e coloca a hipoglicemia como um mal que causa inúmeros prejuízos à vida do diabético insulino dependente.

As seis publicações em análise foram organizadas e dispostas de acordo com o percurso metodológico adotado, conforme exposto no quadro 2.

QUADRO 2 – Demonstrativo dos artigos de acordo com a metodologia abordada. Sobral, 2012.

Artigo	Tipologia/Abordagem	Sujeito	Cenário/Local	Ano
1	Abordagem Exploratória	-	São Paulo, Brasil.	2007
2	Revisão de Literatura	Portadores de Diabetes tipo 1	Curitiba/PR, Brasil.	2008
3	Abordagem Qualitativa	9 Diabéticos na faixa etária de 30 anos.	São Paulo, Brasil.	2009
4	Abordagem Qualitativa	269 usuários da Estratégia Saúde da Família	São Paulo, Brasil.	2007
5	Descritiva Exploratória	Diabéticos tipo 1 e 2 acima de 18 anos.	São Paulo, Brasil	2008
6	Qualitativo Exploratório	-	São Paulo, Brasil	2007

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), 2012.

Os seis estudos foram realizados na Região Sudeste e Sul (São Paulo, Ribeirão Preto e Curitiba, respectivamente). O período das publicações variou entre 2007 à 2009, e as pesquisas contaram com a participação de: portadores de Diabetes e Profissionais da área da saúde.

5.1 O autocuidado no diabético insulínodépendente

O diabetes corresponde a uma doença importante para o cenário das políticas públicas, tendo em vista que se não controlada pode trazer sequelas que prejudicam a qualidade de vida das pessoas portadoras da doença, resultando em elevados índices de morbidade e mortalidade.

Para o tratamento adequado da diabetes é necessário a realização do acompanhamento dos pacientes, orientando, principalmente, sobre os cuidados que os mesmos devem realizar em seu domicílio.

Stacciarini, Haas e Pace (2008, p. 1320) descreve que o paciente com diabetes deve ser instruído para a realização do autocuidado, principalmente aqueles que utilizam insulínoterapia, tendo em vista as especificidades do tratamento e os cuidados que devem ser orientados tanto na aplicação da medicação como também no monitoramento glicêmico.

Deste modo, o autocuidado orientado ao paciente com diabetes e insulínodépendente deve considerar as características de cada paciente, tendo em vista que estas especificidades individuais podem interferir na eficácia do tratamento.

Portanto, para estimular o autocuidado aos pacientes diabéticos insulino-dependentes é necessário conhecê-los com maior proximidade, identificando seus costumes e culturas, tendo em vista que alguns destes elementos podem interferir no tratamento.

Assim, orientar o autocuidado dos pacientes diabéticos insulino-dependentes observa-se que o mesmo deve observar inicialmente as particularidades do paciente, identificando suas necessidades e instruindo os mesmos de forma a desenvolver suas habilidades para um cuidado permanente e efetivo que conduza diariamente a qualidade de vida do paciente.

5.2 A insulino-terapia e os cuidados associados

O tratamento da diabetes pode estar relacionado tanto na adoção de hábitos saudáveis, como também na inserção de medicamentos para o alcance do controle glicêmico. Neste sentido, conforme Pires e Chacra (2007, p. 276):

O tratamento do diabetes melito tipo 1, além do processo educacional, incluindo a prática regular de atividades físicas e orientações dietéticas, resume-se na substituição plena com insulina de longa e curta ação de maneira individualizada, de acordo com a experiência do médico-assistente. As metas são o bom controle.

Assim, além da adoção de uma alimentação saudável e exercícios físicos é necessária também a administração regular de insulina injetável, correspondendo assim a insulino-terapia.

Stacciarini, Haas e Pace (2008, p. 1314) destacam neste tipo de tratamento que:

Mas para que o controle glicêmico seja efetivo com o tratamento insulino-terápico, é necessário que o usuário com diabetes mellitus aprenda vários aspectos sobre como utilizar a insulina exógena, pois a ação deste medicamento está diretamente relacionada a fatores envolvidos desde a sua aquisição até a aplicação e que, para alcançar este objetivo, é necessário tempo, prática e educação permanente para o desenvolvimento e confiança e habilidade técnica.

Neste contexto, é imprescindível que os pacientes que utilizam a insulino-terapia conheçam sobre o tratamento, saibam as formas de administração, os cuidados para evitar infecções, as quantidades adequadas para cada paciente, bem como os efeitos adversos que o uso da insulino-terapia pode resultar ao paciente.

Deste modo, é importante que além da orientação sobre a administração e os cuidados com a insulino-terapia, o paciente diabético seja orientado também sobre os cuidados para evitar quadros hipoglicêmicos, identificando seus sinais e sintomas de forma precoce e conduzindo os cuidados imediatos importantes para reverter a situação.

5.3 A enfermagem e o autocuidado no diabetes insulino-dependente

A enfermagem no uso de suas ações profissionais na atenção ao paciente diabético deve desenvolver atividades que visem não apenas o atendimento do paciente, mas também a orientação e acompanhamento para o desenvolvimento do autocuidado destes.

Assim, o profissional de enfermagem deve colocar sempre o paciente como protagonista de todo processo de educação para o autocuidado. Deste modo, estimular o paciente a participar

dos momentos de aprendizado, pontuando a suas responsabilidades é uma forma de fazer com que o paciente compreenda a importância da sua participação em todo o processo. Para isso é necessário que o profissional saiba como interagir com o paciente a fim de que as informações repassadas sejam realmente compreendidas.

Assim, o profissional de enfermagem no cuidado de pacientes com diabetes insulino-dependentes devem orientar seus pacientes, monitorar e acompanhar as demandas de cada paciente de forma individual. Além disso, é necessário traçar um plano de cuidados não apenas para ser desenvolvido nos ambientes de trabalho, mas que consigam chegar ao domicílio do diabético, proporcionando assim qualidade e vida e saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa traz em foco a importância do autocuidado para o paciente diabético insulino-dependente. Por meio dos relatos descritos neste estudo observou-se que a Diabetes Mellitus é uma patologia importante para o cenário das políticas públicas de saúde, tendo em vista que pode, quando não tratada e acompanhada adequadamente, resultar em altos índices de morbidade e até mesmo mortalidade dos pacientes.

Neste contexto, o profissional de enfermagem que atua no tratamento e acompanhamento de pacientes insulino-dependentes deve reconhecer a importância de suas ações em prol da eficácia da terapêutica e consequente garantia de qualidade de vida e saúde aos pacientes diabéticos. Para isso é necessário que o enfermeiro não apenas realize suas funções e orientações nos espaços das unidades básicas de saúde, mas também possam ajudar o paciente diabético a compreender a doença e os cuidados que devem ser tomados no domicílio para controlar os índices glicêmicos. Assim, é imprescindível o desenvolvimento do autocuidado nos pacientes diabéticos insulino-dependentes.

Este autocuidado requer como as pesquisas analisadas abordaram que o profissional observe e oriente o paciente diabético no íterim das suas particularidades, considerando não apenas a doença, mas o que esta representa para o paciente diabético. Além disso, é necessário estabelecer um plano de orientações que ajude o paciente a entender a insulino-terapia, seus efeitos, formas de administração, cuidados e os primeiros socorros em caso de hipoglicemia.

O desenvolvimento do autocuidado nos pacientes diabéticos tende a trazer vários benefícios que em conjunto ajudam a garantir a qualidade de vida e saúde e consequentemente a diminuição dos elevados índices de morbidades e mortalidades causadas pela patologia.

Assim, espera-se que este trabalho seja importante para o aumento da literatura e desenvolvimento da profissão de enfermagem no campo científico, e, também, que possa contribuir para a adoção de práticas de cuidado saudáveis e equilibradas.

REFERÊNCIAS

BECKER, Tânia Alves Canata; TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; ZANETTI, Maria Lúcia. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Rev. bras. enferm.**, 2008, vol.61, n.6, pp. 847-852.

FORBES, CHALES D., JACKSON, WILLIAM F. *Clínica Médica*. 2 ed. São Paulo: Manole LTDA,1998.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2008.

OREM, D. E. Nursing: **Concepts of practice**. 4. ed. Saint. Louis, Mosby, 1991.

PACKER, Abel Laerte. **A construção coletiva da Biblioteca Virtual em Saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 17, Ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28/04/2012.

PIRES, Antonio Carlos; CHACRA, Antonio Roberto. A evolução da insulinoaterapia no diabetes melito tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 2, Mar. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302008000200014>.

SMELTZER, SUZANNE C. BARE, BRENDA G. *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico*; 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 37, v.1, p. 933-983.

STACCIARINI, Thais Santos Guerra; HAAS, Vanderlei José; PACE, Ana Emilia. Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600012>.

Capítulo 17

AVANÇOS E DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

ADVANCES AND CHALLENGES OF PRIMARY CARE IN THE HEALTH OF THE BLACK POPULATION

Rayanne Oliveira da Silva¹
Ianne Mayara Oliveira da Silva²
Gabriel Pereira Reichert³
Ana Beatriz Nogueira da Cruz⁴
Gabriela Silva de Brito⁵
Lucas de Alcântara Pereira⁶
Aline Cristina Abrantes Formiga⁷

RESUMO: A saúde do negro é fruto de um processo histórico de racismo e discriminação social, que resultou na formação de um grupo socialmente vulnerável, refletindo em maiores índices de morbimortalidade. Assim, surgiu o problema: o que foi conquistado e o que ainda falta para garantir a promoção da saúde dos negros no Sistema Único de Saúde (SUS)? Diante disso, objetivou-se abordar o processo histórico de conquistas da população negra na área da saúde e as dificuldades que ainda persistem, visando como esse grupo pode superar a barreira social existente, e assim, obter um serviço de saúde pleno e justo. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, com caráter bibliográfico exploratório e descritivo. Constatou-se que o reconhecimento da situação de vulnerabilidade social dos negros deve ser de conhecimento dos órgãos de saúde no Brasil e, a partir disto, este grupo de risco, possa ter um serviço de saúde pleno e justo.

Palavras-chave: Racismo. Saúde da População Negra. Saúde Coletiva.

ABSTRACT: The health of black people is the result of a historical process of racism and social discrimination, which resulted in the formation of a socially vulnerable group, reflecting in higher rates of morbidity and mortality. Thus, the problem arose: what has been achieved and what is still missing to guarantee the promotion of health for black people in the Sistema Único de Saúde (SUS)? That said, the objective was to address the historical process of conquests of the black population in the health area and the difficulties that still persist, aiming at how this group can overcome the existing social barrier, and thus, obtain a full and fair health service. This is an integrative review research, with an exploratory and descriptive bibliographic character. It was found that the recognition of the situation of social vulnerability of black people must be known by the health agencies in Brazil and, from this, this risk group can have a full and fair health service.

Keywords: Racism. Health of the Black Population. Collective Health.

INTRODUÇÃO

O racismo é proveniente de uma ideologia onde é elencada uma hierarquia entre as raças, herança de 300 anos de escravidão, somada à falta de políticas de integração social após a abolição (CAMPOS, 2017). Isso resultou, durante muito tempo, em uma naturalização da desigualdade e um racismo invisível e inaudível. As consequências desse racismo atingem diversas áreas da sociedade, inclusive, o âmbito da saúde, o qual impacta negativamente a qualidade de vida das pessoas negras (OLIVEIRA, 2019).

1 Graduando no 7º período de Medicina pela UNIPÊ. E-mail: rayannehyuga@hotmail.com

2 Graduando no 9º período de Fisioterapia pela UNIPÊ. E-mail: iannemayara@hotmail.com

3 Graduado no 8º período de Medicina pela UNIPÊ. E-mail: gabriechert98@hotmail.com

4 Graduado no 7º período de Medicina UNIPÊ. E-mail: beatrizcnogr@gmail.com

5 Graduado no 7º período de Medicina UNIPÊ. E-mail: gabrielasilvabrito97@gmail.com

6 Graduado no 7º período de Medicina pela UNIPÊ. E-mail:

lucas.dealcantarapereira@gmail.com

7 Médica de Família e Comunidade/UFPB e professora no Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). E-mail:

aline.formiga@unipe.edu.br

O processo de desigualdade racial desenvolveu uma situação de vulnerabilidade epidemiológica e social que desencadeou em uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde no país. Devido a essa dificuldade, a população negra tornou-se mais vulnerável, gerando assim, um ciclo vicioso em relação ao cuidado destes pela Atenção Primária à Saúde (APS) (SILVA, 2019).

A saúde do negro envolve três aspectos na estrutura: o aspecto político, o científico e o cultural. O aspecto político ressalta, principalmente, o papel do racismo no processo de saúde e doença do indivíduo. O científico menciona as particularidades biológicas e sociológicas do negro que podem interferir no processo de cuidado. E o aspecto cultural enfatiza que devem ser consideradas as tradições que o indivíduo carrega no processo de cura de uma doença, com o objetivo de preservar aquela cultura (BRASIL, 2017).

A quantidade de estudos que aborda a saúde da população negra ainda é muito limitada e, diante de tal fato, surgiu o questionamento: o que foi conquistado e o que ainda falta conquistar para garantir a promoção à saúde da população negra no Sistema Único de Saúde (SUS)? Desta forma, este artigo aborda o processo histórico de avanços da população negra na área da saúde e os desafios que ainda persistem na promoção à saúde da população negra.

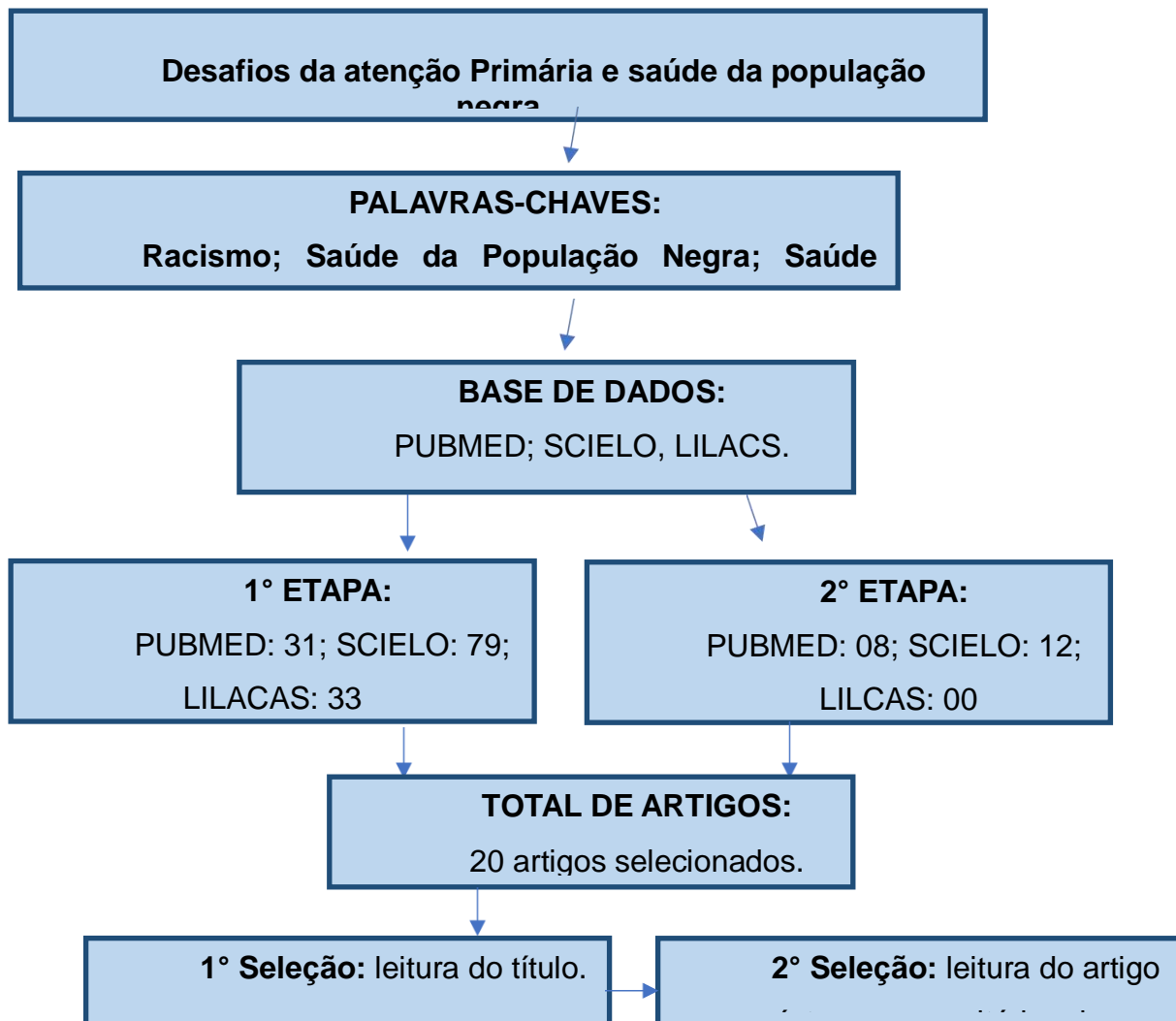
DESENVOLVIMENTO

Trata-se de uma pesquisa composta por um *corpus* documental, com uma revisão integrativa, de caráter bibliográfico exploratório e descritivo dos resultados. Foi realizada uma busca referente ao tema abordado em artigos publicados entre 2015 a 2020, em português, inglês e espanhol. As bases de dados utilizadas foram *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)* e *Pubmed*.

Foram considerados como critérios de inclusão: estudos publicados no período de 2015 a 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídas as publicações que não estavam no formato de artigo científico, como: teses, dissertações, cartas e resumos, artigos não acessíveis na íntegra e que não continham o ano da publicação.

Para realizar o levantamento bibliográfico foram escolhidos os descritores disponíveis na lista *Health Science Descriptors/ Medical Subject Headings (Decs/ MeSH)*, que são: Racismo; Saúde da População Negra; Saúde Coletiva. Foram encontrados 143 artigos, mediante aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 20 estudos publicados. Estas publicações selecionadas apresentam metodologia, temática e objetivos condizentes com os objetivos da pesquisa atual (Fluxograma -1).

Fluxograma 1- Fluxograma Explicativo da seleção das publicações



Fonte: Próprio autor, 2020.

O processo saúde-doença é um conceito abrangente e subjetivo, varia de acordo com o indivíduo, região e cultura. Nesse sentido, tanto a saúde quanto a doença, constituem fenômenos que possuem múltiplas causas, sejam elas de natureza física, mental, social ou política (BRASIL, 2017). Logo, partindo desta ideia do processo saúde-doença, tendo uma íntima ligação com múltiplas causas, a saúde do negro é resultado das formas da organização social e da consequente estrutura de classes do passado e que, em sua maioria, persistem até os dias de hoje (FAUSTINO, 2017).

Ainda que a saúde da população negra seja muito relevante para estudo, o que se encontra é uma ausência de informações sobre esta raça. Tais ausências podem indicar a não consolidação da saúde desta população em específico, visto o baixo grau de penetração nas instituições de pesquisa dos debates sobre o racismo, seus impactos na saúde e suas formas de enfrentamento (WERNECK, 2016).

A luta pela garantia da saúde dos negros começou cedo. Ainda na década de 90 a população negra teve um grande avanço, quando o Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde (1996) foi instaurado no Brasil. Mas, apesar das diversas conquistas, até o momento atual, ainda há várias dificuldades, principalmente devido às condições socioeconômicas da população negra, majoritária no país. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE), mais da metade da população brasileira (53,9%) é negra ou parda, em sua maioria, pobre e sem oportunidades, o que dificulta o acesso à saúde e aos recursos fundamentais, como saneamento básico (IBGE, 2019).

A situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência- associados ao racismo, incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2017).

O racismo e o racismo institucional são práticas que colocam pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, o que compromete a boa qualidade da saúde que essa parte da população tem por direito institucional (WILLIAMS, 2017).

Logo, a saúde quando intitulada de fato na população negra, a inserção destes +9-nas diferentes esferas da sociedade ocorre de maneira digna, o que promove sua autonomia e cidadania. Mas, enquanto a busca por essa igualdade racial nos diferentes âmbitos, seja ele nos modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais não se igualam, a luta deve ser contínua por todos (OLIVEIRA, 2019).

Epidemiologia sobre a população negra

Diversas são as maneiras pelas quais a segregação racial pode afetar adversamente a saúde. A persistência dessa circunstância, ao passar das décadas, torna-se notável quando se observa as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, a prevalência de doenças crônicas e infecciosas, a prematuridade de óbitos, além dos altos índices de violência urbana que acometem a população negra. Evidências epidemiológicas associadas à segregação da saúde foram descritas em estudos, os quais apontam a relação entre nascimento e maior risco de baixo peso e taxa de prematuridade em negros; diagnóstico em estágio avançado; mortalidade elevada e taxas de sobrevivência reduzidas para câncer de mama e de pulmão, além da redução do acesso aos recursos de saúde nessa mesma população (WILLIAMS DR, *et al.*, 2017; BRASIL, 2017).

De acordo com estudo socioecológico sobre a saúde sexual e reprodutiva das afro-americanas, em 2014 a taxa de diagnóstico de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) nessas mulheres, superou em 18 vezes, quando comparada a de mulheres brancas. Além de serem 2,8 a 3,7 vezes mais propensas a morrerem de complicações relacionadas à gravidez quando comparadas ao sexo feminino de outras etnias. Muitos fatores favorecem os desafios enfrentados na saúde da mulher negra, acredita-se que atendimentos de baixa qualidade, educação limitada e percepções negativas do sistema de saúde, influenciam nesses dados (PRATHER C, *et al.*, 2016). É válido ressaltar a menor expectativa de vida, o maior índice de transtornos mentais e prevalência de violência obstétrica nesse grupo (OLIVEIRA e KUBIAK, 2019).

Quanto às crianças e adolescentes, as desigualdades na saúde compreendem a união de fatores socioeconômicos, políticos e sociais relacionando-se a problemas de saúde. As

consequências da discriminação são diversas, o que causa o prolongamento da exposição materno-infantil aos hormônios do estresse, sendo associadas a disparidades de nascimento e problemas de saúde mental nesses jovens, além de maior prevalência no uso de substâncias (TRENT, *et al.*, 2019; WILLIAMS, *et al.*, 2017).

O racismo está entre os principais determinantes sociais da saúde e possui grande impacto na população negra. Uma revisão bibliográfica evidenciou que a discriminação racial está fortemente associada ao mal-estar psicológico, aos sintomas de depressão e ansiedade, dentre outros transtornos mentais nesses cidadãos (LEWIS, *et al.*, 2015). No Reino Unido, um estudo longitudinal, revelou que quanto maior o número de experiências de discriminação vivenciadas pelo indivíduo, maior é o grau de deterioração na saúde mental, sendo até cinco vezes maior nos que vivenciaram duas ou mais experiências de racismo (WILLIAMS, 2017 WALLACE, *et al.*, 2016).

Políticas de saúde ao longo do tempo da população negra

O SUS tem como princípios a equidade, a universalização e a integralidade. Dessa forma, é importante perceber que o racismo é um determinante de saúde que torna essa população vulnerável a sofrer desigualdades no sistema (CARVALHO, 2017). Para diminuir as disparidades raciais em saúde, o Ministério da saúde propôs, ao longo dos anos, políticas públicas voltadas para população negra. Todavia, ainda há muito que se discutir e melhorar (SANTOS, 2019).

Os primeiros passos para o combate ao racismo não declarado começaram com os quilombos, que eram comunidades de negros fugitivos da escravidão que lutavam por sua autonomia. Porém, já nessa época, essas comunidades não tinham nenhum acesso à saúde e, conseqüentemente, a dignidade (PINHO, 2015). Os passos seguintes para a conquista do direito à saúde foram longos, porém, a partir do fruto da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, surgiu a Constituição Federal de 1988, que garante a saúde como um direito universal para todos, independente de sua cor, sexo, raça, religião, orientação sexual e moradia.

Nos anos de 1990-2001 houve um grande avanço com o Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde (1996), doença considerada da “raça negra”, com isso, esse programa amplia o acesso ao diagnóstico e tratamento, além de ampliar a pesquisa com esses pacientes (ANDRADE, 2017). Outra conquista foi a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual fala sobre as diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos e incluiu o quesito cor como importante para descrição da população estudada (BRASIL, 1996).

Com o objetivo de construir uma democracia racial, foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (1996), que fez diversas conquistas, como por exemplo, nas declarações de óbito e nascidos vivos, houve a inclusão da cor. Assim como, em parceria com o ministério da educação, foi criado livros didáticos sobre a população afrodescendente, entre outros (SILVA, 2019). Em 2000 foi elaborada a Pré-conferência Cultura & Saúde da População Negra em Brasília e em 2001 o Workshop Inter-Agencial de Saúde da População Negra, que resultaram nas publicações: Política Nacional de Saúde da População

Negra: uma questão de equidade e Manual de Doenças Mais Importantes por Razões Étnicas na População Brasileira Afro-Descendente (MACHADO, 2019).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) obteve aprovação em 2007, com o objetivo de melhorar as condições de saúde, estimular a participação popular e promover saúde para que se obtenha a equidade (BRASIL, 2017).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (2019), 56,2% da população se considera pardos ou pretos. Dessa forma, percebemos que essas políticas públicas ao longo dos anos surtiram efeitos e obteve um maior reconhecimento por parte da população do seu perfil afrodescendente. Além disso, há uma maior visibilidade e força de políticas de integração social que buscam diminuir essa desigualdade evitável chamado racismo (GOMES, 2020).

Desafios na Atenção Primária

Os desafios da Atenção Primária estão intimamente relacionados a determinantes e condicionantes da saúde - habitação, lazer, acesso a bens e serviços essenciais, trabalho e entre outros. Esses, por sua vez, são a expressão da desigualdade socioeconômica, que tem como aspecto estruturante a desigualdade étnico/racial (BRASIL, 2017). Com isso, percebe-se que as barreiras encontradas pela saúde transcendem as estruturas de sua responsabilidade, sendo uma soma de múltiplos fatores da estrutura social (PINTO, 2017).

Dados demonstram a intrínseca relação entre fatores determinantes no adoecimento e menor acessibilidade por parte de grupos raciais discriminados aos diferentes níveis da atenção, sendo mais expostos a uma experiência de saúde pública de qualidade inferior aos demais. Essas disparidades manifestam-se, por exemplo, na relação entre os profissionais de saúde e esses cidadãos, tendo poder na visão preconceituosa por parte dos servidores de forma a interferir negativamente na construção dos laços de confiança entre usuários e sistema público de saúde como um todo (WERNECK, 2016; BRASIL, 2017).

De acordo com estudos, a medida que o campo da medicina começa a reconhecer os efeitos dos determinantes psicossociais nos resultados da saúde, o treinamento formal em saúde pública se torna essencial para os profissionais de saúde em todas as disciplinas. Nesse sentido, existem poucas ferramentas acessíveis e informativas para preparar os alunos para se envolverem com os desafios de saúde da população e isso implica na relação encontrada pelos profissionais da saúde com cidadãos negros. (GODFREY, *et al.*, 2019)

Um outro ponto desafiador na Atenção Primária é a relação da abreviação das vidas negras juntamente com a violência de regiões periféricas que são normalizados na estruturação da necropolítica (ALMEIDA, 2019). Essa estrutura necropolítica, além das diferentes formas de racismo, afeta profundamente a saúde mental da população negra levando a situações como ansiedade, depressão, crises de pânico e outros. Sendo, portanto, um dos pontos de responsabilidade da Atenção Primária e um grande desafio encontrado por este, visto o reduzido número de funcionários, no SUS, especializados em saúde mental e a superlotação do sistema em seus diversos âmbitos (DAMASCENO, 2018).

A Atenção Primária, além dos diversos desafios já instalados em seu sistema, também terá que enfrentar a pandemia do novo coronavírus, que se mostra mais letal, segundo estudos feitos no EUA, em populações menos favorecidas, como é o caso dos negros. Situação similar também é esperado no Brasil, tendo como base estudos preliminares feitos em algumas regiões do país (GOES,2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das conquistas que teve desde o surgimento do SUS, a população negra ainda sofre com a desigualdade social e racial que reflete nas taxas de morbimortalidade deste grupo. A situação de vulnerabilidade social das pessoas negras deve ser de conhecimento dos órgãos de saúde no Brasil, pois somente com essa compreensão sobre as peculiaridades deste grupo, e com suas devidas intervenções na redução das desigualdades, será possível assegurar um serviço de saúde integral, justo e universal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro. Pólen, 2019.
- ALVES, Pedro Henrique Melo; LEITE-SALGUEIRO, Claudia Daniele Barros; ALEXANDRE, Ana Carla Silva; OLIVEIRA, Gislene Farias de. Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 6, p. 2227-2236, jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602227&lang=pt. Acesso em: 17 jul. 2020.
- ANDRADE, Ivana Ferreira *et al.* EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ANEMIA FALCIFORME. **Anais do Colóquio Interdisciplinar de Cognição e Linguagem**, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <http://coloquio.srvroot.com/vcoloquio/index.php/vcoloquio/article/view/191/22>. Acesso: 15 de jul. 2020.
- BRASIL. Ana Maria Costa. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do sus**. 3. ed. Brasília: Editora Ms, 2017. 46 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 16 jul. 2020.
- BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://bit.ly/2ekI03I> >. Acesso em: 15 jul. 2020.
- CAMPOS, Luiz Augusto. "RACISMO EM TRÊS DIMENSÕES : Uma abordagem realista crítica". **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 32, no 95, 2017, p. 01 Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v32n95/0102-6909-rbcsoc-3295072017.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- CARVALHO, Carolina Abreu de; PINHO, Judith Rafaelle Oliveira; GARCIA, Paola Trindade. Epidemiologia: conceitos e aplicabilidade no Sistema Único de Saúde. **São Luís: Edufma**, p. 24-30, 2017. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9070/1/Epidemiologia_ISBN%20978-85-7862-653-2%20-%202017.pdf. Acesso: 15 de jul. 2020.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 38, n. 3, p. 450-464, Sept. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000300450&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 de jul. 2020.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3831-3840, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021203831&lng=pt&nrm=iso. acesso em 16 jul. 2020.

GOLDFREY, S; NICKERSON, K; AMIEL, J; LEBWOHL, B. Desenvolvimento de um currículo on-line de saúde pública para estudantes de medicina: o trajeto da saúde pública. **BMC Med Educ** 19, 298 (2019). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1734-4>. Acesso em: 16 jul. 2020.

GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00278110, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jul. 2020.

GOMES, Daiane de Oliveira, et al. “Justiça racial e direitos humanos dos povos e comunidades tradicionais”. **Revista Katálysis**, vol. 23, nº 2, agosto de 2020, p. 317–26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28492705/> Acesso: 16 jul. 2020.

GOUVEIA, Marizete; ZANELLO, Valeska. Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 24, e42738, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722019000100239&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jul. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

LEWIS, Tené T *et al.* Experiências autorreferidas de discriminação e saúde: avanços científicos, controvérsias em andamento e questões emergentes. **Revisão anual de psicologia clínica**, vol. 11, p. 407-440, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5555118/>. Acesso em: 19 jul. 2020.

MACHADO, Marta rodriguez de assis; SILVA, Márcia regina de lima; SANTOS, Natália neris da silva. Anti-racism legislation in Brazil: the role of the Courts in the reproduction of the myth of racial democracy. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 6, n. 2, p. 267-296, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S235956392019000200267&lang=en. Acesso em: 16 jul.2020.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa, e Fabiana Kubiak. “Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira”. **Saúde em Debate**, vol. 43, nº 122, setembro de 2019, p. 939–48 Disponível em:<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n122/939-948/pt>. Acesso em: 14 jul. 2020.

PINHO, L., Dias, R. L., Cruz, L. M. A., & Velloso, N. A. (2015). Condições de saúde de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 7(1), 1847-1855. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945009.pdf> .Acesso: 16 jul. 2020.

PINTO, Antonio Germane Alves *et al.* Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, 2017.

PRATHER C, *et al.* O impacto do racismo na saúde sexual e reprodutiva das mulheres afro-americanas. **Revista de saúde da mulher**, vol. 25,7, p. 664-671, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939479/> Acesso: 18 jul. 2020.

SANTOS, Olivia Irine Reis *et al.* RACISMO INSTITUCIONAL: DESAFIO PARA O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019**. 2019. Disponível em: <http://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1669/1629> Acesso: 15 de jul. 2020.

SILVA, Claudilene Maria; SANTIAGO, Maria Eliete. Itinerário da prática pedagógica de valorização da população negra no espaço escolar. **Revista Brasileira de Educação**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v24/1809-449X-rbedu-24-e240003.pdf>. Acesso: 15 jul. 2020.

TRENT, Maria *et al.* O impacto do racismo na saúde da criança e do adolescente. **Pediatrics** vol. **Jornal oficial da academia americana de pediatria**, vol. 144,2, 2019. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/144/2/e20191765> Acesso: 19 jul. 2020.

WALLACE, Stefhanie *et al.* Efeito cumulativo da discriminação racial na saúde mental de minorias étnicas no Reino Unido. **American journal of public health**, vol. 106,7, p. 1294-300, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4984732/> Acesso: 19 jul. 2020.

Werneck J. **Racismo institucional e saúde da população negra**. *Saúde Soc* 2016;25:53549. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2016.v25n3/535-549/pt/>>. Acesso em 16 jul. 2020.

WILLIAMS, David R *et al.* Racismo e saúde: evidências e pesquisas necessárias. **Revisão anual de saúde pública**, v. 40, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6532402/#R131> Acesso: 17 de jul. 2020.

Capítulo 18

BRINCANDO DE APRENDER: JOGO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL APLICADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Natália Ferrari¹
Maria Júlia de Oliveira Dadona²
Juliana Andrade Silva Pereira³
Felipe Colombelli Pacca⁴
Lúcia Mara Lopes Cursino⁵

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo avaliar a aplicação do jogo “Conhecendo a hipertensão por meio de figuras”, a usuários da atenção básica em saúde. Foram selecionados 40 usuários para realizar o jogo e responder o questionário antes e após o jogo. Verificou-se, através do questionário, a porcentagem de acertos antes do jogo foi de 81% enquanto a média de acertos após as jogadas foi de 96% indicando que o jogo auxiliou na absorção dos conteúdos de hipertensão. Dos 40 usuários, 60% foram diagnosticados com pressão alta e a análise quanto ao estilo de vida mostrou que 27,5% eram fumantes, 37,5% ingeriam bebida alcoólica, 45% não realizaram atividade física e 67,5% não seguem a dieta alimentar. O jogo possibilitou aos usuários acesso a ferramentas para desenvolvimento de habilidades em relação ao autocuidado, aumentando o nível de conhecimento para a prevenção e controle da hipertensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão; atenção primária; jogo educacional

ABSTRACT: The present study aimed to evaluate the application of an educational game “Knowing hypertension through pictures” to users of primary health care. Selected 40 users to perform the game and answer the questionnaire before and after the game. It was verified that, through the questionnaire, the percentage of correct answers before the game was 81% while the average of correct answers after the games was 96%, indicating that the game helped in the absorption of hypertension contents. Of the 40 users, 60% were diagnosed with high blood pressure and lifestyle analysis showed that 27.5% were smokers, 37.5% drink alcoholic, 45% did not perform physical activity and 67.5% did not follow the diet to feed. The game provided users with access to tools for developing skills in relation to self-care, increasing the level of knowledge for the prevention and control of hypertension.

Keywords: Hypertension; primary attention; educational game

Introdução

Diante à pandemia da COVID-19 que o mundo está vivendo a hipertensão arterial destaca-se no momento. Dados dos estudos realizados com pacientes da China, mostraram maior risco de agravamento e morte por COVID-19 em pessoas que apresentam hipertensão arterial (FANG, KARAKIUILAKIS, ROTH, 2020; CDC 2020). A hipertensão arterial (HA) tornou-se um dos maiores desafios em saúde pública. O ministério da saúde relata que a prevalência de hipertensão arterial na população brasileira é bastante expressiva acometendo mais de 20% da população adulta (18 anos ou mais) e esses valores são ainda maiores com o aumento da idade, presente em mais de 60% dos idosos com mais de 65 anos (BRASIL, 2020).

1 Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade FACERES - São José do Rio Preto/SP. E-mail: nathy.ferrari24@gmail.com

2 Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade FACERES - São José do Rio Preto/SP E-mail: maria.julia15@hotmail.com

3 Residente da área de Clínica Médica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barretos/SP. Email: juasp92@gmail.com

4 Doutorando de Pedagogia da UNESP – Marília – São José do Rio Preto/SP e Docente do curso de medicina Faculdade FACERES - São José do Rio Preto/SP. Email: felipepacca@gmail.com

5 Doutora em Microbiologia pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP e docente do curso de medicina da Faculdade FACERES – São José do Rio Preto/SP. E-mail: lopeslm@yahoo.com.br

Estudos demonstraram que o aparecimento e as complicações da hipertensão arterial está relacionada a fatores de riscos comportamentais como: ingestão elevada de sódio, álcool, uso de anticoncepcionais, fumo, estresse emocional, sedentarismo e dieta ricas em gorduras (WHO, 2018). Sabe-se que o tratamento não medicamentoso baseia-se na prática de um estilo de vida saudável e deve ser aplicado em todos os estágios da HA. Entretanto, o tratamento medicamentoso pode ser considerado para aqueles com PAS > 140 mmHg com menos de 80 anos e tem como finalidade reduzir a morbimortalidade das doenças cardiovasculares associadas aos valores elevados da pressão arterial. Porém, estudos evidenciaram que, no Brasil, cerca de 50% dos hipertensos abandonam o tratamento no primeiro ano em que são submetidos a acompanhamento médico e, após cinco anos, apenas 17% permanecem tratando. O impacto da não adesão ao tratamento da HA, além de acarretar prejuízos ao indivíduo, traz reflexo econômico negativo para o sistema de saúde (SBC, 2016; NDANUKO et al., 2016).

Dessa forma, levando-se em conta todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias de educação individuais e coletivas como parte fundamental na prevenção e tratamento do paciente com HA (MAGNABOSCO et al., 2015). O processo educativo possibilita aos pacientes acesso a ferramentas para desenvolvimento de habilidades em relação ao autocuidado, com vistas a aumentar o nível de conhecimento para o manejo da doença, também um maior conhecimento dos sintomas e das consequências das complicações agudas e crônicas (WARREN, 2012; PEARSON, 2013). **Nesse sentido, o jogo educativo em saúde, baseado na HAS, proporcionará aos seus portadores mais conhecimento e orientações.** Para isso, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a aplicação de um jogo educativo “Conhecendo a hipertensão por meio de figuras” a usuários da atenção básica em saúde.

Procedimentos metodológicos

O estudo foi realizado na unidade básica de saúde da Família (UBSF), do município de São José do Rio Preto, SP, essa UBSF foi selecionada por ser campo prático das pesquisadoras na disciplina do Programa de Integração Comunitária (PIC) do curso de medicina da Faculdade FACERES, São José do Rio Preto, SP. O período de duração da pesquisa se deu entre os meses de julho a novembro do ano de 2019. A pesquisa trata-se de um estudo descritivo, transversal, com dados obtidos a partir de instrumentos de pesquisa desenvolvidos especificamente para este estudo, nesse caso, foi o jogo “Conhecendo a Hipertensão por Meio de Figuras” e o questionário. Dessa forma, foram selecionados usuários da UBSF e a seleção dos usuários foi por meio de amostragem do tipo aleatória por conveniência, sendo recrutados as mulheres/homens maiores de 18 anos de idade e que procuram atendimento UBSF sendo ou não diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica. Ademais, foi excluído participantes que possuíam qualquer deficiência mental com incapacidade de responder o questionário. A pesquisa foi realizada em quatro etapas, na etapa 1 foi realizada um esclarecimento do jogo e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre as dúvidas e quanto aos direitos e deveres dos participantes,

assim como seus benefícios e riscos. Na etapa 2 os participantes responderam o questionário, que foi aplicado antes da execução do jogo. Esse questionário teve como objetivo de mensurar a evolução do conhecimento dos pacientes sobre os fatores de risco, prevenção e complicações da HA. Na etapa 3 foi realizada a aplicação do jogo “Conhecendo a hipertensão por meio de figuras” que é constituído por três caixas, de tamanho 190 x 120 x 70 mm, dispostas sequencialmente, identificadas respectivamente com as palavras: liberado, evitar e proibido e, também, trinta e quatro cartas de papel plastificado, com figuras sobre o estilo de vida (prática de exercício físico, sedentarismo, alcoolismo e tabagismo) e alimentos que compõe o cardápio local (como por exemplo: café, chá mate, processados, enlatados, temperos prontos, refrigerante, frutas, verduras e etc.). Além disso, as cartas são embaralhadas e entregue aos participantes, os quais deverão julgar qual é a caixa mais adequada de acordo com seus conhecimentos. Em seguida, caso o participante julgou a carta de forma errada, o pesquisador irá justificar e explicar por que estava errada (Figura 1). Na etapa 4, foi aplicado o mesmo questionário aplicado na etapa 2 com objetivo de avaliar a eficiência do jogo. A análise dos dados dos questionários foi tratada por meio de uma contabilização da quantidade de respostas para cada variável com a ajuda do programa de planilhas Excel, produzido pela Microsoft. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade FACERES (CEP) por meio do parecer de número 3.233.598.

Figura 1. Jogo “Conhecendo a hipertensão por meio de figuras”



Resultado e Discussão

Os usuários da atenção primária da unidade básica de saúde da família (UBSF) se mostraram receptivos durante a aplicação do jogo que ocorreu na sala de espera da unidade. Ficou nítido para os discentes que o jogo exerceu uma capacidade de distração que possibilitou um ambiente de motivação e participação ativa dos usuários. Evidências corroboram com o estudo que afirma que os jogos ampliam a interação entre os participantes, que promove um

maior interesse pelo conteúdo, levando a um aumento da absorção de conhecimento (BORGES; FILLHO, 2016).

Foram selecionados 40 usuários da UBS para aplicação do jogo e questionário. Os dados do questionário antes e depois do jogo mostraram a distribuição de participantes segundo variáveis socioeconômico onde 62,5% de participantes eram do gênero masculino, 57,5% tinham 60 anos ou mais, e 57,5% apresentavam 8 ou mais de anos de estudo e que 100% eram da classe C/D/E (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de participantes segundo variáveis socioeconômico

Variáveis de estudo	Total de participantes (n=40) %
Gênero	
Feminino	37,5
Masculino	62,5
Faixa etária	
≥ 60 anos	57,5
Até 59 anos	42,5
Escolaridade	
≤ 8 anos de estudos	42,5
> 8 anos de estudo	57,5
Classe econômica*	
A/B	0
C/D/E	100

Fonte: Autoria própria (2020)

*IBGE; Classe econômica A/B (mais favorável) e C/D/E (menos favorável)

Dos 40 usuários, 24 (60%) foram diagnosticados com pressão alta sendo que somente 1(um) não utilizava medicamentos. Quanto ao estilo de vida dos usuários 11 (27,5%) eram fumantes, 15 (37,5%) ingeriam bebida alcoólica, 45% não realizaram atividade física e 67,5% não seguem a dieta alimentar sugerida pelo médico. Sabe-se que o tabagismo, uso excessivo de álcool, falta de atividade física, alimentação inadequada são fatores de risco que devem ser controlados para promover a qualidade de vida dos pacientes hipertensos. Dessa forma, a prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais eficazes de evitar e tratar a hipertensão arterial (SBC, 2016) mas para que ocorra o despertar para o autocuidado é necessário que os indivíduos percebam as próprias necessidades, ou seja, passem a perguntar sobre que é preciso ter no estilo de vida para manter a saúde. A percepção do indivíduo para mudança de estilo vem da absorção de conhecimento que se torna mais ativa durante o jogo educativo que desenvolve a capacidade de idealizar, escolher e de gerar envolvimento efetivos nos indivíduos e é neste momento que ocorre a construção do conhecimento (MATTAR et al., 2017).

Com relação ao questionário, a porcentagem de acertos antes do jogo foi de 81% enquanto a média de acertos após as jogadas foi de 96% indicando que o jogo auxiliou na absorção dos conteúdos de hipertensão (Tabela 2). Estudos apresentaram resultados semelhantes na utilização de jogo lúdico na área de ensino aprendizagem com participantes da área da saúde (BACICH e MORAN, 2018; SANTOS et al., 2020). De acordo com as questões sobre PA, 55% dos participantes demonstraram dúvidas principalmente em questão do valor limite para pressão alta, e após o jogo 95% acertaram os valores. Antes do jogo 65% dos usuários acertaram a questão “A pressão alta geralmente não manifesta nenhum sinal ou sintoma” e após o jogo 90% acertaram. Verificou-se uma diferença significativa entre as questões “Posso ter pressão alta se os meus pais tem” 65% acertaram antes e 90% após o jogo, “Pacientes com pressão alta não podem fazer exercícios físicos, pois a atividade física aumenta a pressão.” 82% antes e 100% acertaram após o jogo (Tabela 2). Conhecimentos sobre PA são essenciais para mudanças no estilo de vida do indivíduo e assim para auxiliar a redução da PA bem como na mortalidade por doenças cardiovasculares, além de melhorar significativamente a qualidade de vida de modo geral (SBC, 2016).

Tabela 2. Questões aplicadas a 40 usuários da UBSF antes e após a utilização do jogo

Questões	Antes		Depois	
	acerto	%	acerto	%
1.Fumar e beber bebida alcoólica aumentam a chance de ter pressão alta.	38	95	40	100
2.O estresse ou nervosismo aumenta a pressão arterial.	39	97,5	39	97,2
3.Estar acima do peso pode ajudar a ter a pressão alta.	38	95	40	100
4.Quem tem pressão alta precisa controlar a quantidade de sal na comida.	40	100	40	100
5.Alimentos enlatados (por exemplo, milho e ervilha em lata) ou embutidos (salame, mortadela, salsicha e etc) possuem muito sódio, podendo aumentar a pressão.	38	95	39	97,2
6.Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou derrame cerebral pode ser causado pela pressão alta.	39	97,5	40	100
7.Infarto agudo do miocárdio (IAM) ou ataque cardíaco podem ser causado pela pressão alta;	40	100	40	100
8.A pressão alta geralmente não manifesta nenhum sinal ou sintoma (ou seja, quem tem essa doença não sente nada).	24	60	34	85
9. Posso ter pressão alta se os meus pais tem.	26	65	36	90
10.Pacientes com pressão alta não podem fazer exercícios físicos, pois a atividade física aumenta a	33	82,5	40	100

pressão.				
11. Depois que iniciei as medicações para o tratamento da pressão alta não tenho mais a doença.	32	80	34	85
12. Quando tenho a doença hipertensão (pressão alta) só devo tomar a medicação quando sinto alguma coisa, como por exemplo dor de cabeça.	36	90	39	97,5
% da média de acertos		81,3		96

Fonte: Autoria própria (2020)

Com relação à satisfação pelo jogo, 72,5% dos usuários acharam ótimo e 27,5% bom e relataram que o jogo é de fácil entendimento e auxiliou na fixação do assunto. Ademais, a aplicação do jogo pelos pesquisadores e a conscientização dos participantes sobre Hipertensão Arterial é uma importante forma de melhorar a atenção básica da saúde pois podemos considerá-la como instrumento de ação estratégica devido sua atuação direta no controle de riscos e redução de internações hospitalares por consequência dessa doença (NDANUKO et al., 2016)

Considerações Finais

Neste contexto, o processo de conscientização sobre a importância da prevenção e adesão ao tratamento adequado é um dos pilares para o desenvolvimento de ações que impactem positivamente na diminuição dos prejuízos da doença ao indivíduo e à sociedade. Dessa forma, o processo educativo através da aplicação do jogo “Conhecendo a hipertensão por meio de figuras” possibilitou aos usuários acesso a ferramentas para desenvolvimento de habilidades em relação ao autocuidado, aumentando o nível de conhecimento para a prevenção e o manejo da hipertensão arterial sistêmica, entendendo melhor os seus sinais e fatores de riscos.

Referências

- BACICH, L.; MORAN, J. **Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática**. Porto Alegre: Penso. 2018, 238 p.
- BORGES, J. P. R.; FILHO, A. V. M. Elaboração e validação de um jogo didático no ensino de genética. *Saúde; Ciência em Ação. Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde*. v.3, n. 01, p. 83-98, 2016.
- BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Vigitel Brasil, 2019**. v. 51, n16, p20-26, 2020.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention. **Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019 - United States**, v.69, p.382-386. 2020.
- FANG L, KARAKIULAKIS G, ROTH M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? **The Lancet Respiratory Medicine**. v.8, 2020.
- MAGNABOSCO, P. et al. Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations. **Revista Latino-Americana de**

Enfermagem, v. 23, n. 1, p. 20–27, 2015.

MATTAR, J. **Metodologias ativas para educação presencial, Blended e a distância**. 1. ed. São Paulo: Artesanato Educacional, 2017.

NDANUKO, R. N. et al. Dietary Patterns and Blood Pressure in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Advances in Nutrition**, v. 7, n. 1, p. 76–89, 2016.

PEARSON TA et al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention. American Heart Association guide for improving cardiovascular health at the community level, 2013 update: a scientific statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers. **Circulation**, v.127, n.16, p.1730-1753, 2013.

SANTOS Karina R. et al. Jogo lúdico e educativo como ferramenta de ensino e aprendizagem em parasitologia. **Rev. Bra. Edu. Saúde**, v. 10, n.1, p. 70-79, 2020.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (Brasil). VII Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3 Supl.3, p. 1–83, 2016.

WARREN-FINDLOW J, SEYMOUR RB, BRUNNER HUBER LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. **J Community Health**. n.37, p. 15–24. 2012.

WHO. World Health. **Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018**. Geneva, 2018.

Capítulo 19

COMPARTILHANDO SABERES ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: OUTUBRO ROSA

Ezilley da Silva Araújo¹
Ianca Thaís Lopes Marques²
Verônica Samila Aires Batista³
Douglas Paraibano Cavalcante⁴
Letícia Oliveira Cassimiro Dias Nascimento⁵
Matheus Klisman Santos Rodrigues⁶
Karyne Gleyce Zenf Oliveira⁷

RESUMO: O câncer de mama é o resultado da multiplicação anormal de células, que em estágios mais avançados podem se disseminar para outras partes do organismo, sendo uma das principais causas de morte entre as mulheres brasileiras. O presente trabalho discorre sobre a experiência dos alunos de medicina de uma universidade particular do Maranhão, em uma unidade básica de saúde da cidade de Imperatriz - MA, por meio de uma palestra, realizada com materiais fundamentados em acervos do ministério da saúde e base de dados da Scielo, para a população com o objetivo de relatar a experiência vivenciada pelos acadêmicos na participação da conscientização da população sobre a importância da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama através de educação em saúde. Com a elaboração deste relato os acadêmicos foram incentivados a refletir sobre a realidade observada, interagir com a comunidade e buscar referências teóricas acerca do câncer de mama.

Palavras-chave: Câncer. Mama. Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT: Breast cancer is the result of abnormal cell multiplication, which in more advanced stages can spread to other parts of the body, being a major cause of death among Brazilian women. The present work discusses the experience of medical students from a private university in Maranhão, in a basic health unit in the city of Imperatriz - MA, through a lecture, held with materials based on collections from the Ministry of Health and database. data from Scielo, for the population in order to report the experience lived by academics in the participation of the population's awareness about the importance of prevention and early diagnosis of breast cancer through health education. With the elaboration of this report, academics were encouraged to reflect on the observed reality, interact with the community and seek theoretical references about breast cancer.

Keywords: Cancer. Breast. Basic health Unit.

Introdução

Segundo o Instituto Nacional Do Câncer – INCA (2019), o câncer de mama é o tipo da doença mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma, correspondendo a cerca de 25% dos casos novos a cada ano. No Brasil, esse percentual é de 29%. Ainda de acordo com INCA (2019) pesquisas realizadas em 2017 estimavam ainda para o ano de 2019, 59.700 casos novos de câncer de mama no Brasil. O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença. Diante disso, muito se discute, na contemporaneidade, formas de promoção e prevenção da saúde na atenção primária.

1 Graduando em medicina pela Univesidade Ceuma. E-mail: ezilley@hotmail.com.

2 Graduanda em medicina pela Univesidade Ceuma. E-mail: iancathays@hotmail.com.

3 Graduanda em medicina pela Univesidade Ceuma. E-mail: samilaaires@hotmail.com.

4 Graduando em medicina pela Univesidade Ceuma, E-mail: doug.paraibano@gmail.com.

5 Graduanda em medicina pela Univesidade Ceuma. E-mail: leticiaocas@gmail.com.

6 Graduando em medicina pela Univesidade Ceuma, E-mail: ma_the_uskk@hotmail.com

7 Mestra em Atenção a Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás e professora dos cursos de medicina e enfermagem da Universidade Ceuma – Campos Imperatriz MA. E-mail: karyne_zemf@hotmail.com

A neoplasia maligna de mama é considerada uma das principais causas de morte no mundo entre as mulheres, acometendo pessoas entre 20 e 69 anos (sendo mais ocorrente após os 40 anos) e tem na idade avançada um dos principais fatores de risco. De fato, o câncer de mama é um problema de saúde com relevância em todo o mundo. De acordo com o INCA, 2019 é a neoplasia maligna mais incidente em mulheres na maior parte do mundo. De acordo com as últimas estatísticas mundiais do Globocan (2018) *apud* INCA, 2019, foram estimados 2,1 milhões de casos novos de câncer e 627 mil óbitos pela doença. Fatores relacionados ao conhecimento da doença e às dificuldades de acesso das mulheres aos métodos diagnósticos e ao tratamento adequado e oportuno acabam por resultar na chegada das pacientes em estágios mais avançados do câncer de mama, agravando o prognóstico.

Seguindo o raciocínio os riscos maiores de desenvolver a neoplasia da mama está associada à fatores como: terapia de reposição hormonal, histórico familiar de parentes de primeiro grau que tiveram a doença (como mãe, irmã ou filha), exposição à radiação ionizante, nutrição, tabagismo, etilismo, obesidade, primeira menstruação precoce, multiparidade e densidade mamária aumentada (BERNARDES *et al.*, 2019).

A doença é causada por uma multiplicação celular desordenada ocasionada por mutações nos genes que codificam as proteínas reguladoras do ciclo celular, fazendo com que as células cancerosas apresentem diferentes características, como por exemplo, a capacidade de multiplicar-se mesmo com a ausência de fatores ou sinais de proteínas que estimulam o crescimento, além da metástase (definida como o comprometimento à distância, por uma parte do tumor que não guarda relação direta com o foco primário) e de não se submeterem a apoptose (morte celular programada) (SILVA; RIUL, 2018).

Nesse cenário, o planejamento de estratégias de controle do câncer de mama por meio da detecção precoce é fundamental. Quanto mais cedo um tumor invasivo é detectado e o tratamento é iniciado, maior a probabilidade de cura. Devido a esse motivo, várias ações vêm sendo implementadas para diagnosticar o câncer nos estágios iniciais. Todavia, em razão da individualização orgânica e da extrema heterogeneidade tumoral associada à presença de fatores de risco conhecidos e não conhecidos, o câncer de mama é considerado uma doença de comportamento dinâmico, em constante transformação (INCA, 2016).

A conscientização da população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais para a prevenção primária da doença. Ações educativas em saúde podem preparar a população para construção de novos conhecimentos, propiciando uma prática consciente de comportamentos preventivos. O conceito de saúde e doença perpassa a trajetória histórica das famílias, transmitindo conhecimento de geração em geração, com mudanças visíveis ao longo dos anos (BURANELLO *et al.*, 2018).

Dessa forma, a conscientização da população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais para a prevenção inicial do câncer, além disso, a detecção precoce é o meio mais utilizado para diagnosticar os pacientes o mais breve possível, para que o prognóstico possa ser positivo (BURANELLO *et al.*, 2018).

Nesse sentido é notório a necessidade de intervenções em primeira instância junto à comunidade, em ações que contribuem no processo de bem estar dos cidadãos, com isso a motivação deste relato de experiência em passar a diante conhecimento básico para os indivíduos da comunidade, bem como da prática realizada no local que é fundamental para atrair a atenção dos indivíduos presentes no local (ARAÚJO; JÚNIOR, 2016).

Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, sobretudo quando se trata da enfermidade do câncer. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo e nisso denota-se a importância da conscientização e divulgação de informações sobre o câncer de mama (BRASIL, 2014).

Partindo desse pressuposto, no decorrer das práticas educativas, pode ser sentida a complexidade de tudo aquilo que envolve a decodificação da linguagem científica para a popular, dos conteúdos inerentes ao conhecimento do corpo humano e das práticas de saúde e da forte influência exercida pelo meio social e cultural. Estes fatores, intrinsecamente relacionados, devem ser devidamente conhecidos, considerados e trabalhados, pois eles são essenciais à comunicação e troca eficiente de ideias entre os interlocutores envolvidos em um processo educativo em saúde (MARINUS et al., 2014).

METODOLOGIA

Este trabalho apresenta a experiência dos alunos de medicina de uma universidade particular do Maranhão – Uniceuma Campus Imperatriz MA, no mês de outubro de 2019. A descrição orienta-se por abordagem qualitativa com observação direta dos autores e equipe multiprofissional do serviço na obtenção de dados dos ouvintes da palestra. A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados como Scielo e acervos do Ministério da saúde, utilizando as palavras-chaves: Cancer – Mama – Unidade Básica de Saúde.

A educação em saúde foi realizada através de uma palestra realizada pelos acadêmicos do curso de medicina. Os alunos utilizaram um microfone, caixas de som, máquina fotográfica e um espaço físico com cadeiras cedidos por um integrante da comunidade. Os recursos utilizados foram: recursos humanos (a preceptora, os alunos graduandos, a população, agentes de saúde e educador físico), recursos visuais (câmera e projetor) e recursos materiais (manequim com mama artificial, microfone e caixa amplificadora).

No primeiro momento os alunos explanaram uma palestra sobre o câncer de mama, quanto suas características, incidência, fatores de risco, exames, detecção precoce, sinais e sintomas através do recurso do microfone e projeção de slides. Cada participante do grupo tomou sua vez falando cada temática do assunto de acordo como já foi citado anteriormente. Uma das

participantes do grupo demonstrou como realizar o autoexame, em um manequim com mamas artificiais, com os seus passos e identificação de possíveis nódulos. Em seguida o grupo fez uso de uma dinâmica em grupo com perguntas direcionadas aos ouvintes, sobre o assunto explanado, para que os mesmos tentassem responder e em seguida abriu espaço para perguntas livres da comunidade, para deixar mais claro o entendimento dos ouvintes. Posteriormente o educador físico realizou uma atividade com alongamento, exercícios respiratórios e aeróbica de dança, na qual todos participaram e após isso foi servido o café da manhã aos participantes.

RESULTADOS

Caraterização do campo

A educação em saúde aconteceu na Unidade Básica de Saúde – UBS - Bom Sucesso, área de atuação dos acadêmicos de medicina de uma universidade particular –Universidade Ceuma Campus Imperatriz, Maranhão. A UBS fica localizada na periferia da cidade de Imperatriz. A Estratégia Saúde da Família que acompanha as famílias dessa UBS, é composta por um médico generalista, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira especialista em saúde da família, uma técnica de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde, sendo estes, responsáveis pelo acompanhamento de 1033 famílias cadastradas.

Descrição da experiência

A partir da vivência direta e semanal com a comunidade do bairro Bom sucesso do município de Imperatriz, percebeu-se a carência de informações relacionadas a saúde e principalmente quando o assunto em questão era câncer de mama. Neste contexto, o objetivo da educação em saúde foi de orientar a comunidade sobre a prevenção dessa patologia e o diagnóstico precoce, além de motivá-las à prática de hábitos saudáveis, através de uma palestra.

A atividade foi planejada e executada por integrantes da ESF, através da participação de uma enfermeira, um educador físico, sete agentes comunitários de saúde e seis acadêmicos de medicina de uma universidade particular do Maranhão. A palestra focou nos conceitos, causas, diagnóstico e prevenção do câncer de mama bem como os fatores de risco; a importância da prevenção primária, que inclui cuidados com o estilo de vida, como alimentação saudável e exercício físico; a prevenção secundária, que abrange os exames de rotina para detecção precoce da doença, autoexame das mamas e mamografia; além de orientar sobre os locais onde são ofertados os serviços de exames para a saúde da mulher na cidade de Imperatriz-MA.

A atenção da maioria dos ouvintes possibilitou uma maior “fluidez” da palestra, uma vez que alguns ouvintes falavam de casos de câncer de suas famílias e o que faziam para diminuir os fatores de risco que foram falados pelos alunos na palestra. Com esse engajamento dos moradores da comunidade foi possível ainda acrescentar informações para com eles, e os pontos em que haviam mitos e interpretações erradas foram corrigidos pelos acadêmicos de uma maneira pacífica e humanizada.

Em seguida, o educador físico socializou com os espectadores dando dicas sobre a importância da prática de atividade físicas para saúde e de qualidade de vida e, posteriormente,

praticou exercícios de alongamento, movimentos de dança e controle da respiração com os que estavam presentes. Além disso, foi ofertado um café da manhã para a comunidade. Estavam presentes na palestra 30 moradores da comunidade.

DISCUSSÃO

Para se fazer uma conscientização, primeiro é necessário o entendimento sobre o assunto a ser tratado (câncer de mama) e um público alvo que irá observar e aprender sobre tal assunto. Seguindo o raciocínio, é interessante notar que a reunião do público alvo, em um só local na comunidade, apresenta certo desafio, uma vez que a maioria do público, infelizmente, precisa de atrativos para participar de conscientizações, isso se deve a condições culturais da população brasileira, na qual há uma parcela que considera medidas de prevenção e conscientização ações supérfluas (BURANELLO *et al.*, 2018). Para vencer tal barreira deve-se lançar mão de estratégias que chamem a atenção de mais indivíduos da comunidade. Outro ponto a ser ressaltado está atrelado ao medo, de parte da comunidade, referente a realização da mamografia ocasionado pela falta de informações adequadas dos profissionais de saúde, e pelos boatos falaciosos difundidos pela comunidade que a mamografia é dolorosa e não necessária (BARBOSA *et al.*, 2019).

Há de se ressaltar ainda que a realização da demonstração do autoexame feito por profissionais ou estudantes da área da saúde para elucidar como tal exame é feito e quais os passos para tal prática, se torna uma importante ferramenta para propagar conhecimento (MIGOWSKI *et al.*, 2018). Outra experiência adquirida por acadêmicos em ações de educação em saúde está consignada ao fato de que pra se passar informações referentes aos fatores de risco, causas, diagnósticos e tratamentos é preciso adequar a linguagem de acordo com a comunidade para que haja melhor entendimento, dessa forma diminuindo os tecnicismos exemplificando com mais casos reais (LUTZ; CARVALHO; BONAMIGO, 2019).

As atividades realizadas pela a equipe de saúde da comunidade apresentam peso de suma importância no impacto social quando realizadas de forma integral (GURGEL *et al.*, 2018), assim como foi feito no dia 17 de outubro na palestra com a atuação dos acadêmicos de medicina; equipe de saúde da Unidade do Bom Sucesso na organização do evento e do educador físico que direcionou práticas aeróbicas e de alongamento para com o público. Dessa forma, resulta a interação da comunidade com a unidade básica de saúde e os acadêmicos de medicina.

Singularmente, nesse nível de atenção à saúde, o profissional médico deve exercitar, desde a graduação, habilidades que extrapolam o ortodoxo trabalho médico, assumindo também uma postura de multiplicador de cidadania, um agente propagador de direitos e deveres. Ao trazer o fazer saúde ao patamar de também ser uma prática política pautada no debate e diálogo franco entre cidadãos de diferentes matizes, espera-se valorizar o significado da saúde como instrumento de justiça social e enriquecedor da dignidade humana, concretizando assim a confiança e as expectativas depositadas em nossa Constituição cidadã. (COUTO. *et al.*, 2016).

A prática de palestra durante o Evento Outubro Rosa para a comunidade reforça um dos fatores das Diretrizes Nacionais Curriculares do Curso de Medicina quando se trata da

competência de Atenção à Saúde, na qual a Unidade Básica tem papel crucial no cumprimento de tal competência (GUTIÉRREZ; ALMEIDA, 2017). Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo (BRASIL, 2014).

Outra competência essencial na conscientização do câncer de mama através do Programa Outubro Rosa está voltada para a Liderança, uma vez que os profissionais da saúde devem promover ações para o bem da comunidade. No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2014).

De certo que o profissional médico deve estar sempre habilitado e atualizado para poder passar informações e tratamentos condizentes com a real situação. De acordo com o Ministério da Educação, os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (DIAS, 2014).

Considerações Finais

Embora o Outubro Rosa ainda constitua um programa especial de saúde pública dentro da dinâmica da Atenção Básica, ele deve ser visto como uma oportunidade para articular o saber profilático e diagnóstico com o universo simbólico e cultural dos pacientes. A experiência vivenciada traz consigo pontos importantes para a formação dos futuros médicos, à exemplificar o trabalho humanizado, a escuta qualificada que denota como a população está recebendo as informações e se a mesma está concisa e clara para os moradores da comunidade atrelado ao feedback da população, observando se absolveram conhecimento e se conseguem disseminar as informações corretas para outros indivíduos. Todos esses pontos contribuíram para o esclarecimento da comunidade acerca da doença, tornando o grupo presente na ação um forte disseminador de informações sobre as medidas de prevenção e controle do câncer de mama, contribuiu, também, para maior interação e aproximação dos acadêmicos com a realidade da comunidade.

O resultado de todo esse trabalho reflete na importância de uma comunidade mais instruída, com obtenção de informações verdadeiras e com menos dúvidas relacionadas ao assunto, acerca do que é verdade e do que é mito. Outro ponto a se ressaltar está na confiança aumentada da população nos profissionais de saúde deixando-os numa relação mais concisa e estruturada, melhorando o atendimento e obtenção de casos na sua forma ainda não agravada, e com isso uma melhor recuperação e identificação precoce de novos casos.

Com a elaboração deste relato de experiência os alunos de graduação em medicina foram incentivados a refletir sobre a realidade observada, interagir com a comunidade e buscar referências teóricas para passar informações atualizadas e concisas da atual situação do câncer de mama no Brasil, bem como as melhores formas para se fazer o auto exame, identificar fatores de riscos e como melhorar o bem estar do indivíduo através da alimentação e exercícios físicos adequados.

Referências

ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes; JÚNIOR, José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo. **Usuário, família e comunidade como parte da equipe de saúde na colaboração interprofissional**. Revista Sanare, Sobral, 2016, v. 15, n. 2, p. 120-128.

BARBOSA, Yonna Costa; OLIVEIRA, Ana Gabriela Caldas; RABÊLO, Poliana Pereira Costa; SILVA, Francelena de Sousa; SANTOS, Alcione Miranda dos. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2019, v. 22, e190069.

BERNARDES, N et al. **Câncer de mama x Diagnóstico**. Revista multidisciplinar e de psicologia [online]. 2019, vol.13, n.44, pg.877-885.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Câncer de colo do útero e mama**. Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*, 2014.

BURANELLO, Mariana Colombini; MEIRELLES, Maria Cristina Cortez Carneiro; WALSH, Isabel Aparecida Porcatti de; PEREIRA, Gilberto de Araujo; CASTRO, Shamyr Sulyvan de. Prática de exames de rastreio para câncer de mama e fatores associados – Inquérito de Saúde da Mulher em Uberaba MG, Brasil, 2014. Revista Ciência & Saúde coletiva, 2018, v. 23, n. 8, p. 2661-2670.

COUTO, V.B.M et al. **“Além da Mama”**: o Cenário do Outubro Rosa no Aprendizado da Formação Médica. Rev. bras. educ. med. [online]. 2017, vol.41, n.1, pp.30-37. ISSN 0100-5502.

DIAS, Arthur Lima. Ecologia médica: uma visão holística no contexto das enfermidades humanas. Revista Brasileira de Educação Médica, 2014, v. 38, n.2, p. 165-172.

GURGEL, Daniel Cordeiro; CAPISTRANO JUNIOR, Valden Luis Matos; NOGUEIRA, Ingrid Correia; NETO, Prodamy Pacheco. Atividade física e câncer: intervenções nutricionais para um melhor prognóstico. Revista Motricidade, 2018, v.14, n.1, p. 398-404.

GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero de; ALMEIDA, Ana Maria de. **Outubro rosa**. Acta Paulista de Enfermagem, 2017, v.30, n. 5, p. 3 – 5.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

Lütz, Kevin Timm; Carvalho, Diego de; Bonamigo, Elcio Luiz. Sigilo profissional: conhecimento de alunos de medicina e médicos. Revista Bioética, 2019, v. 27, n. 3, p. 471-481.

MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor Coriolano; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester de; MORENO, Lidia Ruiz; LIMA, Luciane Soares de. **Comunicação nas práticas em saúde**: revisão integrativa da literatura. Revista saúde e sociedade, São Paulo, 2014, v. 23, n. 4, p. 356-369.

MIGOWSKI, Arn; SILVA, Gulnar Azevedo e; DIAS, Maria Beatriz Kneipp; DIZ, Maria Del Pilar Estevez; SANT'ANA, Denise Rangel; NADANOVSKI, Paulo. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cadernos de saúde pública, 2018, v. 34, n. 6, *elocation e00074817*.

SILVA, P.A. RIUL, S.S. **Câncer de mama**: fatores de risco e detecção precoce. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600005 >. Acesso em 25 nov.2018.

Capítulo 20

CONHECIMENTO DAS MULHERES ACERCA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

WOMAN'S UNDERSTANDING OF CERVIX CANCER

Ana Carolina Carvalho dos Santos¹
Hélen Christiane Pessoa Da Silva²
Jéssica Correia Macedo³
José Osmar da Silva⁴
Renata Batista dos Santos⁵
Roseli Batista dos Santos⁶
Sheila Juliana Leite Lima⁷

RESUMO: O câncer de colo de útero trata-se de uma neoplasia maligna, caracterizado pela replicação desordenada de células, comprometendo o tecido e podendo invadir outras estruturas e órgãos. Este estudo tem como Objetivo Verificar o conhecimento das mulheres atendidas acerca da prevenção do câncer do colo uterino. A metodologia adotada baseou-se em uma pesquisa de campo, quantitativa, transversal, exploratória, descritiva. A amostra foi composta de 100 mulheres, que estivesse aguardando atendimento no Centro de Saúde, Caruaru-PE. Das 100 mulheres entrevistadas, 24% nunca realizaram o exame citológico, 49% não souberam responder corretamente sobre a finalidade do exame e 56% afirmaram nunca ter recebido nenhuma orientação sobre. Considerando uma população com fatores de risco, como a baixa escolaridade e nível socioeconômico, verificou-se que ainda há uma grande carência na falta de informação sobre o exame, e que isso pode afetar diretamente na baixa adesão ao mesmo.

Palavras-chave: Exame Papanicolau. Câncer de colo do útero. Papilomavírus Humano.

ABSTRACT: The cervix cancer is a malignant neoplasm. It is characterized by cells replication, when it is disordered. This disorder compromises the tissue and it can invade other structures and organs of the woman. The objective of this study is to verify the woman's understanding of the prevention of cervix cancer. The methodology that was adopted was based on field research, that was quantitative, transversal, exploratory, descriptive. The population consisted of 100 women, who were demanding for care at the Health Center in Caruaru-PE. The figures after the research show that 24% of the woman had never done a cytological examination, 49% of them did not know correctly what the purpose of this examination and 56% of them said they had never received any guidance in cervix cancer. Considering a population with risk factors, such as low education and socioeconomic level, it was found that there is still a huge lack of information about the examination for woman, and it can directly affect low adherence to the examination.

Keywords: Papanicolau Exam; Cervical cancer; Human papillomavirus.

Introdução

O câncer de colo de útero (CCU) trata-se de uma neoplasia maligna, caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir outras estruturas ou órgãos do corpo (DALLABRIDA et al., 2014).

Ainda considerado um grande problema de saúde pública, o CCU é responsável por cerca de 530 mil casos novos por ano mundialmente, sendo o segundo tipo de câncer mais frequente

1 Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário E-mail: anacarollynny@hotmail.com

2 Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Unifavip E-mail: helencpessoas@gmail.com.

3 Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Unifavip E-mail:jessica_cmacedo2012@hotmail.com.

4 Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Unifavip E-mail: josesilvaenfermeiro@gmail.com.

5 Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Unifavip E-mail: renata-nickolas@hotmail.com.

6 Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Unifavip E-mail: roseli_rosy_santos@hotmail.com.

7 Graduada em Enfermagem pela Centro Universitário Unifavip E-mail: sheila-juliana@hotmail.com.

entre as mulheres e a quarta causa mais comum de morte neoplásica. No Brasil, a região Nordeste, juntamente com o Centro-Oeste, ocupa a segunda posição de maior incidência do CCU, com taxas de 19,49/100 mil e 20,72/100 mil, respectivamente, ficando atrás apenas da região Norte (BRASIL, 2013).

A ocorrência do CCU está intrinsecamente associada a transmissão pelo papiloma vírus humano (HPV), principalmente pelos tipos 16 e 18, responsável por maioria dos casos de câncer cervical. Além da infecção pelo HPV, outros fatores relacionados a imunidade, a genética e o comportamento sexual, podem influenciar ao risco de desenvolvimento do CCU, como, iniciação sexual precoce, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade, o tabagismo e o uso contínuo de contraceptivos orais (BARASUOL, 2014).

Embora reconhecida a importância do exame citológico Papanicolau ainda há alguns fatores que diminuem a adesão das mulheres a sua prática. Tais fatores, como, desconhecimento de seu corpo e da importância do exame, vergonha da exposição da genitália, medo, dificuldade de acesso e falta de informação, são os mais comuns. Sendo as mulheres com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade as mais afetadas por esse problema (ANDRADE et al., 2017).

O Papanicolau é recomendado às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, que já iniciaram atividade sexual. A periodicidade recomendada para sua realização é a cada três anos, após dois exames negativos com intervalo de um ano. A priorização desta faixa etária é justificada por ser a de maior ocorrência de lesões de alto grau. Segundo a OMS, mulheres entre 30 a 39 anos de idade, tem um risco maior para incidência do CCU, enquanto mulheres abaixo dos 25 anos estão mais propensas a infecções pelo HPV e infecções de baixo grau, que regredem espontaneamente na maioria dos casos. Por outro lado, após os 65 anos, tendo um histórico de exames regulares e com resultados normais, o risco de desenvolvimento do CCU é reduzido, devido sua lenta evolução (BRASIL, 2013).

Diferente de outras neoplasias, o CCU, é de lenta evolução, sendo potencialmente curado se diagnosticado e tratado precocemente. Para isso, é indispensável a integralidade, organização e qualidade do programa de rastreamento, realizado através do exame citológico (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um Centro de Saúde do município de Caruaru do estado Pernambucano. Será realizado um estudo descritivo, de pesquisa de campo, transversal com abordagem quantitativa.

Desenvolvimento

A amostra foi composta por 100 mulheres, que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: mulheres que estivessem aguardando atendimento no Centro de Saúde estudado, com faixa etária acima dos 18 anos de idade e com vida sexual ativa. Foram excluídas as mulheres que tinham algum tipo de deficiência ou falta de cognição para responder o questionário. As

participantes foram informadas quanto ao objetivo da pesquisa, bem como a garantia do sigilo e preservação de suas identidades.

Para obtenção dos dados, foi aplicado um questionário, elaborado pelas pesquisadoras, com 17 questões objetivas, referentes à dados socioeconômicos e demográficos e relacionados ao objetivo do estudo.

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2018 em uma sala reservada do atendimento. Antes do início da coleta de dados, as mulheres receberam explicação sobre a pesquisa e os esclarecimentos necessários de possíveis dúvidas referentes a linguagem e nomenclaturas utilizadas no questionário. Também foi realizado a leitura e o esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deixando livre a decisão de participar da pesquisa e a retirada de seu consentimento a qualquer momento, sem que houvesse prejuízo em sua relação com as pesquisadoras ou a instituição de saúde. Foram respeitados os preceitos éticos da resolução 416/2012 e da 510/2016. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Plataforma Brasil/UNIFAVIP-Wyden com o parecer de número 2.817.536.

Participaram do estudo 100 mulheres (Tabela 1), destas em relação a faixa etária, 28% (n=28) encontra-se com a idade entre 21 a 30 anos e de 31 a 40 anos respectivamente. Pode-se observar ainda, a prevalência da baixa escolaridade, onde 40% (n=40) das mulheres possuem ensino fundamental incompleto. Na variável “estado civil” grande parte das participantes alegaram serem solteiras, correspondendo a 46% (n=46), seguido pelos percentuais de casada 40% (n=40). Sobre a renda familiar, a maioria 58% (n=58) afirmaram que possuem renda familiar mensal de menos que um salário mínimo.

Tabela 1- Distribuição do número de mulheres acerca dos dados sociodemográfico em um Centro de Saúde (n= 100), Caruaru, Pernambuco/Brasil, 2018.

Variáveis	Nº	%
Idade		
18 a 20 anos	03	3,0
21 a 30 anos	28	28,0
31 a 40 anos	28	28,0
41 a 50 anos	09	9,0
51 a 60 anos	10	10,0
Mais de 60 anos	22	22,0
Escolaridade		
Fundamental incompleto	40	40,0
Fundamental completo	05	5,0
Ensino médio incompleto	10	10,0

Ensino médio completo	29	29,0
Ensino superior incompleto	14	14,0
Ensino superior completo	02	2,0
Estado Civil		
Solteira	46	46,0
Viúva	06	6,0
Casada ou união estável	40	40,0
Separada ou divorciada	08	8,0
Renda Familiar		
Menos de um salário mínimo	58	58,0
1 a 2 salários mínimos	34	34,0
3 a 4 salários mínimos	08	8,0
Acima de 5 salários mínimos	0	0,0

Acerca do uso de métodos contraceptivos, 50% (n=50) das mulheres afirmaram não fazer uso de nenhum método para prevenir a gravidez, 42% (n=42) fazem uso de pílula anticoncepcional e apenas 8% (n=8) afirmaram o uso da camisinha. Em relação ao início da prática sexual 45% (n=45) iniciaram sua vida sexual na faixa etária de 15 a 18 anos de idade, enquanto 29% (n=29) iniciaram após os 18 anos de idade e 26% (n=26) iniciaram com menos de 14 anos de idade.

Na tabela 3, percebe-se que 76% (n=76) das participantes já realizaram o exame citológico, no entanto 24% (n=24) nunca realizaram. 35% (n=35) das mulheres afirmaram já fazer 1 ano que realizou o exame, houve uma prevalência significativa de mais de 3 vezes da efetivação do exame, correspondendo a 55% das participantes.

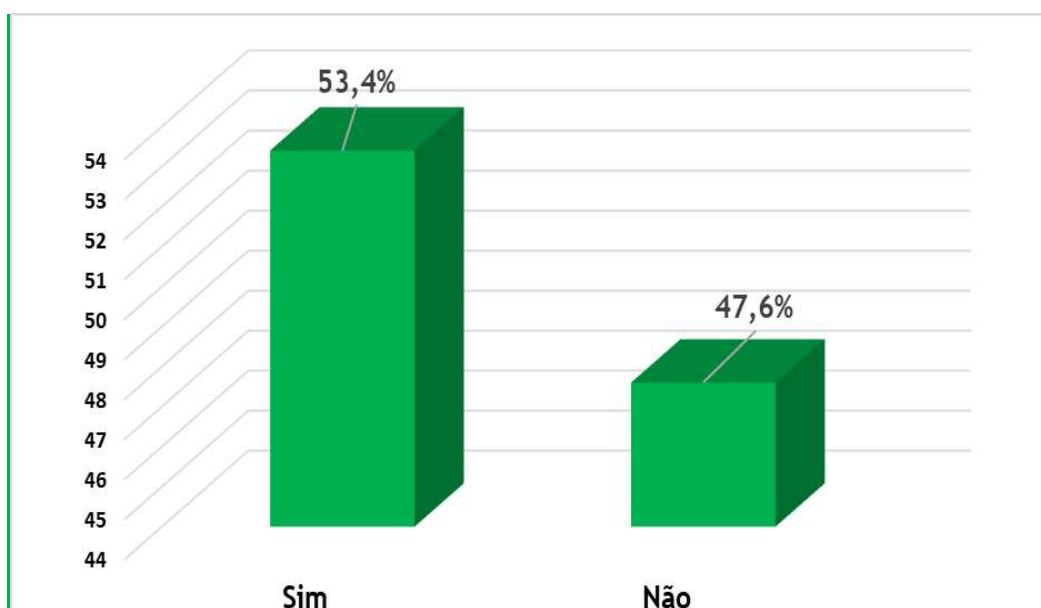
Tabela 2- Distribuição do número de mulheres acerca da realização do exame Papanicolau em um Centro de Saúde (n=100), Caruaru, Pernambuco/Brasil, 2018.

Variáveis	Nº	%
Se já realizou o exame citológico		
Sim	76	76,0
Não	24	24,0
Tempo faz que realizou o último exame		
Menos de 6 meses	23	23,0
1 ano	35	35,0
2 anos	20	20,0

3 anos	02	2,0
Mais de 3 anos	06	6,0
Nunca realizou	24	24,0
Quantidade de vezes que realizou o exame citológico		
Uma vez	09	9,0
Duas vezes	12	12,0
Três vezes ou mais	55	55,0
Nunca realizou	24	24,0

No Gráfico 1, está relacionada se as mulheres sentem dificuldades em relação ao exame citológico Papanicolau e 16 mulheres não responderam esta questão, acredita-se que se deva ao fato de nunca ter realizado o exame. Das participantes que responderam, 53,4% (n=44), afirmaram ter dificuldades para realização do exame citológico.

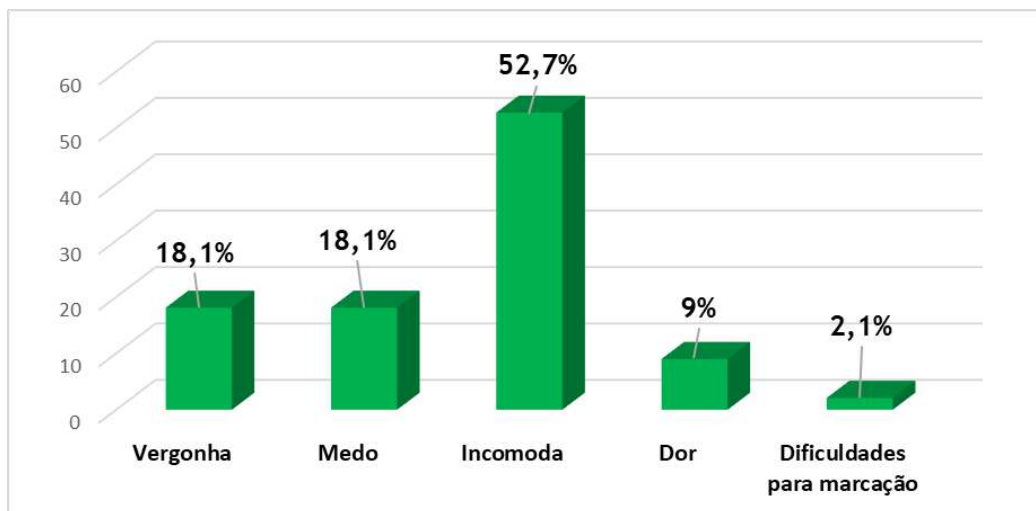
Gráfico 1- Distribuição do número de mulheres se sentem dificuldades para a realização do exame Papanicolau em um Centro de Saúde (n= 100), Caruaru, Pernambuco/Brasil, 2018.



O gráfico 2, encontra-se a distribuição das participantes acerca das dificuldade para a não realização do exame Papanicolau entre as opções vergonha, se sentem medo, se acredita que o exame incomoda, se tem receio de sentir dor ou se a dificuldade encontra-se na marcação do exame para a sua realização.

Das entrevistadas, 52,7% (n=22) relataram sentir incômodo durante o procedimento.

Gráfico 2- Distribuição do número de mulheres acerca dos dificuldade para a não realização do exame Papanicolau em um Centro de Saúde (n= 100), Caruaru, Pernambuco/Brasil, 2018.



Variáveis	Nº	%
Conhece o exame citopatológico		
Sim	91	91,0
Não	09	9,0
Para que serve o exame Papanicolau		
Para evitar qualquer câncer na mulher	08	8,0
Para saber como tratar o corrimento vaginal	12	12,0
Para prevenir e diagnosticar o câncer de colo do útero	49	49,0
Não sei	31	31,0
Em que período deve ser realizado o exame		
Depois da relação sexual	4	4
Uma semana após a menstruação	51	51
No primeiro dia da menstruação	0	0
No último dia da menstruação	6	6
Não sei	39	39
Você acha importante fazer o exame citológico		
Sim	94	94,0

Não	02	2,0
Não sei	4	4

A tabela 5, retrata que 91% (n=91) das mulheres participantes da pesquisa conhece o exame citológico e 49% (n=49) sabe que o citológico tem como finalidade prevenir e diagnosticar o câncer de colo de útero, entretanto 31% (n=31) não conhece sua utilidade. Diante do período da realização do exame 51% (n=51) informaram fazer uma semana após a menstruação e 39% não souberam responder.

Tabela 5- Distribuição do número de mulheres acerca do conhecimento sobre o exame Papanicolau em um Centro de Saúde (n= 100), Caruaru, Pernambuco/Brasil, 2018.

Quando questionadas sobre o recebimento de orientações relacionadas ao exame preventivo de colo do útero, o Papanicolau, um percentual significativo das mulheres, 56% (n=56) declararam não ter recebido orientação, enquanto 44% (n=44) declararam ter recebido orientação. Das que alegaram ter recebido orientação, 40,9% (n=18) afirmaram ter recebido do Agente Comunitário de Saúde, 34,1% (n=15) do médico, e 25,0% (n=11) do profissional enfermeiro.

Diante dos resultados foi percebido um maior predomínio de mulheres entrevistadas na faixa etária entre 21 a 40 anos de idade. Segundo a OMS, essa faixa etária, compreende as mulheres com maior risco de propensão ao câncer de colo de útero. Sabendo que o HPV, é uma das principais causas para o surgimento do CCU, sendo um vírus de transmissão sexual, as mulheres adultas jovens, que têm uma vida sexual ativa, são as mais expostas a infecções pelo HPV e conseqüentemente à incidência do câncer de colo uterino (BRASIL,2013).

No tocante à escolaridade, achado semelhante a este estudo foi identificado numa cidade da Paraíba, onde grande parte das participantes da pesquisa, possuíam um baixo nível escolar. Tal fator, traz dificuldades relacionadas às medidas de prevenção e promoção da saúde, pois quanto menor o nível de escolaridade, maior a dificuldade na compreensão da saúde e na formulação do autocuidado. O baixo nível socioeconômico também é um fator a ser estudado, visto que grande parte da classe social baixa, só tendem a procurar pelos serviços de saúde quando uma doença já está instalada (Silva et al., 2018).

Também foi percebido, que o início da atividade sexual, da maior parte das mulheres entrevistadas, se deu durante a adolescência, entre 15 a 18 anos de idade. Por ser uma fase, onde os níveis hormonais ainda não estão estabilizados e não há a maturação dos tecidos genitais, o coito pode aumentar a probabilidade de alterações atípicas e transformações celulares (MERCANTE et al., 2017).

Tendo consciência que o preservativo ou camisinha, como é popularmente chamado, é o método mais eficaz para prevenção ao HPV e a tantas outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), o não uso do mesmo, torna a mulher ainda mais exposta ao risco de infecção pelo papiloma vírus humano e conseqüentemente a evolução pro CCU (SOUZA et al.,2015).

Além disto, há mais de 10 anos, estudos epidemiológicos revelaram uma forte suspeita entre o uso prolongado de contraceptivos orais com o aparecimento do CCU. Um estudo de 2002, afirmou que o uso de pílulas anticoncepcionais aumenta os riscos de desenvolvimento do CCU, em mulheres HPV positivas. Corroborando, com esta pesquisa, um trabalho realizado pelo IARC (International Agency for Research on Cancer) em oito países, incluindo o Brasil, afirmou que os contraceptivos hormonais orais podem atuar como um importante co-fator no risco do CCU em mulheres com positividade para o HPV cervical (ALDRIGHI, 2002).

Embora grande parte das participantes afirmarem conhecer o exame citológico Papanicolau, quando visto o percentual destas, a maioria afirmou já o ter realizado, porém uma parcela nunca o fez. Haja vista, que o Papanicolau, é o principal método para detecção do CCU, potencialmente curado, se tratado precocemente, sua realização é de fundamental importância. E para que isto venha acontecer é preciso que a mulher tenha consciência da necessidade e importância da realização do exame (ALBUQUERQUE et al., 2006).

Em relação a periodicidade e frequência em que o exame é realizado, os resultados refletiram positivamente na adesão de uma boa parte das entrevistadas, já que o preconizado pelo Ministério da Saúde é que o exame seja feito anualmente (no início de sua adesão), podendo ser realizado a cada três após dois resultados negativos consecutivos (Brasil, 2013).

Porém, assim como em um estudo feito numa cidade do Mato Grosso, o percentual de mulheres que fazem o exame, não atingi o determinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que determina uma cobertura mínima da população-alvo de no mínimo 80%. Sendo assim, é primordial que as mulheres, durante os exames, sejam orientadas a respeito do tempo ideal de retorno para realização de um novo exame e aquelas que nunca o realizaram sejam orientadas quanto sua importância (SANTOS, SIQUEIRA, PEREIRA, 2003).

Concordando com o resultado desse estudo, um outro estudo realizado na Paraíba, afirma que o medo, a vergonha e o incomodo afeta diretamente em uma baixa adesão ao exame e descontinuidade da assistência. Dada a exposição do corpo para realização do exame, as mulheres se sentem vulneráveis em sua exposição, e julgamento do seu corpo por outra pessoa, que remete ao sentimento constrangedor de invasão. O sentimento do medo provém de experiências negativas de suas vivências e, além do medo pelo incomodo propiciado pelo exame e o receio do resultado do mesmo ser positivo. Esses sentimentos, faz com as mulheres adiem a realização do exame preventivo, refletindo na falta de informação sobre a importância do diagnóstico precoce, que aumenta a probabilidade de um bom prognostico, com tratamento mais sutis (SILVA et al., 2018).

Neste sentido, o enfermeiro como atuante principal na realização do exame Papanicolau na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem papel um papel fundamental. O enfermeiro, deve trabalhar com ações educativas que propiciem as mulheres o conhecimento sobre a importância do exame, além de apresentar uma postura técnica e ética afim de resguardar a privacidade da cliente, posicionando-a de maneira confortável e explicando cada etapa dos procedimentos ao qual está sendo submetida, afim de não causar constrangimentos. A consulta de enfermagem,

também pode e deve ser utilizada como forma de prestação de informações, onde o enfermeiro antecipadamente orienta e explica o procedimento, mostrando os materiais utilizados, com o intuito de conquistar a confiança necessária para realização do exame e fortalecer o vínculo com a paciente (Andrade *et al.*, 2009)

Apesar de uma boa parte das mulheres entrevistadas possuírem um conhecimento adequado sobre a importância do exame, sabendo sua utilidade de prevenção e diagnóstico do CCU, muitas admitiram não ter conhecimento sobre esta questão e outras afirmaram se tratar de um exame que serve para saber como tratar o corrimento vaginal. Um estudo de revisão bibliográfica realizado em 2017, afirmou, que geralmente, as mulheres percebem o exame Papanicolau como um detector de ISTs, achando necessário sua realização apenas na presença de alguns sinais e sintomas, como dor e corrimento vaginal (MONTEIRO, ALVES, ROCHA, 2017).

O que deve ser desmistificado, pois apesar de ser possível o reconhecimento de algumas infecções pela visibilidade de alterações no momento da coleta, a finalidade do exame não é essa, além de que o câncer cervical, em sua fase inicial apresentasse assintomático, sem qualquer alteração perceptível, sendo detectável apenas com a realização do exame citológico Papanicolau (ROCHA, SANTOS, GUEDES, 2014).

Concernente, ao período em que o exame deve ser realizado, a maioria das entrevistadas mostraram um conhecimento apropriado, porém, ainda assim, muitas afirmaram não saber responder essa questão. O exame citológico Papanicolau trata-se de um método de baixo custo, rápido e eficaz para o rastreamento do CCU, contudo, alguns fatores podem interferir na interpretação de seu resultado. Por isso, é importante salientar e orientar as mulheres, que para que a amostra do exame apresente condições ideais para avaliação, a paciente não pode estar em seu período menstrual, não deve ter realizado duchas vaginais nas últimas 48 horas, nem ter tido relações sexuais ou utilizado absorventes internos, cremes, ou medicamentos vaginais, bem como não deve ter sido submetida a procedimentos ginecológicos (GAMBONI, MIZIARA, 2013).

Em relação a orientações, mais da metade das mulheres entrevistadas afirmaram nunca ter tido nenhuma orientação acerca da importância do exame por qualquer profissional. Esse fator também colabora a não adesão das mulheres ao exame, já que sem saber pra que serve, elas não irão se importar em realiza-lo. Para que este cenário mude, é essencial ações educativas, que visem o esclarecimento sobre a importância do exame, bem como sirva de orientações sobre medidas de prevenção dos fatores de risco, como o uso de preservativo durante as relações sexuais, e o controle do HPV através da vacinação. Destaca-se aqui, a importância do enfermeiro nas devidas orientações, pois, o enfermeiro está diretamente ligado a população e tem maior contato diário com a comunidade no nível de atenção básica (ANDRADE, 2017).

Considerações Finais

Ao final deste estudo, foi possível avaliar que apesar de boa parte das mulheres conhecerem a finalidade e terem uma prática adequada ao exame, há ainda uma carência de

informações essenciais que promovam uma maior adesão ao mesmo. Fatores como o desconhecimento sobre a importância do exame e em que período o mesmo deve ser realizado, são fundamentais para que haja uma boa cobertura e avaliação eficaz.

Diante do perfil sociodemográfico das entrevistadas, onde há uma alta prevalência da baixa escolaridade e do baixo nível socioeconômico, é essencial que práticas educativas sejam implementadas. Contudo, foi percebido uma carência neste quesito, onde as mulheres afirmaram uma falta de orientação referente ao exame por parte dos profissionais.

Perante o exposto, esta pesquisa, servirá como auxílio para que as equipes de saúde, possam conhecer a realidade frente ao conhecimento sobre o exame citológico e refletir sobre suas condutas frente a esta problemática, criando estratégias de medidas educativas que promovam o aumento dos índices de rastreamento pelo exame citológico Papanicolau e adesão das mulheres a prática do mesmo, com o objetivo primordial de detecção precoce, e consequentemente, melhor prognóstico desta neoplasia.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer do Colo do Útero. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Brasil; Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres de colo de útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2013;(13):11-122.
3. Lopes NC, Aragão FBA, Pereira JFS, Oliveira CC, Boás DP, Silva EC, et al. Exame de colpocitologia oncótica: conhecimento e prática de usuárias de uma unidade básica de saúde em Formosa da Serra Negra – MA. BJSCR, 2017 Sept;10(1):49-53. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905_174105.pdf
4. Brasuol MEC, Schmidt DB. Neoplasia do colo do útero e seus fatores de risco: revisão integrativa. Rev bras crescimento desenvolv hum. 2014 July/Dec;9(3):139-53. Available from: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/viewFile/312/228>
5. Andrade CB, Souza C, Campos NPS, Gonzaga MFN, Pereira RSF, Soares APG. Percepção dos enfermeiros da atenção básica à saúde do município de Jaremoabo frente à resistência das mulheres na realização do exame citopatológico de colo de útero. Saúde Foco. 2017;(9):34-55. Available from: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2017/006_percepcao_dos_enfermeiros_da_atencao_basica_a_saude.pdf
6. Albuquerque VR, Miranda RV, Leite CA, Leite MCA. Exame preventivo do câncer do colo de útero: conhecimento de mulheres. Rev enferm UFPE on line. 2016 Nov;10(5): 4208-18. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11165/12693>
7. Mercante JIS, Rodrigues RG, Alvarenga MF, Kraievski ES. HPV e sua influência no câncer de colo de útero. Rev Conexão Eletrônica, 2017;14(1):182-9. Available from: <http://revistaconexao.aems.edu.br/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=77>

8. Silva JPS, Leite KNS, Souza TA, Sousa KMO, Rodrigues SC, Alves JP, et al. Exame Papanicolau: fatores que influenciam a não realização do exame em mulheres de 40 a 65 anos. *Arq bras ciênc saúde*. 2018 Apr/June; 25(2):15-19. Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/933/757>
9. Rosa ARR, Silva TSL, Carvalho ICS, Sousa ASJ, Rodrigues AB, Penha JC. Cervical cytology examination: inquiry into the knowledge, attitude and practice of pregnant women. *Cogitare enferm*. 2018 Feb;23(2). Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52589/pdf_1
10. Souza AF, Costa LHR. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. *Rev bras cancerol*. 2015 Sept;61(4):343-50. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/05-artigo-conhecimento-de-mulheres-sobre-hpv-e-cancer-do-colo-do-uterio-apos-consulta-de-enfermagem.pdf
11. Aldrighi JM, Aldrighi PS, Petta CA. Contraceção hormonal oral, HPV e risco de câncer cervico-uterino. *Rev Assoc Med Bras*. 2002 Apr/June;48(2):96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000200005
12. Santos TBA, Siqueira MFC, Pereira QL. Perfil das mulheres que realizaram o exame Papanicolau em um município da região do Médio Araguaia mato-grossense. *Rev eletrônica univar*. 2014 July;1(11):131-6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/322527080_Perfil_das_mulheres_que_realizaram_o_exame_Papanicolau_em_um_municipio_da_regiao_do_Medio_Araguaia_mato-grossense
13. Monteiro NO, Alves ISP, Rocha LS. Fatores associados a não realização rotineira do exame Papanicolau pelas mulheres. *Rev Científica Univicosa*. 2017 Jan/Dec;9(1):651-6. Available from: <https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/download/886/998>
<https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/download/886/998>
14. Rocha PB, Santos SA, Guedes SAG. Câncer do colo uterino: fatores de risco, enfrentamento e o papel do enfermeiro na prevenção: uma revisão bibliográfica
15. Gamboni, M, Miziara EF. Manual de Citopatologia Diagnóstica. 1ª edition. São Paulo: Manole, 2013.

Capítulo 21

CONTRATUALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O DESAFIO DA AVALIAÇÃO POR DESEMPENHO

CONTRACTUALIZATION IN PRIMARY HEALTH CARE: THE CHALLENGE OF PERFORMANCE EVALUATION

Érika Fernandes Tritany¹

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça²

RESUMO: Os reflexos da Reforma do Estado no setor saúde impulsionaram novas relações entre o Setor Público e Privado: com a flexibilização das estruturas foi estimulado um processo de contratualização da gestão dos serviços de saúde que, em sua maioria ficou a cargo das Organizações Sociais em Saúde (OSS). Como um imperativo das relações contratuais, as competências do Município passaram a se relacionar com a fiscalização e avaliação do desempenho destas entidades. A materialização dos parâmetros e protocolos exigidos aos serviços de saúde na figura do contrato de gestão cria a expectativa de impulsionar uma cultura gerencial na saúde, estimulando eficiência e autonomia; entretanto, apresenta desafios, o que impele o setor público à fiscalização das medidas contratualizadas. Nesse ínterim, este trabalho objetiva discutir o processo de contratualização com OSS para gestão da Atenção Primária em Saúde enfatizando a avaliação por desempenho como importante desafio para o desenvolvimento dos serviços de saúde.

Palavras Chave: Reforma do Estado. Avaliação de desempenho profissional. Indicadores de gestão. Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde.

ABSTRACT: The reflexes of the State Reform in the health sector spurred new relations between the Public and Private Sector: with the flexibility of the structures, a process of contracting the management of health services was stimulated, which, in its majority, was in charge of Social Organizations in Health (OSS). As an imperative of contractual relations, the competences of the Municipality started to relate to the inspection and evaluation of the performance of these entities. The materialization of the parameters and protocols required of health services in the figure of the management contract creates the expectation of boosting a managerial culture in health, stimulating efficiency and autonomy; however, it presents challenges, which impels the public sector to inspect the contractual measures. This paper aims to discuss the contracting process with OSS for the management of Primary Health Care, emphasizing performance evaluation as an important challenge for the development of health services.

Keywords: Modernization of the Public Sector. Employee Performance. Appraisal. Management Indicators. Primary Health Care. Health Services.

Introdução

Com a Reforma do Estado, iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), a estrutura de gestão dos serviços de saúde foi modificada: ampliaram-se as possibilidades de operacionalização dos serviços públicos através do estabelecimento de contratos de gestão com entidades privadas sob a premissa de aumento da eficiência do Estado. Dentre os modelos de

1 Sanitarista - Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ENSP/Fiocruz) e Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Atualmente mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). E-mail: erika.tritany@gmail.com

2 Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; mestrado em Clínica Médica – UFRJ; Doutor em Medicina pelo programa de Clínica Médica da UFRJ. Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutor em Medicina pelo programa de Clínica Médica da UFRJ. E-mail: pauloexm@gmail.com

contratualização firmados destacam-se, no setor saúde, aqueles destinados à operacionalização e desenvolvimento dos equipamentos e serviços voltados para a Atenção Básica (Atenção Primária em Saúde) - a relação estabelecida entre os municípios e as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Como resultado desta forma de capilarização da gestão do Estado houve uma ampliação da disponibilidade de serviços ofertados, de cobertura assistencial e do acesso da população aos serviços de saúde. No entanto, tal situação de possível melhoria na garantia do bem fundamental da vida humana – a saúde – trouxe consigo a necessidade de acompanhamento e fiscalização, por parte do Estado, das atividades desempenhadas pelas entidades privadas com fins de assegurar os serviços necessários para a proteção do direito a saúde, conferir transparência e publicidade ao processo de contratação e gestão pelas entidades, averiguar a veracidade das premissas de eficiência, efetividade e economicidade da adoção do modelo, acompanhar a conformidade dos atos praticados, diagnosticar irregularidades e aperfeiçoar métodos e instrumentos de avaliação.

Nesse ínterim, o presente trabalho objetiva apresentar uma reflexão sobre o processo de contratualização com Organizações Sociais para gestão da Atenção Primária em Saúde com enfoque na avaliação por desempenho como um importante desafio para o desenvolvimento dos serviços de saúde.

Breve Histórico da Reforma Gerencial do Estado

No contexto nacional, os anos 50 até a década de 70, foram marcados pelo surgimento de um modelo nacional desenvolvimentista, calcado na substituição das importações e empreendedorismo do Estado. Na década de 1980, como propagação da conjuntura política e econômica vivida no cenário internacional, emerge a crise social, econômica e a inflação, evidenciando o esgotamento do modelo desenvolvimentista anteriormente adotado no país (FARIAS, 2002).

A década de 1980 trouxe à tona a segunda grande reforma da gestão pública do capitalismo. A primeira ocorreu, na segunda metade do século XIX, nos países desenvolvidos e, nos anos 30, no Brasil: foi a reforma burocrática como uma superação da Administração Patrimonialista. Naquele momento, o Estado se orientou a estabelecer uma distinção entre “*res pública*” e a “*res principis*” na medida em que a Administração Pública se colocou contra os interesses particulares de mandatários políticos e colaborou para o surgimento do Estado tutelador, executor direto e onipresente baseado em estruturas burocráticas e verticalizadas e comportamento orientado pelo paradigma racional - legal, pela supremacia da técnica e impessoalidade de procedimentos (BRESSER-PEREIRA, 1995).

De acordo com Bresser-Pereira (2002), que atuou como ministro do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) no primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso, a segunda reforma vivida no capitalismo, a reforma da gestão

pública gerencial, começou a ser discutida nos anos 1980 nos países desenvolvidos e, em 1990, no Brasil. A reforma recebeu inúmeras críticas à época, as quais a caracterizaram como conservadora e neoliberal.

Assim, apoiado na teoria Administrativa da Nova Gestão Pública (NGP), foi aprovado, em Setembro de 1995, o Plano Diretor da Reforma do Estado, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), estabelecendo medidas para superar a conjuntura de crise econômica, política e fiscal enfrentada pelo país naquele momento:

(1) ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua "governança", ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (BRASIL, 1995, p. 11) .

É demasiado simplista definir a "Nova Gestão Pública" como um modelo único de Teoria da Administração Pública, haja vista seu desenvolvimento em diversos países os quais implementaram-na com base em distintas práticas e características mais adequadas ao contexto em que foram inseridas. Entretanto, sinteticamente, a NGP refere-se a um conjunto de ideias cujo enfoque principal centra-se nas premissas: qualidade da gestão, avaliação de desempenho; desagregação das burocracias pela aposta em agências que se relacionam em bases contratuais e, se possível, monetárias (*user pay basis*); uso de "quasemercados" e terceirização para estimular a competição; redução de custos e um estilo de gestão que enfatiza metas, contratos periódicos e autonomia gerencial. (RHODES, 1999, *apud* Costa, 2002).

Nesse sentido, segundo Paz (2000), a estratégia de transição do modelo burocrático para o gerencial, no Brasil, foi concebida a partir de três dimensões, com modos de operação complementares:

1. institucional-legal, a qual refere-se à reforma do sistema jurídico e das relações de propriedade; Opera no sentido de permitir mudanças estruturais no funcionamento do aparelho do Estado com vistas a eliminar entraves do sistema jurídico-legal;

2. cultural, na medida em que aborda a transição da cultura burocrática para a cultura gerencial, centrada em resultados a partir de um controle a posteriori;

3. concebe a gestão pública a partir do aperfeiçoamento da administração burocrática e, paralelamente, a introdução da administração gerencial, adicionando àquela aspectos da estrutura organizacional e dos métodos de gestão desta. Esta última dimensão atuará no sentido de possibilitar a concretização das práticas gerenciais a despeito de entraves legais que ainda existam.

Impactos da Reforma do Estado no Setor Saúde

Os movimentos de reforma influenciados pelos fundamentos da NGP delinearão a configuração de diversos modelos adaptados ao contexto social, econômico e político de cada

país, demonstrando uma tendência mundial de adoção da cultura gerencial (COSTA & SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

No que tange os impactos da reforma do Estado no setor saúde, foram implementadas diversas iniciativas cujo objetivo foi a flexibilização do padrão de destinação de recursos estatais na relação público privada e modificação do papel do Estado no fornecimento dos serviços públicos. Para tanto, foi estimulado um amplo processo de criação das agências regulatórias. O Estado toma forma organizacional através dos entes autárquicos – representados pelas agências executivas -, dos entes públicos não estatais – as organizações sociais (OSS) – e dos agentes privados – empresas prestadoras de serviços (COSTA; MELO, 1998).

Assim, setores que fundamentalmente necessitassem de financiamento estatal mas não exigissem o exercício direto do Estado – definidos como a saúde, a cultura, a educação e a pesquisa científica – eram passíveis de ser passados para a gestão do setor público não estatal em um processo conhecido como “publicização” (BRASIL, 1995).

Tabela 1: Objetivos da Reforma Gerencial para os Setores do Estado segundo Forma de Propriedade e Forma de Organização

	Estatal	Pública Não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público	●				●
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Regulamentação Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica	●				●
SERVIÇOS NÃO- EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus		●			●
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais			●		●

Fonte: (MARE. Plano Diretor da Reforma do Estado, 1995, p. 48)

Em 1993, o Ministério da Saúde já havia implementado a NOB 93 a qual enfatizou a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde e conferiu maior autonomia para estados e municípios decidirem o modelo de gestão mais eficiente. Este é um dos motivos da existência de ampla diversidade de modelos de gestão nas diferentes esferas de governo (BRASIL, 1993).

Para Salgado (2008), a existência de várias alternativas gerenciais envolveram a criação das fundações de apoio, organizações sociais, adoção de sistemas de cooperativas de profissionais de saúde e terceirização da gestão de hospitais. Todas essas alternativas - cada qual

com seu modelo de gestão específico adotada pelo ente federativo responsável pela contratualização – têm em comum o fato de serem reguladas pelo Estado e, para tanto, foi necessário um fortalecimento dos mecanismos de regulação já existentes e a criação de aparatos regulatórios que funcionassem de forma satisfatória.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS)

Segundo o Manual de Implementação de Organizações Sociais elaborado pelo MARE, as Organizações Sociais são definidas como:

Um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público (BRASIL, 2002).

No governo federal, foram regulamentadas em 1998, com adoção do modelo principalmente na atenção hospitalar (COSTA & SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014). Mas estados e municípios possuem autonomia para adoção do modelo de gestão, bem como na formulação do aparato legislativo e regulatório. O Município do Rio de Janeiro, por sua vez, é um exemplo de grande expansão da contratualização com OSS como forma adotada para ampliação da oferta de serviços de saúde. Com a Lei Ordinária nº 5.026 de 19 de maio de 2009, o município do Rio de Janeiro regulamenta a contratação de OSS, “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à saúde e ao esporte” (RIO DE JANEIRO, 2009). Ficou estabelecido sua atuação, no setor saúde, nas unidades de saúde criadas a partir da entrada em vigor da Lei, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e nos equipamentos do Programa Saúde da Família, que foi onde tiveram maior inserção e representaram grande expansão do programa no município (RIO DE JANEIRO, 2009).

O modelo dos Contratos de Gestão

A adoção do uso dos contratos de gestão é vista como uma das principais estratégias da NGP. Seu uso está pautado no favorecimento de flexibilização da gestão em busca de maior autonomia às entidades prestadoras de serviço e, com isso, maior eficiência e efetividade das ações e serviços oferecidos. A pactuação dos resultados, metas, objetivos e indicadores e a prestação de contas por parte dos entes contratados configuram-se como mecanismos de controle do Estado (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Percebe-se, portanto, que este modelo implica numa separação institucional das funções do Estado de financiamento e prestação de serviços (COSTA & SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014). Ao Estado cabe o fortalecimento dos mecanismos de controle. Diferentemente da administração burocrática, que se detinha à avaliação dos processos, na NGP o controle se centra nos resultados.

Nesse sentido, Costa e Silva, Escoval e Hortale (2014) ressaltam a importância da pactuação conjunta, entre os entes contratantes, dos objetivos, indicadores, metas e mecanismos de avaliação e monitoramento como base para o desenvolvimento da cultura gerencial nas instituições e criação de parcerias.

Esses autores, ao analisar as experiências portuguesa e brasileira com a contratualizações com entidades privadas na Atenção Básica, pontuaram semelhanças e diferenças relacionadas às particularidades de cada conjuntura política e social e especificidades atreladas ao conjunto das práticas que necessitariam de aperfeiçoamento.

O primeiro problema identificado refere-se ao fato de que a contratualização, no setor saúde, prescinde da criação de políticas de desestatização dos serviços. Dessa forma, ao citarem Skellarides (2010, *apud* COSTA & SILVA, ESCOVAL; HOTALE, 2014), alertam para a irreversibilidade das implicações deste processo, o qual implica ao financiador (Estado) a importância de se adquirir experiência e agir com “bom senso” ao estabelecer tais compromissos, afim de que o processo de contratação público-privado se converta em uma oportunidade de aprendizado que permita o desenvolvimento institucional.

O segundo problema apontado relaciona-se com a própria complexidade do processo de contratualização que torna-se ainda mais exigente na medida em que estão a ele incorporados conceitos pouco tangíveis e de difícil mensuração como “necessidades”, “capacidade instalada”, “fixação de objetivos”, “resultados”. Aliado a isto, reside o fato de que a produção dos serviços e dos cuidados em saúde, em suas diferentes dimensões, não define linearmente o resultado, ou seja, os ganhos em saúde (COSTA & SILVA, ESCOVAL; HOTALE, 2014).

Avaliação por Desempenho: desafios para o cuidado em saúde

De acordo com Ditterich, Moysés e Moysés (2012) para que uma avaliação de desempenho a partir de um programa incentivos seja eficaz para os trabalhadores em saúde, devem ser consideradas as premissas: apresentar objetivos claros; o plano deve se basear em medidas realistas que tenham a possibilidade de ser aplicados; refletir necessidades e preferências dos profissionais de saúde; ter um bom desenho estratégico; adequação ao contexto local; obedecer aos princípios de justiça, equidade e transparência; ser possível seu acompanhamento e aferição e incorporar incentivos financeiros e não financeiros.

Os incentivos financeiros são bonificações que tem por objetivo motivar os trabalhadores para alcance de metas ou para reforçar comportamentos; porém, não podem ser utilizadas para equiparação salarial entre categorias profissionais diferentes, ou como compensações de defasagens nos rendimentos oferecidos aos trabalhadores (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Além disso, programas de incentivos financeiros baseiam-se em uma cadeia de apostas em que, caso seja cumprida determinada conduta é possível que seja alcançado determinado resultado que pode desencadear um novo processo ou produto em saúde. Mas é preciso ressaltar

que a concessão de benefícios para os trabalhadores não pode ser tratada como uma lógica de mercado, principalmente por se tratar de um bem essencial à vida humana. Esses sistemas devem apontar para a satisfação dos usuários, atendimento às suas necessidades em saúde e efetividade das ações e serviços ofertados (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Outra questão levantada é o simples fato de se bonificar determinadas atitudes e atividades não é garantia de uma automática melhora na oferta e qualidade dos serviços oferecidos e nem de que irá provocar mudanças duradouras nas práticas do cuidado em saúde (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Nesse sentido, é aconselhada a adoção de uma estratégia de acompanhamento avaliativo com base na aferição do atingimento de metas não apenas num processo fiscalizatório que oscila entre o binômio atingiu x não atingiu; mas que impulse a realização de avaliações capazes de possibilitar a compreensão dos motivos pelos quais as metas foram ou não alcançadas e a criação de mecanismos de aperfeiçoamento dos processos das unidades de saúde e do próprio processo avaliativo (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Para além dos benefícios profissionais, acerca da avaliação por resultados, é desejável que seja implementado, conjuntamente com a análise dos relatórios de desempenho enviados pelas unidades de saúde, um sistema periódico de auditorias dos processos de trabalho e procedimentos a ser realizado na própria unidade de saúde por um auditor qualificado a serviço do Município.

A pertinência das auditorias reside na necessidade de fortalecimento dos mecanismos de controle e avaliação por parte da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura, e a possibilidade de conferir a confiabilidade das informações prestadas nos relatórios de gestão. Sobre isso, Costa e Silva, Escoval e Hortale (2014), ressaltam a importância da transparência e da coerência da condução, por parte dos gestores, com fins não apenas na credibilidade do processo, mas também para a motivação dos profissionais envolvidos.

Cabe ao Ministério Público e demais órgãos fiscalizadores garantir que tais medidas sejam de fato implementadas e pressionar por resultados provenientes da Administração Pública.

Por fim, cabem alguns comentários acerca do estudo realizado por Melo e Sousa (2011) sobre a contratualização de indicadores de desempenho com as unidades de saúde da família, em Portugal, mas que cabem à nossa discussão e contexto.

Segundos os autores, seria ideal que a avaliação de desempenho tomasse por base a utilização de indicadores que representassem ganhos em saúde e que respeitassem os princípios e a prática da medicina de família.

É levantada a preocupação acerca de uma mudança no caráter da atenção como consequência das avaliações de desempenho: em vez de estimular o desenvolvimento de uma Medicina Centrada na Pessoa, é possível que se tenha por consequência o crescimento de uma prática de Medicina Baseada em Indicadores, ou seja, em vez de serem atendidas as reais necessidades em saúde apresentadas serão focalizadas ações de acordo com o que está previsto no contrato de gestão, o que pode acarretar em excessos, medicalização, consumismo, iatrogenia

e um perigo de afunilamento da atividade médica, com vistas a privilegiar as tarefas contratualizadas em detrimento de outras, configurando cenários de necessidades de saúde e demandas não atendidas ou mesmo invisíveis.

Os autores também comentam o fato de que os indicadores elencados para compor a avaliação de desempenho contratualizada devem ser escolhidos com base nas melhores evidências de acordo com o paradigma da Medicina Baseada em Evidências, com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde. E apontam para a fragilidade dos indicadores baseados em consensos como, por exemplo, os indicadores que medem a periodicidade das consultas, periodicidade do pedido de alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica haja vista não apresentarem evidências que garantam sua utilidade (MELO; SOUSA, 2011). Sobre isso, é importante também ressaltar que, algumas vezes, a periodicidade da realização de consultas e visitas a alguns pacientes deverá, na prática cotidiana, ser realizado num quantitativo muito maior do que o previsto nos protocolos assistenciais com vistas ao fortalecimento do vínculo, garantia de adesão a tratamentos e acompanhamento efetivo.

Outro aspecto importante a ser ressaltado diz respeito ao valor das metas estipuladas. É preciso que sejam feitas com cautela uma vez que a criação de metas muito altas, utópicas, pode acarretar na focalização dos serviços de modo a atingi-las em detrimento de outras. Portanto, é interessante que se questione o método adotado para definição das metas; se houve pactuação entre diferentes setores; se os profissionais de saúde das unidades e população foram envolvidos, estabelecendo processos participativos de decisão, em consonância com a Lei 8.142/90; se houve estudo acerca das consequências da possibilidade de afunilamento e focalização dos serviços; e se as metas estipuladas levam em consideração a prática clínica, os problemas do cotidiano e a falibilidade das pessoas envolvidas no cuidado (MELO; SOUSA, 2011).

Considerações Finais

É preciso considerar que a contratualização é um processo tão dinâmico e passível e transformações quanto o cuidado em saúde. Dessa forma, não existem modelos prontos ou acabados. Faz-se necessária a implantação medidas que favoreçam seu constante aprimoramento de acordo com as necessidades evidenciadas em cada território e com a experiência obtida de sua utilização, da qualificação, profissionalização da gestão e com a experimentação de novas abordagens (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

A criação de mecanismos robustos que garantam a análise do desempenho e da eficiência das unidades de saúde geridas por Organizações Sociais faz parte do compromisso do Estado com a garantia de saúde de qualidade para sua população bem como da elevação dos níveis de saúde e melhoria das condições de vida.

Além disso, a existência de métodos para a realização do acompanhamento avaliativo, aferindo o cumprimento das metas não apenas no sentido fiscalizatório mas na busca pelo aperfeiçoamento das ações e atividades das unidades de saúde, com vistas na efetividade das

práticas e de melhores resultados, é fundamental. Outrossim, o estabelecimento de avaliações e a criação de medidas avaliativas baseados em processos participativos, envolvendo gestores, trabalhadores da saúde e usuários é imprescindível para a criação de mecanismos de avaliação robustos, factíveis e que direcionem a prática às reais necessidades da população, evitando o afunilamento de serviços e priorização de interesses externos às comunidades atendidas.

É imperativo, portanto, que se fortaleça a crítica frente às racionalidades produtivistas e se trabalhe ao encontro uma matriz de valores orientada pelos princípios de compromisso, responsabilização, transparência e efetividade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Seminário Balanço da Reforma do Estado no Brasil: a Nova Gestão Pública**. Brasília, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002.

BRASIL. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 mai. 1993. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Uma Resposta Estratégica aos Desafios do Capitalismo Global e da Democracia. In BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Seminário Balanço da Reforma do Estado no Brasil: a Nova Gestão Pública**. Brasília, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002.

COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. A dinâmica institucional da reforma do Estado: um balanço do período FHC. In: ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita (Orgs.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC**. (Parte 2). Brasília: Ministério do Planejamento/Pnud/ OCDE, 2002. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/OEstadonumaeradereformasOsanosFHCparte2.pdf>

COSTA, Nilson do Rosário; MELO, Marcos André C. de. Reforma do Estado e as Mudanças Organizacionais no Setor Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 52-67, Jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231998000100052&lng=en&nrm=iso>.

COSTA E SILVA, Vanessa; ESCOVAL, Ana; HORTALE, Virginia Alonso. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000803593&lng=en&nrm=iso>.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSES, Simone Tetu; MOYSES, Samuel Jorge. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-625, Abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400002&lng=en&nrm=iso>.

FARIAS, Pedro César Lima. Regulação e Modelo de Gestão. In BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Seminário Balanço da Reforma do**

Estado no Brasil: a Nova Gestão Pública. Brasília, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002. (Coleção Gestão Pública).

MELO, Miguel; SOUSA, Jaime Correia de. Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. **Rev Port Clin Geral**, Lisboa, v. 27, n. 1, p. 28-34, jan. 2011. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087071032011000100005&lng=pt&nr=iso>.

PAZ, Lourenço Senne. Apontamentos sobre plano diretor de reforma do Estado, organizações sociais e contratos de gestão. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 36, n.3, p.36-39, julho/setembro 2001. Disponível em: <<http://rausp.usp.br/wp-content/uploads/files/v36n3p36a39.pdf>>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Lei 5026 de 19 de maio de 2009. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, 19 maio de 2009. Disponível em: <<http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/bff0b82192929c2303256bc30052cb1c/0d30d23b34229c25032576ac00727b13?OpenDocument>>.

SALGADO, Valeria. Fundação estatal: fundamentos legais e institucionais. Brasília, DF:Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2008

Capítulo 22

COORDENAÇÃO DO CUIDADO: ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS

CARE COORDINATION: THEORETICAL AND PRACTICAL ASPECTS

Érika Fernandes Tritany¹

RESUMO: Mudanças no cenário demográfico e epidemiológico apresentam novos desafios aos sistemas de saúde mundiais. O envelhecimento populacional e aumento das condições crônicas no perfil de morbimortalidade da população intensificam a preocupação dos governos no sentido de promover um cuidado em integral e continuado. As condições crônicas apresentam particularidades que incidem em maior complexidade no cuidado em saúde e, por isso, devem ser fortalecidas estratégias que promovam maior coesão e integração às ações de saúde, bem como a centralidade da Atenção Primária nesse processo. Assim, este trabalho objetiva apresentar aspectos teóricos e práticos relacionados ao cuidado em saúde, e justificar a importância de fortalecer sistemas de saúde integrados e universais em que a coordenação do cuidado apresente-se como um importante dispositivo para ampliação do acesso e da qualidade do cuidado. A coordenação do cuidado é um passo fundamental para a integração dos sistemas de saúde e, portanto, deve ser privilegiada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde. Coordenação do Cuidado.

ABSTRACT: Changes in the demographic and epidemiological scenario present new challenges to global health systems. Population aging and an increase in chronic conditions in the population's morbidity and mortality profile intensify the concern of governments to promote comprehensive and continuous care. Chronic conditions have particularities that affect greater complexity in health care and, therefore, strategies that promote greater cohesion and integration with health actions must be strengthened, as well as the centrality of Primary Care in this process. Thus, this work aims to present theoretical and practical aspects related to health care, and to justify the importance of strengthening integrated and universal health systems in which the coordination of care is an important device for expanding access and quality of care. . Coordination of care is a fundamental step towards the integration of health systems and, therefore, should be privileged.

Key Words: Primary Health Care. Health Services. Care Coordination.

A Complexidade do Cuidado em Saúde: o desafio do cuidado às condições crônicas

O cenário epidemiológico brasileiro observado nas últimas décadas aponta para a necessidade de se repensar modelos de atenção à saúde e apostas organizativas dos serviços de saúde (WHO, 2003). Crescente envelhecimento populacional e predomínio da incidência e prevalência de doenças crônicas evidenciam-se paralelamente aos, ainda frequentes, altos níveis de doenças infectocontagiosas e forte contribuição das causas externas (MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016). O perfil de morbimortalidade brasileiro é, portanto, caracterizado por tripla carga de doenças, o que revela níveis de desenvolvimento econômico e social do país sem, no entanto, abandonar uma perspectiva histórica e política de vulnerabilidade social e iniquidades em saúde.

Nesse ínterim, as condições crônicas ganham especial ênfase. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “Condições Crônicas” como aquelas que requerem cuidados continuados por

¹ Sanitarista - Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ENSP/Fiocruz) e Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Atualmente mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). E-mail: erika.tritany@gmail.com

longo período de tempo; abrangendo, assim, todas as doenças crônicas, condições relacionadas a ciclos de vida, deficiências físicas permanentes, distúrbios mentais de longo prazo e algumas doenças transmissíveis de curso longo que, a partir de avanços históricos do gerenciamento biomédico e comportamental, apresentam, atualmente, maiores condições de prevenção e controle, como a HIV-AIDS (WHO, 2003).

As condições crônicas apresentam particularidades que impactam na complexidade do cuidado em saúde. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas; elevada carga de doença, agravada pelo envelhecimento populacional, e prevalência de múltiplas comorbidades nos indivíduos (OPS; OMS, 2009). Estas condições apresentam progressão longa ou indefinida, ocorrendo períodos de agudização, e podem gerar incapacidades. (BRASIL, 2013). Tais questões impactam em um maior perfil de utilização dos serviços (MALTA et al., 2017), aumento dos custos em saúde (ABEGUNDE et al., 2007) e necessidade de adoção de uma abordagem complexa do cuidado pautada numa concepção de saúde ampliada (BRASIL, 2013b; OUVÉNEY; NORONHA, 2013; WHO, 2003).

A complexidade da abordagem de cuidado às condições crônicas evidencia-se pela necessidade da prestação de cuidados permanentes e continuados que requerem a utilização de intervenções baseadas no uso de tecnologias leves, leve-duras e duras (MERHY, 2006) desenvolvidas em diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde e associadas a mudanças de estilo de vida e promoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2013b; GRABOIS, 2009; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010; WHO, 2003). Desse modo, a vigência de Modelos de Atenção e práticas de saúde que reproduzem o modelo médico hegemônico, focalizados mais na enfermidade e na predominância de eventos agudos e episódicos do que na saúde, que não visam atender às necessidades em saúde da população e ao princípio da integralidade do cuidado, compromete o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (PAIM, 2018; WHO, 2003) e fortalece a importância de mudança no paradigma do cuidado em saúde.

A integralidade, nesse sentido, aparece não apenas como uma diretriz constitucional do SUS, mas como bandeira de luta, parte de uma imagem objetivo voltada ao sistema de saúde, que carrega diversas dimensões e sentidos e se relaciona com ideais de justiça e solidariedade social (MATTOS, 2001). Orientar a organização dos serviços, o trabalho em saúde, e a formulação e implementação de políticas pelo princípio da integralidade significa romper com uma lógica meramente produtivista, de reducionismos e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001). Assim, a integralidade seria a expressão das necessidades em saúde apreendidas através das relações subjetivas entre sujeitos implicados e vinculados por noções de confiança, apoio, acordos e fortalecimento da autonomia dos cidadãos.

Os esforços para compreender, analisar, e compor estratégias de enfrentamento para questões relativas às necessidades em saúde apontam para os perigos do reducionismo na compreensão do que são as “necessidades em saúde”. É importante considerar que elas não se referem apenas ao atendimento oportuno dos sofrimentos dos sujeitos ou à capacidade técnica e

política da gestão em evitar o sofrimento futuro; tampouco são abrangidas por uma única disciplina, dimensão ou metodologia de apreensão e análise da realidade (MATTOS, 2001).

Além disso, Mattos (2001) reforça que a apreensão das necessidades de saúde por profissionais ou serviços não deve suplantiar a realidade. A estruturação do trabalho em saúde baseado apenas nesta apreensão pode significar um rompimento com a integralidade na medida em que o cuidado deixa de responder a necessidades que podem não ter sido consideradas no momento de estruturação do serviço. Assim, a integralidade deve ser vista como um modo de organizar o trabalho em saúde sempre aberto à inclusão do atendimento a necessidades não previstas anteriormente caracterizando um processo contínuo de planejamento e organização das práticas de saúde.

Almeida Filho e Paim (2014) ressaltam uma multiplicidade de definições existentes para “Saúde”, sobretudo por esforços emergentes principalmente a partir dos anos 1980 para fundamentar uma concepção e uma prática vinculadas à ideia de saúde. Frente à multiplicidade de conceitos criados, exaltam que a saúde é uma realidade múltipla e complexa, referida através de conceitos, passível de apreensão empírica e análise e observável através de seus efeitos sobre o modo de vida das pessoas.

As várias dimensões do conceito de saúde, por sua vez, perpassam sua questão como um problema filosófico/epistemológico – pelo reconhecimento de saberes pertinentes a questões de vida, funcionalidade, sofrimento, morte, etc; como função orgânica, estado vital individual ou fenômeno natural; como uma medida pela avaliação do estado de saúde das populações, indicadores e análises epidemiológicas; pela mensuração de seu valor, tanto do ponto de vista econômico quanto direito social; e pertinente à *práxis*, como conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014). Assim, o que se compreende por Cuidado em Saúde deve acompanhar e abranger essa multidimensionalidade, o que ainda se configura como um grande desafio.

Entretanto, no contexto da produção teórica e da *práxis* em saúde, mudanças no paradigma do cuidado em saúde e seus desdobramentos nos serviços vêm se mostrando cada vez mais prováveis. Estratégias como a Humanização da atenção (BRASIL, 2013a), o cuidado centrado na pessoa (WHO, 2003) e, mais recentemente, a atualização da definição de Cuidados Paliativos pelo Grupo de Cuidados Paliativos da OMS, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance e “la Caixa” Banking Foundation – o conceito passa a incluir em seu escopo de objetivos e ações não apenas pacientes com condições ameaçadoras da vida e prognóstico limitado, mas também todas as condições crônicas progressivas, apresentando uma abordagem de cuidado multiprofissional que considere as dimensões física, psicológica, social e espiritual da dor (GÓMEZ-BATISTE et al., 2017) – apontam para a insustentabilidade de uma concepção de cuidado em saúde e da organização de serviços centrados na doença, pautados na atenção às emergências e agudizações, em detrimento de seus determinantes e da antecipação dos riscos pela vigilância em saúde e ações de prevenção e promoção da saúde; e reiteram a pauta política

de superação da fragmentação dos sistemas de saúde a partir do fortalecimento das Redes Integradas de Atenção à Saúde (RISS).

As Redes de Atenção à Saúde e Coordenação do Cuidado: dispositivos para ampliação do acesso e melhoria da qualidade

As RISS consistem em uma rede de organizações que planeja arranjos institucionais e/ou presta serviços de saúde de forma contínua e coordenada a uma população definida; responsabilizando-se pela prestação de contas relacionadas a resultados econômicos e do estado de saúde de sua população (Shortell, SM; *et al*, 1993 *apud* OPS, 2008).

A adoção das RISS baseia-se na evidência de proporcionarem melhor desempenho aos sistemas de saúde a partir de melhora na acessibilidade aos serviços; redução da prestação de cuidado inapropriado e da fragmentação da assistência; melhora no arranjo organizacional do sistema e dos projetos terapêuticos, evitando desperdícios e investimento em infraestrutura desnecessária; maior eficiência no uso dos recursos por incremento na relação de custo efetividade dos serviços; melhor resposta às necessidades de saúde da população, repercutindo em maior qualidade do cuidado; e estímulo à coordenação e integração dos sistemas de saúde (OPS, 2008).

O objetivo da OPAS sobre as RISS é contribuir para o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na Atenção Primária em Saúde (APS), na medida em que fortalecem elementos essenciais da APS como porta de entrada prioritária; integralidade do cuidado; orientação familiar e comunitária, e seu protagonismo na coordenação do cuidado (OPS; OMS, 2009).

No Brasil, desde o ano de 2011 são empregados esforços para implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir de redes temáticas pautadas, sobretudo, no fortalecimento da Atenção Primária e orientação dos usuários no uso dos serviços. Como principais características das RAS, pode ser observada a busca pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Primária como ponto central de comunicação; centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilidade pelo provimento de atenção à saúde contínua e integral; trabalho em equipe multiprofissional; compartilhamento de objetivos entre os diferentes níveis de atenção à saúde e compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014).

Entretanto, apesar dos esforços voltados ao estabelecimento de Redes e a promoção da integração, a fragmentação é um dos grandes desafios dos sistemas de saúde (OPS, 2008; PAIM, 2018). Diversos são os seus efeitos sobre o desempenho dos serviços de saúde; manifestando-se principalmente em descoordenação, falta de comunicação entre serviços e níveis de atenção, ineficiência no uso dos recursos, aumento dos custos de produção, baixa capacidade resolutiva do primeiro nível de atenção e cuidados realizados em níveis de atenção inadequados, entre outros desdobramentos que incidem diretamente sobre a qualidade das ações, continuidade do cuidado e resultados de saúde (OPS, 2008; OPS; OMS, 2009).

Em 2010, a OPAS divulgou uma atualização dos atributos básicos das RISS, descrevendo minuciosamente aqueles já consensuados em 2008 (OPS, 2008). Dentre os 14 atributos assinalados, enfatizamos o atributo nº 5, “existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde” (OPS, 2008, 2010) por sua importante contribuição na integração dos sistemas de saúde.

Ouverney e Noronha (2013) apresentam um conjunto de princípios organizativos que orientam a escolha de tecnologias e mecanismos para compor estratégias de coordenação e, assim, favorecem a integração do sistema: longitudinalidade, de modo a compor uma ação coerente e efetiva; abordagem complexa e multidisciplinar; corresponsabilização, levando a um maior envolvimento dos sujeitos e ao trabalho em equipe; territorialização, com vistas à compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença; intersetorialidade, baseada em uma concepção ampliada de saúde e promoção da cidadania; eficiência no uso dos recursos com vistas à efetividade das ações atrelada à sustentabilidade financeira; e orientação das ações à noção de contínuo aumento da qualidade, conferida através de robustos instrumentos de avaliação de desempenho, zelo a parâmetros de qualidade e alinhamento do trabalho a projetos terapêuticos ajustados às necessidades dos cidadãos. Tais princípios e suas derivadas ações favorecem a integração e a continuidade do cuidado.

Nesse sentido, a integração pode ser compreendida como um *continuum* na prestação da atenção à saúde. A coordenação e a integração assistencial, em sua inter-relação, correspondem, assim, a etapas desse *continuum*, onde esta representa o nível mais avançado de coordenação (OPS, 2008).

A continuidade do cuidado, por sua vez, é a forma como se dá a experiência individual dos pacientes acerca da integração dos serviços e a coordenação assistencial. Não é, portanto, um atributo relacionado a provedores ou organizações; sua dimensão individual é o que a distingue dos conceitos de integração e coordenação, embora seja uma consequência destes (HAGGERTY et al., 2003).

A continuidade do cuidado é conseguida através da união de elementos no caminho assistencial. Para que a continuidade exista, o cuidado deve ser experimentado como conectado e coerente (HAGGERTY et al., 2003). Para isso, são projetados processos, arranjos organizacionais, mecanismos e instrumentos para melhorar a continuidade.

Coordenação do Cuidado: o protagonismo da Atenção Primária à Saúde

No enfrentamento dessas questões, a Atenção Primária é preconizada como estratégia principal de inovação aos sistemas de saúde. É mais coerente que maior ênfase se dê à APS, com serviços e ações mais próximos aos territórios onde a vida acontece, e cujas ações possuem alto potencial de capilaridade e impacto social. E, nesse sentido, é coroada com o *status* de coordenadora do cuidado. Seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e os derivados (orientação familiar, comunitária e

competência cultural) possibilitam a oferta de um leque de serviços, estratégias e ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (STARFIELD, 1992).

Os cuidados primários em saúde são caracterizados por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, e a manutenção da saúde com vista no desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

Em documento de recomendação, a OMS propõe a adoção de modelos que desenvolvam uma produção de cuidado não baseada na etiologia de um problema de saúde em particular, mas sim nas exigências que ele impõe ao sistema, ou seja, a produção de um cuidado planejado que consiga prever as necessidades do usuário (WHO, 2003). Nesse sentido, não apenas o cuidado deve desenvolver-se a partir de ações coerentes e conectadas; mas também deve estar integrado a ações de diferentes áreas da Saúde Coletiva. Os estudos epidemiológicos, vigilância em saúde, gestão, planejamento em saúde e avaliação apresentam-se interdependentes e colaborativas e ganham especial ênfase, por permitirem maior compreensão da situação de saúde vivenciada.

Já durante os anos 90, no enfrentamento destas novas demandas advindas da transição epidemiológica, principalmente em países que haviam concluído estes processos, como Inglaterra e países da União Européia, tem-se a intensificação das discussões sobre custos e resolutividade dos sistemas de saúde, tendo como primeiras experiências ações de fortalecimento da atenção primária por meio de estratégias inovadoras, como a criação de serviços de Cuidados Intermediários e estímulo a reformas nos sistemas de saúde que favorecessem a coordenação do cuidado (GIOVANELLA, 2006; WHO, 2003, 2008; YOUNG, 2009). Na América Latina, por sua vez, ainda são incipientes ações e reformas que promovam melhor coordenação dos cuidados (GIOVANELLA, 2006), o que também se reflete em um número reduzido de estudos que tratam desse tema.

Coordenar o cuidado é favorecer a articulação das ações de saúde de forma sincronizada e voltadas a um objetivo comum, independentemente do local em que se realizem. Pode ser compreendida nas dimensões vertical, entre a APS e demais níveis assistenciais, e horizontal, entre os próprios profissionais e serviços da APS. É a partir da coordenação do cuidado que se favorece a continuidade da atenção, sentida pelos usuários (GIOVANELLA, 2006; RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

No Brasil, o predomínio da APS em territórios de alta vulnerabilidade e desigualdade é resultado, em parte, da construção histórica da APS - seletiva e focalizada para controle de doenças específicas em populações pobres -, e em parte devido à priorização intencional das políticas públicas em territórios mais vulneráveis, na busca pela equidade. Nessas populações a coordenação do cuidado auxilia no enfrentamento das iniquidades de saúde e sua importância é ainda maior, dadas as fragilidades inerentes a esses grupos (ALMEIDA et al., 2010; RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020). A demanda por atenção especializada tende a aumentar, e a continuidade da atenção integrada às esferas secundária e terciária se torna indispensável.

Na medida em que a APS torna-se responsável pela coordenação do cuidado, fortalece-se o vínculo entre serviços/profissionais e usuários. Países, cujos sistemas de saúde se organizam com base na APS, apresentam melhores níveis de saúde e maior equidade. Assim, uma adequada coordenação do cuidado traduz-se tanto em benefícios a nível individual, para os usuários – e também profissionais, por sentirem maior resolutividade em seu trabalho – e ganho para o sistema de saúde, favorecendo melhor eficiência e efetividade das ações, auxiliando na redução das desigualdade e iniquidades em saúde.

Considerações Finais

É indispensável considerarmos que uma Atenção Primária de qualidade e integrada aos demais pontos do sistema de saúde pode promover não apenas melhoria das condições de saúde da população, como também transformação social, ampliação da cidadania e da dignidade dos sujeitos sociais. Fortalecer a APS, nesse sentido, é parte de uma bandeira de luta pela consolidação do direito à saúde, a um SUS para todos, equânime e de qualidade.

Os desafios exacerbam-se, sobretudo em momento tão turbulento da história do país, marcado por contrastes sociais, desigualdades e, a cada dia mais evidentes, ameaças à integridade e sustentação do SUS e da força, criatividade e capacidade de luta de todos os profissionais comprometidos e engajados no trabalho vivo em ato de transformação cotidiana de sonhos em realidade.

Assim, as discussões aqui apresentadas são fundamentais para embasarmos nosso agir em saúde e, cada vez mais, avançarmos no reconhecimento da importância do fortalecimento de sistemas de saúde universais baseados em redes integradas de atenção à saúde, para os quais a coordenação do cuidado é uma peça necessária e indispensável.

REFERENCIAS

- ABEGUNDE, D. O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 370, n. 9603, p. 1929–1938, 2007.
- ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286–298, fev. 2010.
- ALMEIDA FILHO, N. DE; PAIM, J. S. Conceitos de Saúde: Atualização do Debate Teórico-Metodológico. In: **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 13–27.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização - PNH** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde., , 2013a.
- BRASIL. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. In: Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. v. 1p. 160.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017
- BRASIL, M. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica., 2013b.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 951–963, maio 2006.

GÓMEZ-BATISTE, X. et al. Principles, Definitions and Concepts. In: **GÓMEZ-BATISTE; CONNOR (Org). Building Integrated Palliative Care Programs and Services**. 1. ed. Catalonia: Liberdúplex, 2017. p. 45–60.

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. In: **OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (Org.). Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. p. 159–200.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 7425, p. 1219–1221, 22 nov. 2003.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 2010.

MALTA, D. C. et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 1, 2017.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. DE A.; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 713–724, out. 2016.

MATTOS, R. A. DE. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: **PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39–64.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MERHY, E. E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2º ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

OPS. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2008.

OPS. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS), 2010.

OPS; OMS. **Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud. 49º. Consejo Directivo. 61º. Sesión del Comité Regional. Punto 4.12 del orden del día provisional**. Organización Panamericana de la Salud, , 13 ago. 2009.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. DE. Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030. prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro: Organização e Gestão do Sistema de Saúde Volume 3 Volume 3**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3p. 143–182.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. DE L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, maio 2020.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

WHO (ED.). **Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report**. Geneva: World Health Organization, 2003.

WHO, W. H. O. **Primary Health Care: now more than ever**. Geneva: WHO Report, 2008.

YOUNG, J. The development of intermediate care services in England. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 49, p. S21–S25, dez. 2009.

Capítulo 23

COORDENAÇÃO DO CUIDADO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CARE COORDINATION: CHALLENGES AND PERSPECTIVES FOR PRIMARY HEALTH CARE

Érika Fernandes Tritany¹

RESUMO: A coordenação do cuidado atua como um ponto estratégico das intervenções de saúde. Trata-se da articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de modo que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam conectados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Assim, a coordenação da atenção possibilita maior integração do sistema de saúde, rompendo com a lógica de fragmentação e serviços de saúde desconectados; e promove a continuidade da atenção percebida pelos usuários dos serviços de saúde e diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Este trabalho apresenta e discute aspectos relacionados à percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde frente à coordenação, dos usuários de serviços primários, bem como desafios à efetividade e melhoria da coordenação do cuidado e do fortalecimento da posição central da APS nesse sentido e perspectivas para os serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde. Coordenação do Cuidado.

ABSTRACT: Care coordination acts as a strategic point for health interventions. It is the articulation between the various health services and actions related to the given intervention so that, regardless of the place where they are provided, they are connected and aimed at achieving a common goal. Thus, coordination of care enables greater integration of the health system, breaking with the logic of fragmentation and disconnected health services; and promotes the continuity of the attention perceived by the users of health services and different points of the Health Care Network (RAS). This paper presents and discusses aspects related to the perception of Primary Health Care professionals regarding coordination, users of primary services, as well as challenges to the effectiveness and improvement of care coordination and the strengthening of the PHC central position in this sense and perspectives for health services.

Key Words: Primary Health Care. Health Services. Care Coordination.

Introdução

A coordenação do cuidado apresenta-se como um ponto estratégico das intervenções de saúde. Pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de modo que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam conectados e voltados ao alcance de um objetivo comum (ALMEIDA et al., 2010; BANDEIRA et al., 2020).

Assim, a coordenação possibilita maior integração do sistema de saúde, rompendo com a lógica de fragmentação e serviços de saúde desconectados; promove a continuidade da atenção nos serviços de saúde e nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sem a coordenação a longitudinalidade perde seu potencial, a integralidade é comprometida e o atributo

¹ Sanitarista - Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ENSP/Fiocruz) e Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Atualmente mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). E-mail: erika.tritany@gmail.com

de primeiro contato teria conotação essencialmente administrativa (ALMEIDA et al., 2010; OPS, 2010).

Nesse sentido, frente à proximidade aos territórios e acessibilidade pelos usuários, a Atenção Primária à Saúde é o nível mais adequado para ordenação e coordenação do cuidado, para retorno do usuário após atendimento especializado e seu acompanhamento nos diversos pontos de assistência, com maior possibilidade de compreensão do itinerário terapêutico traçado e de apresentar resolutividade às demandas e necessidades de saúde da população. Seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação), e os derivados (orientação familiar, comunitária e competência cultural) possibilitam a oferta de amplo leque de serviços, estratégias e ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (ALMEIDA et al., 2010; BANDEIRA et al., 2020; STARFIELD, 1992).

A busca de um novo modelo assistencial centrado na APS decorre de um momento histórico social, em que o modelo tecnicista, hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças demográficas, epidemiológicas e, conseqüentemente, as necessidades de saúde da população. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), nesse contexto, apresenta-se como um modelo de atenção dos serviços de saúde, tendo a família no centro de atenção, incorporando novas perspectivas e processos de trabalho ao cuidado em saúde, mais voltado ao território, condições de vida e moradia dos usuários, orientação familiar e centralidade na pessoa, e voltado para prevenção, promoção e recuperação da saúde (ALMEIDA et al., 2010; BANDEIRA et al., 2020; STARFIELD, 1992).

Com a Reforma do Estado implementada nos anos 1990 e a possibilidade de contratualização da gestão da Atenção Primária, sobretudo com Organizações Sociais ou Empresas Públicas, representou grande ampliação da oferta de serviços de cuidados primários em muitos municípios, dando acesso a territórios historicamente desassistidos e com necessidades de saúde latentes. Nesse sentido, a coordenação do cuidado pela APS é extremamente necessária a fim de melhorar o acesso a serviços especializados e ao cuidado em saúde abrangente, conectado, coerente e contínuo (BANDEIRA et al., 2020; STARFIELD, 1992).

Além disso, em um contexto de vulnerabilidades de iniquidades em saúde é necessário que os arranjos organizacionais, de responsabilização e gestão do cuidado sejam muito mais complexos e articulados, uma vez que uma frágil coordenação do cuidado configura importante obstáculo à garantia da integralidade (PAIXÃO et al., 2019). Dessa forma, a coordenação assistencial age como um mecanismo de dissolução de barreiras de acesso, aumento da resolutividade dos serviços, redução de desfechos negativos e custos da assistência. É, portanto, um atributo organizacional que promove efetividade e eficiência ao sistema de saúde e incide diretamente na percepção dos usuários sobre a continuidade do cuidado.

Coordenação do Cuidado: percepção dos profissionais de saúde da Atenção Primária

Para analisar a percepção de profissionais de saúde a respeito da coordenação do cuidado na APS e os desafios de seu exercício, Ribeiro e Cavalcanti (2020) desenvolveram estudo qualitativo em unidades de atenção primária presentes em territórios de aglomerados subnormais (favelas), com população sob grande vulnerabilidade e desigualdades sociais, no município do Rio de Janeiro, RJ. O campo de estudo escolhido pelas pesquisadoras foram duas unidades de saúde consideradas modelo, por boas condições organizacionais e infraestrutura favorável para realização da coordenação do cuidado: equipes de APS completas, unidades de saúde com boa infraestrutura, disposição de materiais e insumos e bom desempenho dos indicadores de processo de trabalho. Dessa forma, é importante ressaltar que os resultados obtidos refletem o melhor cenário para promoção da coordenação assistencial, o que levanta preocupações sobre como essas questões se dão em cenários menos favoráveis, onde os desafios e problemas observados podem ser mais profundos.

Foi observado que os profissionais da APS, das diferentes categorias profissionais entrevistadas (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários), compreendem a coordenação do cuidado, como um processo de comunicação, organização e funcionamento dos serviços em rede, que garante a continuidade e a integralidade da atenção e melhora o acesso e utilização dos serviços. Além disso, mencionam especificidades no exercício da coordenação pelas diferentes categorias profissionais. Essa compreensão pode ter decorrido da ênfase que o município do Rio de Janeiro dá ao tema, presente nos documentos normativos e nas qualificações profissionais promovidas pela gestão (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020), o que pode não ser a realidade de todos os municípios brasileiros. Isso enfatiza a importância de priorização de estratégias que promovam a integração dos serviços pela gestão municipal, bem como o fornecimento contínuo de treinamentos e capacitações, com vistas a fortalecer processos de educação permanente.

Embora se reconheça o papel central da APS como ordenadora e coordenadora do cuidado, por sua proximidade ao território e maior acessibilidade ao usuário, há também consenso entre os profissionais de que a coordenação do cuidado deve ser descentralizada, envolvendo todos os níveis de atenção e gestão da atenção, inclusive o usuário, corresponsável por sua saúde (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

A coordenação do cuidado é realizada diariamente pelos profissionais da APS — ainda que nem sempre conscientes disso, pois as ações tendem a apresentar maior grau de automatização ao longo do tempo. A coordenação no âmbito da unidade básica de saúde é facilitada, dada a proximidade entre profissionais e serviços (ESF, saúde bucal e NASF) o que facilita a comunicação e ajustes dos fluxos, com maiores desafios relacionados à articulação e interlocução entre serviços de diferentes níveis assistenciais (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

Para os médicos, a coordenação pode representar um “filtro”, na qual a avaliação inicial na APS antecede o acesso ao especialista. Técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de

Saúde (ACS) coordenam o cuidado na unidade, apresentando suas opiniões frente a condutas, fluxos e encaminhamentos. Os ACS, pela proximidade e maior trânsito no território, apresentam informações sobre o contexto de vida e particularidades das famílias residentes no território, aumentando a apreensão de informações sobre as condições vida e de saúde dos usuários. O responsável técnico da unidade, por sua vez, atua no gerenciamento técnico dos fluxos dentro e fora da unidade, inclusive no sistema de regulação, compondo uma dimensão coletiva, política e institucional da coordenação (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

Já Paixão *et al* (2019), em pesquisa transversal, realizou entrevistas com 349 profissionais de saúde distribuídos nas categorias enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem e de saúde bucal e ACS atuantes na ESF no período da pesquisa e em média de 2,5 a 3 anos. Foi utilizado o questionário de avaliação *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) - versão para Profissionais, validado para o Brasil. Assim, foi observada boa avaliação ao atributo Coordenação – integração de cuidados. Entretanto, os profissionais não demonstraram satisfação em relação ao conhecimento do tipo consulta que seus pacientes fazem com especialistas e a falta de informação dos serviços para onde os pacientes foram encaminhados. Os dentistas apresentaram maior satisfação com as ações referentes à coordenação na APS, ao passo que os ACS demonstraram-se insatisfeitos.

A Percepção dos Usuários sobre a Coordenação do Cuidado

Estudo transversal avaliou a coordenação do cuidado sob a perspectiva dos usuários em uma coordenadoria regional de saúde no Rio Grande do Sul, por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool* PCA-Tool-versão adulto. Foram entrevistados 1071 usuários, cujo contato com a unidade de APS não era o primeiro, sendo que 42% dos entrevistados acessaram UBS tradicionais, 42% Estratégias de Saúde da Família e 15,8% unidades básicas de saúde mistas, entretanto, as análises estatísticas demonstraram que não houve diferenças significativas para o atributo coordenação da atenção, integração do cuidado e sistema de informação, entre UBS, ESF e UBS mista na avaliação dos usuários. Mais da metade dos entrevistados já haviam realizado atendimento em algum serviço especializado, e a avaliação da média dos escores da coordenação (composta, no instrumento PCA-Tool, pelas categorias “integração de cuidados” e “sistema de informações”) foi considerado alto para os diferentes tipos de unidades de saúde de APS (BANDEIRA *et al.*, 2020).

Esses achados alinham-se aos encontrados por outros estudos. Estudo realizado em Florianópolis, Santa Catarina, também utilizou o PCA-Tool-Brasil-versão adulto para avaliar presença e extensão dos atributos da APS, sob a perspectiva de 598 usuários dos serviços de APS, no qual também foi identificado alto escore médio para ambos os atributos relacionados à coordenação (integração do cuidado e sistemas de informações) (VIDAL *et al.*, 2018). Outrossim, Furtado *et al* (2013), entrevistando 44 mães de crianças menores de 1 ano usuárias da ESF de

Ribeirão Preto, São Paulo, utilizando-se do mesmo instrumento mas na versão para criança, também apresentou forte presença e extensão do atributo Coordenação do Cuidado.

Apesar do baixo poder de generalização para todo o território brasileiro, tais resultados são promissores, pois demonstram a capacidade das equipes da ESF em garantir a continuidade da atenção, no interior da Rede de Atenção à Saúde. Entretanto, mesmo em capitais que apresentam experiências exitosas de APS, a ESF apresenta muitos componentes de estrutura e processo que necessitam de aprimoramento (MARTINS et al., 2017; VIDAL et al., 2018).

No Rio de Janeiro, foram entrevistadas 6675 pessoas usuárias da APS, adultos e crianças, com uso do PCATool-Brasil. Centros Municipais e Clínicas da Família que possuíam apenas equipes ESF obtiveram maior desempenho em relação às unidades tipo B — ou seja, unidades mistas em que apenas parte do território é coberto por ESF. Os atributos “acessibilidade”, “orientação comunitária” e “integralidade – serviços prestados” contribuíram negativamente para os escores médios gerais; por outro lado, “afiliação”, “utilização”, “coordenação – sistema de informação”, e “coordenação do cuidado” foram decisivos para melhorar o desempenho obtido, tanto nas avaliações referentes a adultos e crianças (HARZHEIM et al., 2016).

Dessa forma, apesar de serem observadas características positivas e desenvolvimento de ações que promovam a coordenação do cuidado na APS, faz-se necessária a ênfase em ações que promovam os atributos essenciais e derivados da APS como forma de melhoria de sua qualidade.

Desafios da Coordenação do Cuidado na Atenção Primária

Dos desafios à consolidação da coordenação assistencial na APS observados por Ribeiro e Cavalcanti (2020), destaca-se como aspecto central dificuldades e entraves à comunicação, tanto entre profissionais do mesmo nível assistencial, quando entre profissionais e usuários e entre profissionais de diferentes níveis assistenciais.

A falta de comunicação entre APS e serviços especializados expressa descompromisso. Muitas vezes, os atendimentos são cancelados sem remarcação ou mesmo notificação de possíveis problemas relativos ao agendamento, e o usuário retorna à APS sem realizá-lo. É desejável que ocorra uma comunicação mais efetiva, com digitação da contrarreferência e comunicação por email com a equipe da APS, embora melhor ainda seria se o próprio SISREG incorporasse essas informações em seu sistema informatizado.

Outrossim, ocorre insuficiência de informações compartilhadas entre diferentes serviços. É importante que os sistemas de registro da rede sejam informatizados e integrados de modo que os profissionais de diferentes serviços ou níveis assistenciais tenham acesso a informações essenciais sobre o usuário, condutas anteriores, exames realizados e procedimentos ou serviços pelos quais passou (ALMEIDA et al., 2010; RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020). A falta de oficialidade e relato acurado das informações dadas pelos usuários nos atendimentos abre margem a

interpretações equivocadas, erros sistemáticos, menor resolutividade e insatisfação frente ao cuidado prestado, por parte do usuário, e do profissional, que se vê limitado em suas ações.

Relatos sobre desconhecimento do fluxo de usuários nos serviços especializados da RAS e deficiências no sistema de referência e contra referência podem impactar negativamente no cuidado prestado uma vez que o usuário carece de um direcionamento no sistema de saúde, o que dificulta ou mesmo impossibilita o acompanhamento integral de sua situação de saúde. Além disso, *déficits* em mecanismos de contra referência podem favorecer o aumento de gastos em saúde, pela possibilidade de duplicidade das ações e procedimentos (PAIXÃO et al., 2019)

A garantia da atenção integral depende de oferta suficiente de procedimentos especializados. A falta de fluxos assistenciais formais para regulação hospitalar ou de média complexidade, ou mecanismos para marcação e regulação de procedimentos sugerem obstáculos vinculados à oferta insuficiente. Muitas vezes, os municípios recorrem a serviços contratados da rede privada alegando que a remuneração oferecida pela tabela SUS é considerada inadequada pelos prestadores, os quais optam por reduzir a oferta pública (ALMEIDA et al., 2010).

Para os profissionais de saúde, essas dificuldades refletem a fragmentação do sistema e posição periférica da APS, não reconhecida pelos serviços especializados como responsável pela coordenação do cuidado, longitudinal e continuado. Além disso, essa situação é agravada pela própria cultura da população, de busca e valorização do consumo de ações e serviços de saúde, privilegiando avaliações de especialistas e consumo de tecnologias diagnósticas (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020), em detrimento da valorização da utilização de tecnologias leves e prevenção quaternária (MERHY, 2006). Nesse sentido, o acolhimento a programas de residência pelos serviços de saúde pode auxiliar nesse processo de conscientização profissional, pela maior proximidade com espaços acadêmicos e da construção do conhecimento, além de estratégias de educação permanente.

A coordenação pressupõe o trabalho em equipe e colaboração entre profissionais. Entretanto, é também destacado como importante desafio a preponderância e dependência do médico para efetivar a coordenação do cuidado, o que engessa e dificulta processos nas unidades de saúde. Nesse sentido, é necessário o fortalecimento do trabalho em equipe, em que o agir comunicativo pode constituir um caminho para a transformação do cotidiano do trabalho em saúde, rompendo com uma lógica individualista para abraçar uma abordagem baseado no trabalho coletivo, corresponsável e comunicativo (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

É primordial que seja feito maior investimento em infraestrutura, tecnologia da informação, capacitação de pessoal, fluxos e processos de trabalho e profissionais comprometidos com a horizontalidade do cuidado, fortalecendo uma APS ampliada e resolutiva, de modo a preencher lacunas assistenciais, garantir acesso, prover cuidado especializado e horizontal, e facilitar o transito dos usuários pelos serviços de acordo com as necessidades de saúde.

Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde na Coordenação dos Cuidados

Hofmarcher et al. (2007) identificaram quatro áreas em que reformas podem potencializar os sistemas de saúde para melhoria da coordenação entre níveis assistenciais. O primeiro grupo de proposições apresenta que a coordenação pode ser facilitada pelo aprimoramento da coleta e disseminação das informações de pacientes e prestadores e por ampla utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). O segundo grupo de medidas aponta que devem ser percebidas e realizadas mudanças no primeiro nível assistencial a fim de atender às demandas apresentadas pelas condições crônicas, dada sua magnitude no cenário epidemiológico mundial e suas particularidades, as quais requerem um cuidado complexo, coerente e conectado.

O terceiro conjunto de intervenções relaciona-se à revisão de padrões de alocação de recursos no setor ambulatorial, visto o crescente aumento de procedimentos nesse nível, e maior priorização de políticas públicas para cuidados mais próximos ao território, o que, por sua vez, pode reverter, a longo prazo, a hegemonia e priorização de cuidados hospitalares de alta densidade tecnológica e possibilitar uma lógica de maior integração da Rede de Atenção à Saúde, compartilhamento do cuidado, e resolutividade de níveis de menor complexidade. O quarto grupo de propostas, por sua vez, destaca que a capacidade de coordenação do cuidado é afetada diretamente pela fragmentação do sistema de saúde e pela relação entre os prestadores, principalmente devido à existência de barreiras que dificultam o trânsito dos usuários no sistema.

Assim, para efetivar a garantia do cuidado em saúde é fundamental a constituição de fortes redes integradas de atenção à saúde, reconhecendo sua necessária interdependência e, muitas vezes, conflitos entre atores sociais e organizações em situação de compartilhamento do poder. A integração, por sua vez, surge como um dos componentes de uma APS e ESF abrangentes, não seletivas e não focalizadas na oferta de cestas restritas de serviços a uma população carente e vulnerável (ALMEIDA et al., 2010).

Outrossim, no que tange à articulação dos serviços, deve ser percebida pelos usuários inclusive no interior do mesmo nível de atenção, pela coordenação do usuário entre diferentes profissionais de saúde integrantes da equipe ou serviços de apoio, como, por exemplo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), compondo, assim, uma noção de coordenação horizontal e vertical (PAIXÃO et al., 2019).

Os instrumentos de referência e contra referência são importantes para o fortalecimento da coordenação e integração dos serviços de saúde. Nesse sentido, a aposta em instrumentos informatizados, horizontais e compartilhados entre profissionais de saúde e diferentes níveis de atenção é essencial. Os prontuários eletrônicos são estratégias tecnológicas importantes e o estímulo e treinamento com vistas a fortalecer a comunicação entre profissionais, estimulando o fornecimento de informações escritas para serem entregues ao outro profissional ou o compartilhamento do prontuário eletrônico ou partes do prontuário, pela integração de sistemas de informação entre diferentes serviços - sobretudo para contra referência, observada como grande lacuna na comunicação (ALMEIDA et al., 2010; PAIXÃO et al., 2019).

Além disso, a informatização de sistemas de regulação, como o SISREG, permitem maior monitoramento das filas de espera para atenção especializada, possibilitando tanto o acompanhamento do percurso do usuário pela ESF como maior efetividade das marcações pelos responsáveis técnicos das unidades de saúde ou gestão da APS (para municípios em que essa tarefa não é descentralizada), com menor tempo de espera. Assim, também é possível pactuar e acompanhar fluxos assistenciais solicitados pela unidade de saúde, compreender o perfil e situação de saúde da comunidade adstrita, e melhorar a experiência do usuário sobre a continuidade do cuidado.

A telemedicina também é uma grande aliada nesse contexto, uma vez que possibilitam suporte rápido a especialistas que prestam apoio e consultoria aos profissionais da APS, aumentando a resolutividade neste nível de atenção e, muitas vezes, evitando referências e procedimentos desnecessários. Assim, é fundamental que se fortaleçam instrumentos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC).

Ainda, barreiras de acesso aos serviços primários podem relacionar-se a maior busca dos usuários por serviços privados, em detrimento do encaminhamento da ESF ao especialista ou serviço de apoio ao diagnóstico. Nesse sentido, acolhimento ao usuário, escuta qualificada e uma concepção ampliada de APS podem favorecer o atributo de primeiro contato, ampliando o acesso e a qualidade do cuidado no atendimento às necessidades em saúde e a promoção do cuidado continuado.

A criação de serviços territorializados como referência para unidades de APS de determinado distrito ou regional de saúde (ALMEIDA et al., 2010) ou fortalecimento de novos níveis assistenciais conectados e/ou gerenciados pela APS, como os Cuidados Intermediários (YOUNG, 2009) — ou Cuidados Prolongados, como são referidos na política brasileira —, podem otimizar as ações da APS, aumentar a oferta de serviços, descentralizar o atendimento ambulatorial, oferecendo um *locus* de cuidado mais adequado para recuperação da saúde e reabilitação de pacientes de menor gravidade, e diminuir hospitalizações desnecessárias e custos da assistência.

Por fim, incremento no financiamento e investimento das gestões municipal e estadual, quando necessário, é indispensável e requer articulação entre diferentes atores sociais e políticos a fim de mobilizar recursos para fortalecimento da APS.

Considerações Finais

São inúmeras as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais e serviços de saúde, como o desmonte institucional aplicado ao setor saúde, seja pelo desfinanciamento, desvalorização dos trabalhadores da saúde e flexibilização dos acordos trabalhistas, mudanças no aparato legislativo, como a nova Política Nacional de Atenção Básica e medidas como a EC 95 que afetam profundamente o financiamento do Sistema Único de Saúde e tornam dispensáveis ações de saúde primordiais para garantia de um cuidado em saúde de qualidade.

Assim, emergem preocupações sobre a retirada da APS das pautas políticas e seu consequente desmonte. Tal situação afeta diretamente toda a população brasileira, sobretudo usuários do SUS e da APS, majoritariamente pertencentes a populações vulneráveis e marginalizadas. Dessa forma, a discussão de estratégias que promovam integração do sistema de saúde, como o fortalecimento de mecanismos de coordenação do cuidado são centrais para fortalecimento do SUS e do direito à saúde.

É imprescindível que mais estudos sejam estimulados nesse sentido, uma vez que observa-se ainda uma escassez de pesquisas relacionadas à coordenação do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286–298, fev. 2010.

BANDEIRA, D. et al. EVALUATION OF THE COORDINATION OF CARE BY USERS OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020.

FURTADO, M. C. DE C. et al. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2013.

HARZHEIM, E. et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1399–1408, maio 2016.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved Health System Performance through better Care Coordination**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improved-health-system-performance-through-better-care-coordination_246446201766>. Acesso em: 1 ago. 2020.

MARTINS, J. S. et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–13, 11 jan. 2017.

MERHY, E. E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2º ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

OPS. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS)., 2010.

PAIXÃO, T. M. DA et al. Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e42655, 1 out. 2019.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. DE L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, maio 2020.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

VIDAL, T. B. et al. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 4, nov. 2018.

YOUNG, J. The development of intermediate care services in England. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 49, p. S21–S25, dez. 2009.

Capítulo 24

CUIDADOS PALIATIVOS NAS DOENÇAS TERMINAIS E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA SUA GARANTIA

PALLIATIVE CARE IN TERMINAL DISEASES AND THE ROLE OF BASIC CARE IN YOUR WARRANTY

Christiano Tadeu Sanches Mattos Killesse¹
José Luiz de Faria²
Fabrício dos Anjos Silva Bomfim³
Érika Aline de Souza⁴
Louise Teixeira Costa e Silva⁵
Josué da Silva Brito⁶
Lorray de Abadia Rodrigues Borges⁷

RESUMO: Os cuidados paliativos ganham destaque em um cenário de emprego de tecnologias para prolongamento da vida humana, sendo essencial quando a morte se torna inevitável a fim de garantir a dignidade durante o processo de morte. A atenção básica, neste cenário, precisa assumir papel de coordenação e garantia do cuidado aos diferentes atores envolvidos no feneçimento, contudo sua atuação ainda encontra-se limitada por fatores estruturais. Este artigo busca elucidar as diferentes vertentes que os cuidados paliativos podem atuar na qualidade de vida do enfermo, refletindo sobre o papel da atenção básica. Para tanto, selecionamos artigos nas plataformas PubMed, Scielo e Lilacs, usando os descritores “Cuidados Paliativos”, “Atenção Primária à Saúde”, “Estratégia Saúde da Família”, “Doença Crônica” combinados através dos operadores booleanos “OR” e “AND”.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Cuidados Paliativos, Doença Crônica, Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT: Palliative care is highlighted in a scenario of the use of technologies to prolong human life, being essential when death becomes inevitable to guarantee dignity during the death process. Primary care, in this scenario, needs to assume a coordinating role and guarantee care to the different actors involved in the demise; however, its performance is still limited by structural factors. This article seeks to elucidate the different aspects that palliative care can play in the patient's quality of life, reflecting on the role of primary care. For this, we selected articles on the PubMed, Scielo and Lilacs platforms, using the descriptors "Palliative Care", "Primary Health Care", "Family Health Strategy", "Chronic Disease" combined through the Boolean operators "OR" and "AND".

Keywords: Primary Health Care, Palliative Care, Chronic Disease, Family Health Strategy

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos, definidos como medidas que buscam o alívio do sofrimento do doente, posicionam-se como práticas que visam a melhoria da qualidade e conforto no final da vida. Buscam o respeito à dignidade humana, devendo ser iniciados desde o diagnóstico de doenças graves, progressivas e incuráveis. Nesta abordagem paliativa, o foco do cuidado não é a doença, mas o doente, seus familiares e sua história de vida, em um contexto que o ampare de

1 Médico formado pelo Centro Universitário Atenas (UniAtenas) – Paracatu, MG, chrossbass@gmail.com

2 Médico formado pelo Centro Universitário Atenas (UniAtenas) – Paracatu, MG, jse.l Luiz.f97@gmail.com

3 Acadêmico de Medicina pelo Centro Universitário Atenas (UniAtenas) – Paracatu, MG, fabriciobomfim_05@hotmail.com

4 Médica formado pelo Centro Universitário Atenas (UniAtenas) – Paracatu, MG, erikaaline90@hotmail.com

5 Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário Atenas (UniAtenas) – Paracatu, MG, louise.teixeira97@gmail.com

6 Acadêmico de Medicina pelo Centro Universitário Atenas (UniAtenas) – Paracatu, MG, josuedasilvabrito1998@gmail.com

7 Médica pela Universidade de Rio Verde – Rio Verde, MG, amlorray@gmail.com

forma ampla. Para tanto se faz necessário inserir a assistência em todo o processo de finitude humana e valorizar as relações interpessoais no processo de morrer, com subsídios efetivos, como: a compaixão, a empatia, a humildade e a honestidade (ALMEIDA *et al.*, 2020; ALVES *et al.*, 2019; FERNANDES *et al.*, 2016).

No Brasil, os cuidados paliativos ainda são um desafio. Observa-se que, para muitos, a inclusão de um paciente nessa abordagem é algo desesperador, pois sinaliza que a pessoa está em processo de terminalidade. A indicação e intervenção desses cuidados deve agrupar os conhecimentos e habilidades de uma equipe multiprofissional que auxilie o paciente e sua família na adaptação das transformações impostas pela doença (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Neste entendimento, o cuidado paliativo configura-se como a melhor proposta de assistência aos pacientes terminais, pois tem como objetivo cuidar de pessoas com patologias que não respondem mais ao tratamento curativo e se caracteriza por uma busca ativa ao controle dos sinais e dos sintomas inerentes à fase avançada da doença (AGRA *et al.*, 2013).

A Atenção Primária encontra-se como o ambiente ideal ao manejo desses pacientes, visto que apresenta proximidade geográfica e cultura e pode contribuir para autonomia da família, evitando o afastamento desnecessário do paciente do seu lar e familiares ao fim da vida.

Este artigo objetivo avaliar revisar medidas de cuidado paliativo e compreender o papel da atenção básica assume na assistência ao paciente terminal.

DESENVOLVIMENTO

Métodos

Para esta uma revisão bibliográfica reflexiva, pesquisamos os termos “Cuidados Paliativos”, “Atenção Primária à Saúde”, “Estratégia Saúde da Família”, “Doença Crônica” combinados através dos operadores booleanos “OR” e “AND” nas bases PubMed, Scielo e LILACS, durante o período de julho a julho de 2020. Trabalhos que não estavam em inglês, espanhol ou português foram excluídos, assim como os que abordavam assuntos estranhos aos objetivos deste trabalho.

A prática do cuidado paliativo

Ao abordar cuidados paliativos faz-se necessário separar tais cuidados em quatro grandes grupos, sendo eles, sedação, nutrição, escaras e úlceras.

A sedação paliativa (SP) tem com objetivo de diminuir o nível de consciência de um paciente com doença avançada com a sua permissão ou de familiares, com a intenção de convencionar alívio de sintomas impérvios que não responderam à terapêutica (MENEZES; FIGUEIREDO, 2019; SANTOS *et al.*, 2019). Ela é indicada, principalmente, na presença de sintomas refratários como: dor, dispneia, agitação, depressão e delírio (CUNHA, 2016).

A SP não é uma eutanásia porque é uma intervenção proporcionada com intenção de promover alívio dos sintomas, e a morte do paciente não é um critério de sucesso. (NOGUEIRA; SAKATA, 2012). Ademais, uma morte digna, sem dor e angústia, é um direito do ser humano, sendo que a autonomia e a dignidade no fim da vida podem oferecer soluções e caminhos para que este direito venha a ser respeitado (CUNHA, 2016).

A decisão de iniciar o tratamento com fármacos sedativos deve estar de acordo com a vontade da pessoa doente, família ou responsável legal e em consenso com a equipe médica. A decisão de sedar ou não, envolve o nível da sedação, a escolha da medicação e a dose (CUNHA, 2016).

A SP pode ser classificada conforme o grau, em leve ou consciente, quando a consciência é mantida permitindo diálogo do paciente, e profunda, quando o paciente permanece semiconsciente ou inconsciente. De acordo com a duração é classificada em intermitente, quando o paciente tem alguns momentos de alerta, e contínua, quando inconsciente até o óbito. A sedação paliativa não causa redução do tempo de sobrevivência (NOGUEIRA; SAKATA, 2012).

O benzodiazepínico midazolam é o fármaco de escolha para iniciar a SP pela facilidade de titulação; rápido início de ação; curta meia-vida; diferentes vias de aplicação, como a parenteral; ter antagonista específico e poder ser combinado com outros fármacos (MENEZES; FIGUEIREDO, 2019). Também por suas características farmacodinâmicas acredita-se que ele tenha vantagens em relação aos outros benzodiazepínicos. É um ótimo ansiolítico, tem efeito anticonvulsivante, promove amnésia e causa poucos efeitos adversos. Suas características farmacocinéticas também são favoráveis (NOGUEIRA; SAKATA, 2012).

Quanto aos outros benzodiazepínicos, o lorazepam pode ser administrado principalmente para ansiedade e agitação e oxazepam para induzir sono. Pode-se prescrever diazepam e clonazepam para prevenção ou tratamento de convulsões (NOGUEIRA; SAKATA, 2012).

Os sintomas do paciente devem ser levados em conta na escolha dos sedativos. Caso o sintoma mais preponderante seja a dor, os opióides constituem a classe de escolha, visto que também possui capacidade de sedação. Dentro da classe, a escolha do fármaco deve basear-se, a princípio, na intensidade da dor, destacando-se a morfina como o padrão-ouro no tratamento da dor moderada e intensa. Em casos mais leves pode optar pelo tramadol (NOGUEIRA; SAKATA, 2012). Em doses elevadas, contudo, opióides podem, ao invés de produzir conforto, provocar delírium, sudorese e agitação. (MENEZES; FIGUEIREDO, 2019).

Às vezes, os sintomas são refratários aos benzodiazepínicos e antipsicóticos, esses indicados para pacientes com sintomas de delírium, havendo necessidade de medicação alternativa. O propofol, um sedativo e hipnótico, pode proporcionar alívio da agitação, não obstante constitua a última escolha para SP, sendo somente administrado quando as demais opções não surtirem efeito desejado (NOGUEIRA; SAKATA, 2012).

Garantir a nutrição adequada é outro desafio para o paciente com cuidados paliativos, visto que muitos pacientes cursam com náuseas, vômitos, além da xerostomia e disgeusia quando em quimioterapia, radioterapia ou em uso de opióides, além de apresentarem alterações na

secreção de substâncias orexígenas ou mesmo obstrução mecânica do trato gastrointestinal e outras causas secundárias da anorexia, como processos infecciosos e depressão (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; DYNAMYED, 2018b). Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) a prevalência de má-nutrição pode chegar a 78% (DYNAMYED, 2018b, 2018d).

Secundária à má-nutrição, pacientes em CP podem desenvolver caquexia, condição em que o paciente perde parte da massa muscular com ou sem perda de tecido adiposo. Há várias situações que podem precipitar essa condição, tais como: alterações metabólicas, anorexia e estado inflamatório. A prevalência reportada para caquexia em portadores de doenças crônicas correspondem a 28-57% dos pacientes com câncer, sendo 50%-80% em situações de câncer avançado, 42% dos pacientes com doenças cardíacas crônicas, 27%-35% dos pacientes portadores de doenças pulmonares obstrutivas crônicas e 30%-60% dos portadores de Doença Renal Crônica (DRC). (DYNAMYED, 2018b).

Com relação ao estado nutricional, deve-se assegurar a correta ingestão alimentar, de acordo as necessidades estabelecidas pra idade, peso e comorbidades associadas (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009). Em estado de caquexia, deve-se monitorizar a ingestão de alimentos pelo paciente, procurando identificar quaisquer alterações para auxiliar na detecção precoce de sinais de anorexia (BAZZAN *et al.*, 2013)

Pacientes caquéticos devem ser orientados quanto ao aconselhamento e terapia nutricional como tratamento inicial. É necessário intervir com mudanças no comportamento alimentar através de mudanças no estilo de vida, fracionando as refeições e aumentando a frequência delas. Podem ser usados alimentos dietéticos orais como suplementação. Além dessas intervenções não invasivas, pode-se lançar mão da alimentação via sonda nasogástrica e endoscopia percutânea. A forma mais invasiva de nutrição em cuidados paliativos é a nutrição parenteral (NP), entretanto, raramente será indicada em casos de neoplasia avançada, pois geralmente os riscos superam os benefícios. Ademais, o paciente em NP, mesmo com estabilização do peso, mantém contínua perda da musculatura esquelética (DYNAMYED, 2018a, 2018b).

A nutrição enteral deve ser iniciada em pacientes que são incapazes de manter ingestão oral voluntária. As formulas enterais são ajustadas de acordo a comorbidade do paciente. As fórmulas padrão (semelhantes a dieta convencional) variam de 1 a 2 kcal/ml. Há fórmulas para pacientes diabéticos, portadores de DRC, hepatopatas etc. As necessidades gerais para adultos normais incluem 30-40 ml/kg de peso corporal para líquidos e 20-35 kcal/kg de peso corporal para energia (DYNAMYED, 2018c).

Além da má nutrição, o paciente em CP possui maior incidência de feridas porque, geralmente, encontra-se acamado e debilitado, por isso, precisa de assistência para a prevenção e tratamento de úlceras. São mais prevalentes nos últimos dias de vida devido maior estado de fragilidade dos sistemas orgânicos. (LEITE; SANT'ANA; VILELA, 2019)

Maida *et al.* (2014) relatam que pacientes paliativos possuem maior prevalência e incidência de todos os tipos de feridas (úlceras venosas e arteriais, úlceras por pressão, feridas

por extensão de lesão malignas), com aumento, principalmente, nas geradas por pressão. Em pacientes com câncer avançado, aproximadamente, um quinto desenvolve úlcera por pressão.

O tecido sob pressão constante e/ou atrito sofre isquemia com conseqüente hipóxia e necrose. Inicialmente, são afetados tecidos superficiais como epiderme, derme e hipoderme, com a evolução do processo isquêmico, os tecidos subjacentes, como tecido adiposo, muscular e ósseo são afetados. Vários fatores de risco interferem neste processo, dentre eles o estágio da doença de base, desnutrição, imobilização prolongada, desidratação, tabagismo, infecção local ou sistêmica, umidade da pele, idade avançada e etilismo (LAI; YIP; SHAM, 2019), sendo a região sacral a porção anatômica de maior prevalência de lesão, 22% a 78,4% (CAROLINA *et al.*, 2014).

A estratificação em estágios informa o grau de complexidade da úlcera por pressão e a qualidade do serviço prestado pela equipe multiprofissional de saúde (Quadro 1). Nos estágios iniciais pode estar presentes alterações de coloração, diminuição da temperatura, astenia, dor e lesão que atinge somente até a derme. A abordagem terapêutica realizada neste momento demonstra melhor índice de cicatrização, com taxa de 18,9% no estágio I e 9,4% no estágio II em paciente com sobrevida inferior a seis meses. O estágio III é o mais frequente observado na maioria dos estudos. (ARTICO *et al.*, 2018)

Quadro 1 – Estágios da úlcera por pressão.

ESTÁGIOS	CARACTERÍSTICAS
I	Pele íntegra hiperemiada
II	Perda de integridade com visualização da derme com leito avermelhado, pode conter bolha íntegra ou rota com exsudato seroso.
III	Lesão mais profunda que acomete hipoderme
IV	Lesão muscular com exposição óssea.
OUTROS ESTÁGIOS	Perda da integridade dos tecidos, com necrose na base da lesão que dificulta visualizar a profundidade.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2013.

Em um estudo realizado com pacientes paliativos portadores de neoplasias, identificou-se que 10,6% das úlceras por pressão desenvolvem-se em hospitais e 89,4% em domicílio. Os dados referem a importância do cuidado intensivo no grupo avaliado independentemente do local de acomodação e a necessidade de adequada preparação dos cuidadores (CAROLINA *et al.*, 2014).

Uma forma de prever e, portanto, instituir medidas contra o desenvolvimento de úlcera de pressão é utilizar a escala de BRADEN (Quadro 2). A partir dela, é possível a identificação precoce do paciente alto risco (BRASIL, 2013). Após somar a pontuação da escala e avaliar a classificação do paciente deve-se instituir o tratamento de acordo com o risco apresentado. De modo geral, devem ser realizadas medidas como mudança de decúbito, mobilização passiva, otimizar nutrição, uso de equipamentos que redistribui a pressão, controle de umidade da pele e proteção de estruturas com saliências ósseas, como calcanhar e o manejo da dor (BRASIL, 2013).

Quadro 2 – Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN				
Variáveis	Pontuação			
	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Pouco limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente limitado	Bastante limitado	Leve limitação	Sem limitação
Nutrição	Muito pobre	Inadequado	Adequado	Excelente
Ficção e cisalhamento	Problema	Problema potencial	Sem problema	---
<p>Risco baixo: 15 a 18 pontos</p> <p>Risco moderado: 13 a 14 pontos</p> <p>Risco alto: 10 a 12 pontos</p> <p>Risco muito alto: <9 pontos</p>				

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2013.

Já constituída a lesão, a efetividade da cicatrização envolve as características da úlcera e do paciente. Sendo que, grande extensão, idade avançada e deficiências nutricionais reduzem a possibilidade de cicatrização. Em casos nos quais não é possível realizar o fechamento completo da lesão, a mediação da dor pode ser realizada para minimizar o sofrimento e a angústia do doente e dos seus familiares. Sendo que, a necessidade e o desejo destes deve sempre ser considerado. (MAIDA; ENNIS, 2014)

O papel e os desafios da atenção básica no cuidado paliativo

Os CP exigem a interação de diferentes serviços de saúde, como atenção domiciliar, atenção ambulatorial, serviços de emergência e os de internação hospitalar. Nesse cenário, a atenção básica (AB) é de suma importância, visto que atua coordenando o cuidado, garantindo que o paciente, o cuidador e os familiares tenham acesso à assistência integral (COMBINATO; MARTINS, 2012).

Na atenção básica, diferentes profissionais necessitam se adaptar para a realização de cuidados paliativos, incluindo enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos e técnicos em enfermagem. Esses precisam desenvolver vínculos, estabelecer metas com o paciente e com sua família, enquanto atuam de forma multidisciplinar. O primeiro grande desafio, nessa programação,

é estabelecer um plano em equipe, vencendo a fragmentação de saberes e atuações (COMBINATO; MARTINS, 2012).

Segundo a própria visão dos profissionais responsáveis pelo cuidado na atenção básica, o papel da AB encontra como empecilho a insuficiência de recursos, a falta de organização e articulação dos serviços, a própria falta de conhecimento dos profissionais sobre o seu papel nos CP, além poucas habilidades comunicacionais em relação ao exigido pelo paciente terminal, falta de apoio dos serviços de referência, sobrecarga dos serviços e falta de tempo para destinar a uma prática que exige planejamento e muitas horas de dedicação (SAITO; ZOBOLI, 2015).

As dificuldades na aplicação dos cuidados paliativos na AB demonstram uma fraqueza não só da prática como também dessa atenção, conforme apontam Saito e Zoboli (2015):

As atitudes e competências necessárias para prover CP de alta qualidade sobrepõem-se àquelas necessárias para uma APS excelente: **habilidades de comunicação; compreensão da realidade e das peculiaridades do modo de vida do paciente;** compromisso com o **cuidado integral e integrado** do paciente e da família; **atenção às questões psicossociais e espirituais; ênfase na qualidade de vida e na independência do paciente; respeito pelos valores, objetivos e prioridades do paciente no manejo de sua condição de saúde; oferta de cuidado na comunidade, em função da diversidade cultural; colaboração com outros profissionais**, incluindo especialistas. Dessa forma, tudo parece indicar que os CP e a APS podem, e deveriam, se reforçar e fortalecer mutuamente (SAITO; ZOBOLI, 2015, grifos nossos).

O estudo realizado por Justino *et al.* (2020) demonstrou que houve avanços nos últimos anos e que cada vez mais os CP são inseridos na prática das equipes de atenção básica, contudo a AB ainda apresenta diversas limitações. Em sentido semelhante ao estudo de Saito e Zoboli (2015), apontaram que são fatores limitantes:

(...) a complexidade e/ou dificuldades nos cuidados paliativos no domicílio, as peculiaridades dos cuidados paliativos com demandas de alto custo - infraestrutura, o número insuficiente de visitas dos profissionais de saúde, as abordagens multiprofissionais limitadas, a insuficiência na formação profissional, a reduzida produção científica na área, a necessidade de estruturação da APS para este fim, a existência de protocolos muito gerais de atenção e dificuldades de acesso ao apoio psicológico (JUSTINO *et al.*, 2020).

As limitações no serviço coincidem com a própria incapacidade dos profissionais de saúde em buscar se desvencilhar de um sistema de saúde baseada no modelo curativista, resultante do próprio método educacional do país (JUSTINO *et al.*, 2020).

Quando a AB não atua de forma adequada nos cuidados paliativos, torna mais difícil o cuidado ao paciente terminal, visto que transfere para a família a necessidade de articular sozinha o cuidado, gerando sobrecarga (SOUZA *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos são indicados a qualquer pessoa em fim de vida a fim de amenizar os sofrimentos decorrentes desta dolente demanda. Os pacientes que os recebem vivenciam um

cuidado mais humano e completo. Portanto, deve-se proporcionar ao paciente e sua família, uma estratégia de qualidade diante de enfermidades que ameaçam o prosseguimento da vida e não sejam mais passíveis de medidas curativas.

A AB necessita assumir o seu papel e aceitar sua responsabilidade na garantia de CP adequados. É preciso que atue planejando o cuidado, oferecendo suporte ao paciente, aos familiares e aos cuidadores. Para tanto, precisará vencer a falta de recursos, as dificuldades estruturais e técnicas.

Maiores investigações são necessárias, já que podem contribuir para o reconhecimento da importância dos CP nos diferentes níveis de saúde, suas limitações e estratégias que podem ser adotadas a fim de garantir dignidade durante o processo de fenecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRA, Glenda *et al.* Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica : uma Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 59, n. 1, p. 95–104, 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/16-cuidados-paliativos-ao-paciente-portador-de-ferida-neoplasica.pdf.

ALMEIDA, Costa *et al.* Caracterização de Pacientes Elegíveis para Cuidados Paliativos em Unidades de Internação de um Hospital Universitário. **Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)**, [S. l.], v.12, p. 710–715, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12>.

ALVES, Adriana Marques Pereira de Melo *et al.* Cuidados Paliativos e Comunicação: Estudo Bibliométrico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 524, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.524-532>

ARTICO, Marco *et al.* Pressure Injury Progression and Factors Associated With Different End-Points in a Home Palliative Care Setting: A Retrospective Chart Review Study. **Journal of Pain and Symptom Management**, [S. l.], v. 56, n. 1, p. 23–32, 2018.: Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.03.011>

BAZZAN, Anthony J. *et al.* Diet and nutrition in cancer survivorship and palliative care. **Evidence-based Complementary and Alternative Medicine**, [S. l.], v. 2013, n. 3, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2013/917647>

BENARROZ, Monica de Oliveira; FAILLACE, Giovanna Borges Damião; BARBOSA, Leandro Augusto. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cadernos de Saude Publica**, [S. l.], v. 25, n. 9, p. 1875–1882, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009000900002>

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 02: protocolo para prevenção de úlcera por pressão. 09/07/2013. Disponível em: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf. Acesso em 24 jul. 2020.

CAROLINA, Ana *et al.* Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [S. l.], v. 48, n. 2, p. 264–271, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000200010>

COMBINATO, Denise Stefanoni; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2012;36(3):433-441.

CUNHA Luciana A. **Sedação paliativa da pessoa com câncer: percepção dos acompanhantes**. 2016. Monografia (Residência Multiprofissional em Oncologia) – Universidade Estadual do Pará, Belém, Pará, 2016.

- DYNAMED [Internet]. **Enteral Nutrition Support in Adults Recommendations from Professional Organizations.** 2018c. Disponível em <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T360973>. Acesso em 24 jul. 2020.
- DYNAMED [Internet]. **Artificial nutrition and hydration at the end of life.** 2018a. Disponível em <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T1548341306009>. Acesso em 24 jul. 2020.
- DYNAMED [Internet]. **Cachexia in Palliative Care.** 2018b. Disponível em <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T910668>. Acesso em 24 jul. 2020.
- DYNAMED [Internet]. **Nutrition in critically ill patients.** 2018d. Disponível em <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T909144>. Acesso em 24 de julho de 2020.
- FERNANDES, Maria Andréa *et al.* Palliative care and grief: a bibliometric study. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S. l.], v. 20, n. 4, p. 1–9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160102>
- JUSTINO, Eveline Treméa *et al.* Os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3324, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>.
- LAI, Theresa Tze Kwan; YIP, Oi Mei; SHAM, Michael M. K. Clinical parameters of wound healing in patients with advanced illness. **Annals of Palliative Medicine**, [S. l.], v. 8, n. Suppl 1, p. S5–S14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/apm.2019.01.05>
- LEITE, Paloma Oliveira; SANTANA, Jane Klicia Avelino; VILELA, Renata Prado Bereta. Lesão por pressão e cuidados paliativos: uma resenha crítica. **CuidArte, Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 213–216, 2019.
- MAIDA, Vincent; ENNIS, Marguerite. Clinical Parameters Associated With Pressure Ulcer Healing in Patients With Advanced Illness. **Journal of Pain and Symptom Management**, [S. l.], v. 47, n. 6, p. 1035–1042, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.07.005>
- MENEZES, Miriam S.; FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota da Cruz de Assis. The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects – Review. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, [S. l.], v. 69, n. 1, p. 72–77, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.03.002>
- NOGUEIRA, Fabíola Leite; SAKATA, Rioko Kimiko. Sedação paliativa do paciente terminal. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, [S. l.], v. 62, n. 4, p. 586–592, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-70942012000400012>
- SAITO, Danielle Yuri Takauti; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 593-607, Dec. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233096>.
- SANTOS, Renata Batista dos Santos *et al.* Estudo Observacional Retrospectivo sobre o Perfil de pacientes que Receberam Terapia de Sedação Paliativa em Unidade de Cuidados Paliativos de Hospital de Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2019; 65(1): e-09324. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.324>
- SHARADA, M.; VADIVELAN, M. Nutrition in critically ill patients. **Journal, Indian Academy of Clinical Medicine**, [S. l.], v. 15, n. 3–4, p. 205–209, 2014.
- SILVA, Mariana Lobato dos Santos Ribeiro. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 9, n. 30, p. 45–53, 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)718](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)718)
- SOUZA, Hieda Ludugério de *et al.* Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 349-359, Aug. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232074>.

Capítulo 25

DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER RESIDENTE NA ZONA RURAL

CHALLENGES OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE ASSISTANCE TO WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE WHO
LIVE IN RURAL AREAS

Ana Beatriz de Oliveira Fernandes¹
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior²
Luciana Camila dos Santos Brandão³
Júlia Diana Pereira Gomes⁴

RESUMO: O isolamento social vivido pela mulher rural propicia o aumento da sua vulnerabilidade, naturalização e invisibilidade da violência vivido por ela, potencializando as situações de violência. O objetivo desse estudo foi identificar como a saúde da mulher residente na zona rural está sendo abordada nas publicações científicas brasileiras. A pesquisa exploratória ocorreu entre fevereiro e outubro de 2018, resultando amostra de dezessete artigos. Para a análise dos dados foram elencadas duas áreas temáticas: situação de saúde da mulher rural ancorada na violência de gênero e saúde da mulher rural e o acesso ao serviço de atenção primária. Constatou-se que a violência contra a mulher residente na zona rural é oriunda de questões sociais e de gênero que repercutem no modo de viver a vida dessas e na sua situação de saúde. Há necessidade do aprimoramento profissional da equipe de atenção primária para um maior vínculo e enfrentamento dessa realidade.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. População rural. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The social isolation experienced by rural women provides an increase in their vulnerability, naturalization and invisibility from the violence experienced by them, enhancing situations of violence. The objective of this study was to identify how the health of women living in rural areas is being addressed in Brazilian scientific publications. The exploratory research took place between February and October 2018, resulting in a sample of seventeen articles. For the analysis of the data, two thematic areas were listed: the health situation of rural women anchored in gender violence and the health of rural women and access to primary care services. It was found that violence against women residing in rural areas is a result of social and gender issues that affect their way of living and their health situation. There is a need for professional improvement of the primary care team for a greater bond and facing this reality.

Keywords: Violence against women. Rural population. Primary Health Care.

Introdução

No Brasil, a mulher rural ainda é vista sob a ótica da relação de serviço, subordinação e obediência, sendo considerada responsável pela reprodução biológica, cuidadora do lar e dos afazeres domésticos, sem direito de expressar e relatar seus sentimentos (COSTA; LOPES; SOARES, 2015).

Além disso, quando se trata de mulheres rurais, as situações de violência se potencializam, considerando-se o contexto de vida que as situam em territórios distantes dos

1 Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente da Faculdade Nova Esperança de Mossoró. E-mail: anabeatriz.20.fernandes@gmail.com

2 Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: arodrigues.junior@uece.br

3 Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: camila.brandao@aluno.uece.br

4 Mestranda em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. E-mail: juliadiana_@hotmail.com

grandes centros e dos recursos sociais, políticos e comunitários que poderiam promover maior proteção (HONNEF et al., 2017).

A saúde da mulher não é priorizada devidamente nas políticas de saúde e muitas vezes é secundarizada por impactos econômicos, bem como pouco estudado e abordados nas publicações científicas. Onarheim (2016) investigou os benefícios econômicos mais amplos do investimento na saúde da mulher e concluiu que as sociedades que priorizam essa parcela populacional provavelmente terão melhores indicadores em geral e permanecerão mais produtivas para as próximas gerações.

Salienta-se que a dificuldade das mulheres rurais no acesso às informações e ações de saúde estão relacionadas às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre a residência ou trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e à pouca sensibilização e organização da rede de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes das atividades no campo (BRASIL, 2009).

As situações de violência contra as mulheres rurais se potencializam principalmente considerando o contexto de vida que as situam em territórios distantes dos centros urbanos e são consequência dos recursos sociais e políticos que poderiam contribuir na sua maior proteção.

Além disso, existe um contexto cultural forte sustentado nas hierarquias familiares e sociais, e nas culturas de gênero, que são constituídas de reflexos da socialização de homens e mulheres. Neste contexto as relações de gênero são influenciadas pelo patriarcado, que coloca a mulher em uma posição inferior à do homem.

Costa (2020) reafirma que o trabalho da mulher inclui cuidado com a casa, filhos, alimentação, trabalhos domésticos, além de “ajudar” o companheiro no campo. Assim, o homem detém o controle do trabalho e administração da produção familiar e financeira, assumindo uma posição superior e de poder na família.

Este comportamento interfere na vida e na saúde das mulheres. O isolamento social vivido pela mulher rural mantém o homem no controle sobre elas, propiciando aumento da sua vulnerabilidade, naturalização e invisibilidade da violência vivido por ela (DUDGEON et al, 2014). Contudo, mulheres que têm apoio da família possui menos propensão a sofrer violência, reforçando a importância da rede social na prevenção e combate à esta situação (COSTA, 2020).

Na parte das políticas públicas e sociais há uma desigualdade de oferta e falta de acessibilidade geográfica nas comunidades rurais. São muitas as dificuldades enfrentadas pelas mulheres rurais: a falta de informação, a distância dos centros urbanos, empecilhos no acesso ao transporte, dependência do companheiro, a falta de atenção dos profissionais e uma desarticulação da rede como limites de acesso e acessibilidade destas mulheres nas redes de atenção.

Há exposição a vulnerabilidades que atingem tanto os homens quanto as mulheres, pois vivem em um espaço no qual o trabalho é eminentemente braçal e expostos aos fenômenos e instabilidades da natureza, além de longas jornadas com exposição ao sol.

É importante destacar a importância do profissional de saúde como instrumento que alavanca a autonomia no agir dos partícipes, fortalecendo suas capacidades de enfrentamento (DURAND; HEIDEMANN, 2013).

O vínculo estabelecido entre o profissional de saúde e a mulher rural pode gerar o apoio que elas precisam para prevenção de doenças e para o enfrentamento da situação sócio familiar que vivem. Neste sentido, as práticas de saúde constituem-se como elemento articulador dos serviços com o objetivo de dar continuidade do cuidado. Além do incentivo ao autocuidado, que considera as diversas maneiras da busca de saúde e reconhece os contextos, prestando um cuidado integral que valorize o ser humano nas suas especificidades para além da saúde reprodutiva. Por isso, tão importante quanto a disponibilidades dos diferentes setores/locais para a atenção é a forma como os profissionais atuam na rede, uma vez que alguns reiteram concepções e práticas pautadas nas desigualdades de gênero (HONNEF et al., 2017).

Este debate sobre mulheres rurais é necessário e urgente devido a diversidade e pluralidade do universo rural. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi identificar como a saúde da mulher residente na zona rural está sendo abordada nas publicações científicas brasileiras.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, por meio de uma revisão de literatura narrativa. A pesquisa ocorreu entre fevereiro e outubro de 2018, na Biblioteca Virtual em Saúde, considerando especificamente a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Essa escolha ocorreu devido ser o local que agrega maior quantidade de publicações de pesquisadores brasileiros, estudiosos do objeto de estudo em tela. Os descritores utilizados para a busca dos estudos foram: saúde da mulher, atenção primária à saúde e saúde da população rural.

Como critérios de inclusão foram definidos: artigos de pesquisa, publicados entre os anos de 2014 e 2018, por estarem dentro do período posterior a publicação da Política Nacional de Saúde da População do Campo e Floresta e por serem manuscritos atuais, estarem disponíveis na íntegra na língua portuguesa, com ênfase na saúde da mulher residente na zona rural ou que tratassem da saúde da mulher no contexto da Atenção Primária à Saúde. Como critérios de exclusão elencou-se: artigos que não se encaixaram na temática a partir da leitura dos resumos.

A amostra do estudo foi constituída de dezessete artigos, embora inicialmente tivessem surgido muitas produções resultantes na busca. No entanto, não contemplavam a articulação entre saúde da mulher residente na zona rural e APS, foco principal dessa pesquisa. Desse modo, os artigos que foram contemplados foram inicialmente analisados a partir do seu título e resumo, posteriormente foi lido na íntegra e a partir disso realizou-se a análise.

Para a análise foram agregadas temáticas similares oriundas dos artigos, uma vez que versavam sobre questões similares acerca do objeto de estudo. A partir disso, foram elaboradas as dimensões temáticas: Situação de saúde da mulher rural ancorada na violência de gênero; e Saúde da mulher rural e o acesso ao serviço de atenção primária, que serão discutidas a seguir.

Resultados

Os artigos utilizados na discussão foram organizados em um quadro, no qual consta o título do artigo, o ano e periódico científico de publicação, os autores, o objetivo e os resultados. Desse modo, foi possível que os pesquisadores tivessem uma visão ampliada acerca dos estudos produzidos neste objeto de estudo.

As revistas com maior quantidade de artigos publicados na temática foram: Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), Caderno de Saúde Pública, ambas com três artigos, seguida de Saúde e Sociedade e Acta Paulista de Enfermagem.

Quadro 1 – Resumo explicativo das principais informações dos artigos analisados.

Título	Autor/ Ano	Objetivo	Resultados
Ambiente e saúde da mulher trabalhadora: transformações numa comunidade da Amazônia brasileira.	OLIVEIRA; NINA, (2014).	Análise das relações entre ambiente, trabalho da mulher e saúde num lugar em que se entrelaçam de modo complementar o urbano e o rural numa comunidade amazônica.	O estudo traz como resultados as transformações do trabalho, em especial da mulher, que além de dona de casa, passa a ser trabalhadora na agricultura e agroindústria e agente política.
Desigualdades no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008.	ARRUDA; MAIA; ALVES, (2018).	Analisar os fatores determinantes do acesso e das desigualdades de acesso à saúde entre áreas urbanas e rurais nos anos de 1998 a 2008.	Os resultados destacam que a desigualdade de acesso é elevada e maior nas áreas rurais. Os fatores de necessidade são determinantes fundamentais do acesso à saúde, enquanto que os fatores de capacitação são mais importantes para explicar as diferenças entre as áreas urbanas e rurais.
Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidados desenvolvidas por agentes comunitários de saúde.	ARBOIT et al., (2018).	Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde na atenção às mulheres em situação de violência doméstica residentes em áreas rurais.	Os resultados revelaram que essas profissionais de saúde utilizavam práticas de cuidado relacionais, como o diálogo, a escuta ativa e o vínculo, bem como aquelas relativas ao próprio contexto e ao serviço de saúde, como as orientações e o trabalho em equipe.
Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas.	HIRT et al., (2017).	Compreender as representações sociais da violência contra mulheres rurais, na perspectiva de idosas, considerando geração e gênero como influência nesse agravo.	Algumas idosas representam a violência como distante, ancorada em atos extremos de agressão. Outras a representam como presente em suas relações, mostrando-se vulneráveis à dominação dos homens no contexto de vida e trabalho.
O objeto, a finalidade e os	ALM EIDA; SILVA;	Analisar as práticas profissionais na atenção à saúde da mulher em	Os resultados evidenciaram a invisibilidade da violência no serviço e o desconhecimento da

instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica.	MACHADO, (2014).	situação de violência, identificando os elementos do processo de trabalho e sua relação com a emancipação da opressão de gênero.	categoria Gênero e da sua complexidade.
Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares.	COSTA; LOPES; SOARES, (2014).	Analisar as representações sociais da violência contra as mulheres na perspectiva de gestores municipais, profissionais e trabalhadores da saúde em cenários rurais da metade sul do Rio Grande do Sul.	Os participantes reconhecem a violência contra as mulheres como <i>destino de gênero</i> que induz a consentimento, resignação, culpa e medo, e resulta em naturalização e banalização do fenômeno social.
Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede.	ARBOIT et al., (2017).	Conhecer as concepções e ações dos profissionais de saúde sobre o cuidado de mulheres em situação de violência.	Os profissionais de saúde reconheceram a importância da rede de atenção à saúde para o enfrentamento com o problema da violência contra as mulheres. No entanto, suas concepções e ações foram limitadas pela descoordenação ou ausência de integração entre os profissionais e serviços da rede de atenção.
Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil.	LEITE et al., (2017).	Estimar a prevalência e os fatores associados às violências psicológica, física e sexual nas mulheres vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo atendidas nos serviços de atenção primária.	A violência psicológica manteve-se associada à escolaridade, situação conjugal, histórico materno de violência por parceiro íntimo, violência sexual na infância e ter feito uso de drogas, enquanto a agressão física esteve relacionada à idade, escolaridade, situação conjugal e a história materna de violência por parceiro íntimo.
Apoio social à mulher em situação de violência conjugal.	GOMES et al., (2015).	Compreender os significados atribuídos pelos profissionais de saúde, acerca do apoio social à mulher em situação de violência conjugal.	Revelou-se que as demandas se encontram relacionadas às ameaças dos companheiros e à dependência econômica, o que justifica os encaminhamentos inter setoriais e a inserção da mulher em programa de geração de renda e emprego.
Representações sociais da violência doméstica em cenários rurais para mulheres e homens	HONNEF et al., (2017).	Compreender as representações sociais da violência doméstica em cenários rurais, na perspectiva de mulheres e homens residentes nesses contextos.	A análise resultou em duas categorias temáticas: "Representações sociais da violência doméstica nos cenários rurais ancorada nas relações desiguais entre mulheres e homens" e "Representações sociais da violência doméstica nos cenários rurais ancorada nas relações familiares e geracionais".
Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família	SHIMIZU et al., (2018).	Avaliar a responsividade de unidades da Estratégia Saúde da Família na área do Distrito Federal registrada no Programa Nacional de Melhoria de	A avaliação dos usuários sobre a responsividade foi de 0,755. As dimensões relacionadas ao respeito pelas pessoas receberam um índice de 0,814 e orientação ao cliente foi de 0,599.

da zona rural.		Acesso e Qualidade da Atenção Básica.	
Mulheres em contextos rurais: um mapeamento sobre gênero e ruralidade.	GOMES; NOGUEIRA; TONELI, (2016).	Mapear a produção de conhecimento nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais sobre gênero e ruralidade, a partir de uma análise crítica.	As produções analisadas reconhecem os avanços na temática de gênero em espaços rurais, no entanto, demarcam a necessidade de uma maior presença das teorias feministas na constituição de abordagens teóricas e metodológicas junto a esses contextos.
O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde	GALAVOTE et al., (2016).	Descrever a organização do trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde nas regiões brasileiras.	Destacam uma posição diferenciada do profissional enfermeiro na equipe da Atenção Primária à Saúde, apontando para a ampliação dos limites de atuação profissional, agregando as atividades administrativas às práticas da assistência direta ao usuário.
Saúde e gênero: conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde e representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária.	BATISTA, (2014).	Investigar a categoria analítica gênero por meio dos entendimentos desse conceito na produção científica de saúde e na representação de gestores locais da atenção primária.	O estudo revelou que a análise de gênero na perspectiva da dimensão ético-política de produção de sujeitos desiguais e hierarquizados é ainda incipiente na produção científica de saúde. Observou-se também que a representação do gestor local de saúde também ainda não incorpora gênero. Conclui-se que evidenciar as desigualdades é necessário para conceber uma.
Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural.	PITILIN; LENTSCK, (2015).	Conhecer a percepção de mulheres residentes na zona rural sobre as ações e os serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do sul do país, o único considerado como predominantemente rural.	Os resultados registram baixa fidelidade aos atributos da APS que, ao centrar seu eixo funcional na doença, transforma a unidade em pequenos pontos de pronto atendimento e em um lugar burocrático de passagem para outros tipos de serviços. A qualidade do serviço ofertado fica comprometida ao ofertar um atendimento rápido, fragmentado e desigual no contexto rural.
A Rede de atendimento à mulher em situação de violência no meio rural: desafios para a intervenção profissional.	GROSSI et al., (2014).	Identificar as múltiplas expressões de violência contra a mulher na zona rural e verificar de que forma a rede de atendimento à mulher está estruturada para este enfrentamento, a partir da perspectiva dos gestores(as), profissionais da rede de atendimento e mulheres rurais em situação de violência.	Os resultados apontam para lacunas na articulação da rede de atendimento à mulher no meio rural, a falta de capacitação profissional e o não acesso às informações, o que dificulta a busca pela garantia dos direitos por parte das mulheres.
Políticas públicas de atenção à saúde da mulher: uma revisão integrativa.	GOMES et al, (2017).	Avaliar as evidências disponíveis em periódicos, por meio de uma revisão integrativa sobre as políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil e suas principais vertentes.	Verificou-se através desta pesquisa que várias situações de vulnerabilidade ainda permeiam o universo feminino, e, embora tenham sido identificados alguns modelos teóricos de assistência à saúde da mulher, estes não foram adequadamente implementados em nosso país,

deixando este público ainda desassistido em suas necessidades.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir da leitura na íntegra dos artigos, esses foram categorizados conforme apresentado abaixo.

Discussão

Situação de saúde da mulher rural ancorada na violência de gênero

A violência de gênero é um dos principais enfoques quando se analisa a situação de saúde e doença da mulher no contexto rural. As pesquisas apontaram para altas taxas de violência em diversos lugares do Brasil e do mundo e reforçam os fatores de sua ocorrência, mostrando que a maioria dos casos ocorre devido a relações assimétricas entre homens e mulheres.

De acordo com o Mapa da Violência (2015), entre os anos de 2003 e 2013 o número de vítimas do sexo feminino passou de 3.937 para 4.762 em 2013, o que aponta a ocorrência de 13 homicídios femininos por dia.

A violência contra a mulher envolve diversos fatores: individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Embora se tenha avançado nas discussões sobre essa questão e o número de mulheres tenha aumentado sobremaneira nas últimas décadas, ainda se observa uma forte influência das questões de gênero (LEITE et al., 2017).

No meio rural, ela manifesta-se mais fortemente devido as relações sociais cotidianas. Evidencia-se discriminação quanto à posse, ao trato e ao manejo da terra, sobrecarga de trabalho, justificando as relações hierárquicas que perduram até os dias atuais e que acentuam a divisão sexual do trabalho e a legitimidade do homem sobre a mulher (COSTA; LOPES; SOARES, 2014).

Um estudo com mulheres residentes de áreas rurais do extremo sul do estado do Rio Grande do Sul mostrou que as mulheres banalizam a violência por elas sofridas e a atrelam às questões históricas de submissão da mulher e ao machismo. Além disso, as pressões sofridas para a manutenção da família e título de “mulher ideal” é algo bastante visado e incorporado pela mulher rural (COSTA; LOPES; SOARES, 2014).

As mulheres que residem nesse contexto vivenciam a violência física com maior frequência e gravidade em relação as que vivem no meio urbano. Em muitos casos esse tipo de agressão está acompanhada da violência psicológica evidenciada através isolamento social, controle e coerção (HONNEF et al., 2017).

Uma pesquisa realizada no estado do Rio Grande do Norte abordou a prevalência de transtornos mentais em mulheres residentes de um assentamento rural. O estudo adotou uma perspectiva de multideterminação da saúde, ou seja, preconiza a necessidade das discussões de

gênero, da adoção de novas condutas terapêuticas e consideração das especificidades locais das mulheres assentadas (NOGUEIRA; TONELI, 2016).

Diante disso, é importante salientar que a mulher apresenta problemas e necessidades singulares, diferentes das necessidades dos demais grupos que compõem a esfera social. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) reconhece a vulnerabilidade feminina, frente a certos agravos, e entende que esses estão mais relacionados com as questões de gênero, como a situação de discriminação na sociedade, do que com fatores biológicos (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014).

Acesso ao serviço de Atenção Primária

Dentro dessa perspectiva essa sessão temática vem abordar as dificuldades no acesso que a mulher que reside na zona rural tem de frequentar o serviço de saúde, a necessidade de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança na atenção à saúde da mulher. Assim como as dificuldades que a equipe da APS tem em lidar com situações delicadas e corriqueiras de violências que ocorrem com as vítimas.

No meio rural há vários fatores que influenciam o acesso ao serviço de saúde, como a distância das residências, escassez ou inexistência de transporte público e sobretudo a desinformação da população a respeito da importância do cuidado em saúde. Trazendo para a realidade em questão, muitas mulheres que vivem em situação de violência conjugal, por exemplo, não procuram o serviço de saúde e acabam passando “despercebidas” pelos profissionais da equipe.

Os serviços de APS são de fundamental importância no manejo dessas questões, por estarem localizados estrategicamente dentro do território e serem capaz de detectar precocemente situações de violência contra as mulheres.

Embora tenha esse potencial estratégico, a equipe que compõe a APS no meio rural encontra diversos desafios ao lidar com as questões de violência contra a mulher, como por exemplo a desarticulação da Rede.

Uma vez inserida nas redes de atenção à saúde, a APS, é considerada como reorientadora do sistema, porta de entrada do usuário e não apenas um nível dele. Seu papel é constituir o centro de comunicação, ordenar e reorganizar fluxos, contrafluxos de usuários, produtos e informações, ao longo de todos os pontos que a formam, de modo a promover uma atenção qualificada, integral e que contemple as necessidades das usuárias, especialmente, aquelas direcionadas às mulheres em situação de violência (ARBOIT et al., 2017).

Uma pesquisa realizada com a equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), da zona rural do município de João Pessoa, na Paraíba, averiguou que o não-reconhecimento da violência nos serviços de saúde é provocado por diversos fatores, entre eles: a dificuldade, relatada pelos profissionais, de intervir em assuntos tidos como delicados e íntimos. Por isso a intervenção pública ainda acontece de forma discreta e com pouco

efeito, pois essa problemática ainda é vista como assunto restrito ao casal (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014).

Porém, no contexto da APS é absolutamente possível lidar com essa questão através de mecanismos simples, em consonância com os princípios do SUS, como: a orientação, o acolhimento, a escuta qualificada, a notificação e o encaminhamento.

Um estudo realizado em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul com quatro equipes de saúde (uma de UBS e três de ESF), mostrou a importância de se conhecer as atribuições dos profissionais e serviços que podem compor a rede de atenção à saúde, para buscar estabelecer comunicação com os equipamentos sociais para além da área de abrangência, atingindo demais recursos da comunidade (ARBOIT et al., 2018).

Para muitos profissionais de saúde as redes de atenção destinadas a mulheres vítimas de violência são: a Secretaria de Saúde, Secretaria de Assistência Social, UBS, Centros de Atenção Psicossocial, delegacia da mulher, Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), Pronto Atendimento e casa de passagem. Essa concepção reforça a visão de que a atenção à saúde deve ser prestada de modo intersetorial e multiprofissional, mediante os esforços coletivos dos serviços, unidos em prol de um objetivo em comum (ARBOIT et al., 2017).

Dentre os profissionais de saúde que estão envolvidos no processo de enfrentamento da violência contra as mulheres, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Pelo fato de habitar a mesma área de abrangência em que trabalha, esse profissional apresenta possibilidades de conhecer a dinâmica familiar, podendo, em muitos casos, identificar situações de violência, a partir da própria observação ou também pela relação de vínculo estabelecida com os usuários. Dessa forma, são atores fundamentais no processo de identificação de situações de violência doméstica contra as mulheres residentes no meio rural (ARBOIT et al., 2018).

Ao notificar a violência, esses profissionais demonstram comprometimento com o enfrentamento dessas situações, compreendendo sua relevância para a construção do quadro epidemiológico da região em que o serviço de AP se encontra. A partir das notificações e interpretação dos dados, os gestores têm possibilidades de repensarem sobre as políticas públicas e programas relacionados com a violência contra as mulheres e ainda, qualificar todos os profissionais para uma melhor atenção à saúde desse grupo populacional (ARBOIT et al., 2018).

O aprimoramento da saúde rural deve estar associado aos atributos da APS com a orientação para as reais necessidades das comunidades, desenvolvendo soluções baseadas em evidências a serem postas em práticas. Por isso para uma boa estruturação do serviço de AP na zona rural requer formação de recursos humanos capacitados e treinados em medicina da família e comunidade para atuarem nessas regiões de maneira resolutiva, bem como na prestação de um cuidado integral e continuado às populações que habitam nesses territórios (PITILIN; LENTSCK, 2015).

Conclusão

Ao se tratar da saúde da mulher no âmbito rural a questão da violência destaca-se e é um importante foco das publicações científicas. Porém, a saúde da mulher rural não se resume aos casos de violência que essas podem estar submetidas, mas devido a configuração social desse grupo, essa situação tem se tornado algo bastante corriqueiro e pesquisado no Brasil.

Outro fator que potencializa a violência no contexto rural está relacionado a “invisibilidade” dessas situações devido a distância que há entre a mulher e o serviço de saúde. Muitas mulheres que vivem em zonas rurais e sofrem violência não comparecem ao serviço de saúde para buscar auxílio. Tampouco os profissionais parecem estar preparados para lidar com o enfrentamento desta situação tão complexa.

Observa-se nesse contexto, a necessidade do profissional da APS, que atua no meio rural, estar cada vez mais inserido no território com vistas de identificar necessidades de saúde e doença e potencializar comportamentos saudáveis nas comunidades. É preciso também que ao tomar conhecimento de situações de violência contra a mulher a equipe multiprofissional desenvolva ações para o seu enfrentamento, traçando estratégias de cuidado que perpassam ampliação do conhecimento de direitos da mulher, bem como atuação para a construção de rede de apoio.

Referências

ALMEIDA, Luana Rodrigues; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti; MACHADO, Liliane dos Santos. The object, the purpose and the instruments of healthcare work processes in attending to gender-based violence in a primary care service. **Interface**, Botucatu, v.18, n.48, p.47-59, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0047.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2018.

ARBOIT, Jaqueline et al. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.51, e03207, p.1-7, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03207.pdf. Acesso em: 12 jun. 2018.

ARBOIT, Jaqueline et al. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v.27, n.2, p.506-517, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n2/1984-0470-sausoc-27-02-506.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2018.

ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v.34, n. 6, e00213816, p. 1-14, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00213816.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

BATISTA, Gláucia de Fátima. **Saúde e gênero: conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde e representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária**. 2014. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Ciências da

Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte. 2014. Disponível em: http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_116.pdf. Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, DF, 2009. 300 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 13 jan. 2018.

COSTA, Marta Cocco da et al. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** [S.l.], v. 38, n. 2, e59553, p.1-8, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000200416&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 jul. 2020.

COSTA, Marta Cocco da; LOPES, Marta Julia Marques; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.162-168, jan./mar. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100162&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 8 dez. 2018.

_____. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n.2, p.214-22, fev. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-214.pdf. Acesso em: 11 ago. 2018.

DUDGEON, Amanda; EVANSON, Tracy. Intimate partner violence in rural U.S. areas: what every nurse should know. **American Journal of Nursing**, [S.l.], v.114, n.5, p. 26-35, maio 2014. Disponível em: https://www.nursingcenter.com/cearticle?an=00000446-201405000-00023&Journal_ID=54030&Issue_ID=2445975. Acesso em: 12 jun. 2018.

DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.2, p. 288-295, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200003. Acesso em: 12 jun. 2018.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2018.

GOMES, Rita de Cássia Maciazeki; NOGUEIRA, Conceição; TONELI, Maria Juracy Filgueiras. Mulheres em contextos rurais: mapeamento de gênero e ruralidade. **Psicol. Soc.**, [S.l.], v.28, n.1, p.115-124, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n1/1807-0310-psoc-28-01-00115.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. **Apoio social à mulher em situação de violência conjugal**. *Rev. salud pública*, [S.l.], v.17, n.6, p. 823-835, fev. 2015. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/36022/62622>. Acesso em: 24 fev. 2018.

GOMES, Ana Vannise de Melo et al. Políticas públicas de atenção à saúde da mulher: uma revisão integrativa. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, [S.l.], v. 4, n.1, p. 26-35, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4283-24089-1-PB.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2018.

GROSSI, Patrícia Krieger et al. **A rede de atendimento à mulher em situação de violência no meio rural**: desafios para a intervenção profissional. Seminário regional políticas públicas intersetorialidade e família: formação e intervenção profissional. P. 1-12, 2014. Disponível em: http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8150/2/evento_002%20-%20Patr%C3%ADcia%20Krieger%20Grossi.pdf. Acesso em: 18 fev. 2018.

HIRT, Maiara Carmosina et al. Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas. **Rev Gaúcha Enferm.**, [S.l.], v.38, n.4, e68209, p.1-8, jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e68209.pdf>. Acesso em: 4 de out. 2018.

HONNEF, Fernanda et al. Representações sociais da violência doméstica em cenários rurais para mulheres e homens. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.30, n.4, p.368-374, ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0368.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

LEITE, Franciele Marabotti Costa et al. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n.33, p.1-12, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006815.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

OLIVEIRA, José Aldemir de; NINA, Socorro de Fátima Moraes. Ambiente e saúde da mulher trabalhadora: transformações numa comunidade da Amazônia brasileira. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v.23, n.4, p.1162-1172, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1162.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

ONARHEIM, Kristine Husøy; IVERSEN, Johanne Helene; BLOOM, David. Economic Benefits of Investing in Women's Health: A Systematic Review. **PLoS One**, [S.l.], v. 11, n.3, e0150120, p.1-23, mar. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4814064/>. Acesso em: 10 ago. 2018.

PITILIN, Érica de Brito; LENTSCK, Maicon Henrique. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.49, n.5, p.726-732, out. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0726.pdf. Acesso em: 13 jan. 2018.

SHIMIZU, Helena Eri et al. Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 52, e03316, p.1-7, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-S1980-220X2017020203316.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

Capítulo 26

**DESAFIOS NA FORMAÇÃO ACADÊMICA E MANUTENÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS
NO CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**CHALLENGES IN ACADEMIC EDUCATION AND MAINTENANCE OF MEDICAL PROFESSIONALS IN THE
SETTING OF PRIMARY HEALTH CARE

Ana Paula Lopes¹
Lucas Yuji Sonoda²
Maria da Graça Lepre Hawerth³
Gilmar Antonio Batista Machado⁴
Jaqueline Silva Santos⁵
Maria Ambrosina Cardoso Maia⁶

RESUMO: Esse trabalho é uma revisão bibliográfica qualitativa e reflexiva acerca dos desafios na formação, educação e manutenção de médicos capacitados para atuarem na Atenção Primária à Saúde (APS). Os 19 estudos que compõem esta revisão foram obtidos a partir da base de dados LILACS, sendo publicados entre 2014 e junho de 2020. Os principais desafios encontrados podem ser sumarizados em três grandes áreas: na graduação, na residência em Medicina da Família e Comunidade e na permanência no mercado de trabalho da APS. Dessa forma, percebe-se a existência de desafios na formação de profissionais médicos para atuação nos serviços de APS, o que aponta a necessidade de consolidação da APS e superação de questões culturais baseadas no modelo biomédico, hospitalocêntrico e baseado na especialização.

Palavras-chave: Educação Médica. Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT: This paper is a qualitative and reflective literature review about the challenges in the training, education and maintenance of physicians trained to work in Primary Health Care (PHC). This review is composed of 19 studies obtained from the LILACS database, published from 2014 and to June 2020. The main challenges found can be summarized in three major areas: undergraduate, residency in Family and Community Medicine and permanence in the PHC labor market. Thus, there are challenges in the training of medical professionals to work in PHC services, which points to the need to consolidate PHC and overcome cultural issues based on the biomedical, hospital-centered model and based on specialization.

Keywords: Medical Education. Primary Health Care. Family Practice.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser entendida como o nível de atenção que atua como porta de entrada para todo o sistema de saúde, fornecendo atenção ao usuário em sua totalidade, em uma abordagem ao longo do tempo e não focada na doença (MENDES, 2015). Também atua como o nível de coordenação e integração entre os âmbitos do sistema (STARFIELD, 2002).

1 Graduandos em Medicina pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG). E-mail: ana.2137411@discente.uemg.br; lucas.2137080@uemg.br; maria.2136997@discente.uemg.br.

2 Graduandos em Medicina pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG). E-mail: ana.2137411@discente.uemg.br; lucas.2137080@uemg.br; maria.2136997@discente.uemg.br.

3 Graduandos em Medicina pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG). E-mail: ana.2137411@discente.uemg.br; lucas.2137080@uemg.br; maria.2136997@discente.uemg.br.

4 Enfermeiro. Doutorando pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). E-mail: gilmar.machado@usp.br

5 Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Pós-doutoranda na EERP/USP. E-mail: jaque_fesp@hotmail.com

6 Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente do curso de enfermagem e medicina da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil. E-mail: maria.cardoso@uemg.br

Segundo Starfield (2002), a APS deve ser orientada pelos princípios do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar, enfoque comunitário e competência cultural. No país, pode-se entender que a APS tem sido apresentada como estratégia de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas nota-se ainda que ela possui um viés restritivo muitas vezes, atuando de modo seletivo ou apenas como primeiro nível de atenção (MENDES, 2015).

Dessa forma, é importante que o médico que irá atuar na APS esteja capacitado para seguir os princípios citados acima, considerando a determinação social da saúde e abordando a comunidade e seus clientes com resolutividade. Nesse cenário emergiu a seguinte questão norteadora deste estudo: quais são os desafios presentes na formação e manutenção de profissionais médicos nos serviços de APS?

Assim, o presente estudo tem como objetivo discorrer acerca dos principais desafios encontrados na formação e manutenção de profissionais médicos na APS.

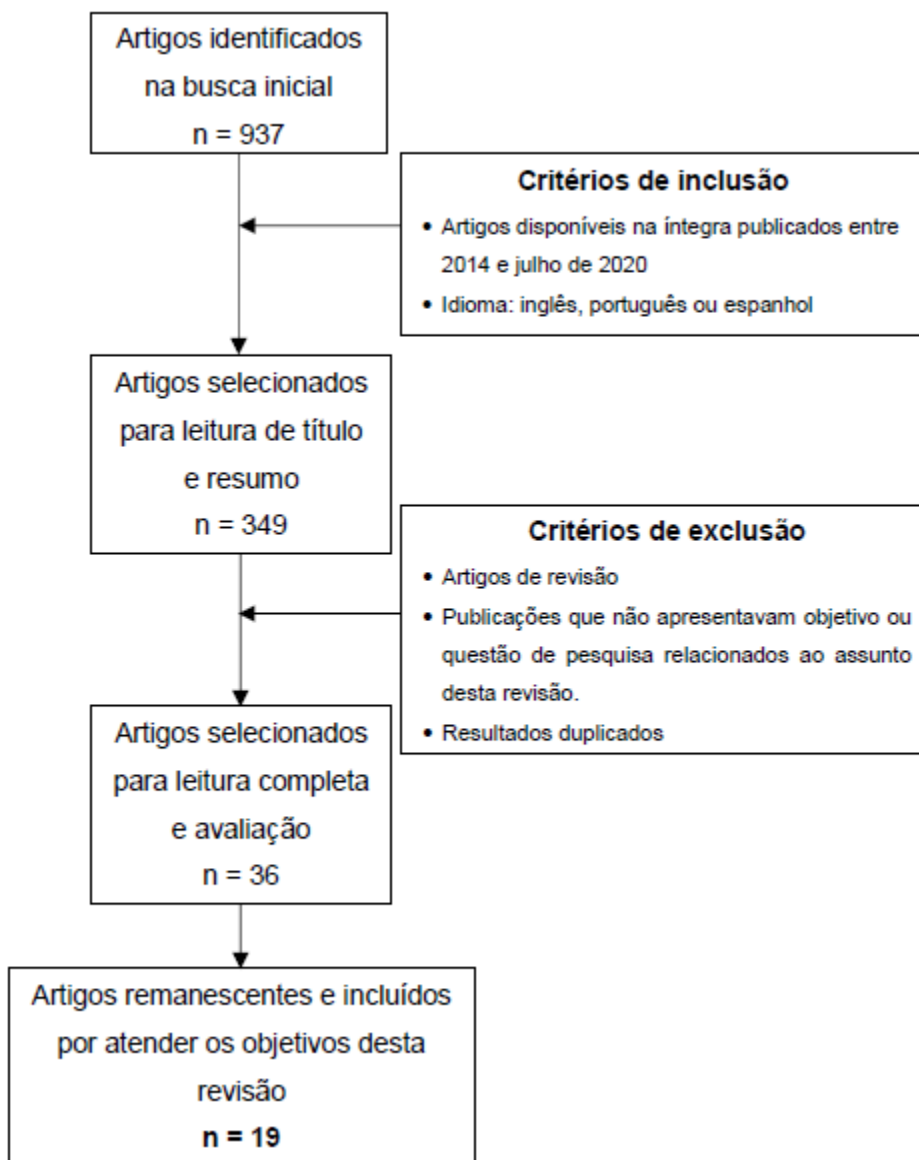
Procedimentos Metodológicos

Trata-se de uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter reflexivo. Foram selecionados estudos disponíveis na base de dados LILACS utilizando os descritores “Educação Médica” e “Atenção Primária à Saúde”. Estudos disponíveis na íntegra, publicados no período de 2014 a junho de 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol foram incluídos.

Os critérios de exclusão foram: revisões de literatura, resultados duplicados, publicações que não abordavam a temática da formação médica no contexto da APS ou textos que não respondiam a questão norteadora deste estudo.

Retornaram a busca 937 publicações e, após aplicar os critérios de inclusão, resultaram em 349 correspondências. Desses, 36 foram selecionados por meio da leitura do título e resumo, e os demais excluídos pelos critérios mencionados acima. A partir da leitura completa e avaliação, 19 artigos foram considerados pertinentes e incluídos nesta revisão. A Figura 1 sumariza o processo realizado.

Figura 1 – Métodos para a seleção de artigos na base de dados LILACS.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Resultados

Os desafios apontados pelos artigos selecionados foram agrupados em três eixos temáticos, sendo: 1) Formação médica durante a graduação; 2) Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC); 3) Carreira do profissional na APS.

Os estudos selecionados para compor esta revisão e o eixo temático que abordam, dentro das etapas definidas, estão expostos no quadro 1.

Quadro 1 - Estudos componentes desta revisão e eixo temático correspondente.

Eixo Temático	Título	Autor (es)	Ano de Publicação
Formação médica	Aprendendo a clínica do sofrimento social: narrativas do internato na Atenção Primária à Saúde	Cardoso e Campos	2020
Formação médica	Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico	Coelho et al.	2020

Residência médica	The More Doctors Program and Family and Community Medicine residencies: articulated strategies of expansion and interiorization of medical education	Barrêto et al.	2019
Formação médica e Entraves na carreira	O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas	Matias et al.	2019
Residência médica e Entraves na carreira	The More Doctors Program and the rearrangement of medical residency education focused on Family and Community Medicine	Oliveira et al.	2019
Formação médica	The More Doctors Program and the Curricular Guidelines for Medical courses: a comparative analysis among higher education institutions	Vargas et al.	2019
Entraves na carreira	Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS	Couto et al.	2018
Formação médica	A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde	Vieira et al.	2018
Residência médica e Entraves na carreira	Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção	Izecksohn et al.	2017
Formação médica	Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica	Oliveira et al.	2017
Formação médica	Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina da Família e Comunidade do Estado de São Paulo	Rodrigues et al.	2017
Formação médica	Medicina de Família do Primeiro ao Sexto Ano da Graduação Médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço	Silva et al.	2017
Entraves na carreira	Predictors for choosing the specialty of Family Medicine from undergraduate knowledge and attitudes	Ayuso-Raya et al.	2016
Entraves na carreira	Relatos médicos sobre formação acadêmica e trabalho na Estratégia de Saúde da Família	Barboza et al.	2016
Residência médica	Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoria	Castells, Campos e Romano	2016
Formação médica	Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos	Almeida Filho et al.	2015

Formação médica e Entraves na carreira	A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária	Carácio et al.	2014
Entraves na carreira	Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais	Matos et al.	2014
Entraves na carreira	Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia da Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres	Melo et al.	2014

Fonte: elaborado pelos autores, 2020

1) Formação médica durante a graduação

Dentre as principais dificuldades apresentadas na graduação, destacam-se: a ênfase em um modelo hospitalocêntrico (VIEIRA et al., 2018); a predominância do modelo biomédico (CARDOSO, CAMPOS, et al., 2020; COELHO et al, 2020; VARGAS et al., 2019; ALMEIDA-FILHO et al., 2015) com uma visão mecanicista e tecnicista do médico que trata doenças; a formação baseada em uma especialização/superespecialização médica (VIEIRA et al., 2018; CARÁCIO et al., 2014); a pouca vivência no SUS e desconhecimento das políticas públicas de saúde (RODRIGUES et al., 2017).

Além disso, verificam-se déficits relacionados à qualificação docente e falta de preceptores no âmbito da APS, somado a deterioração de ambientes físicos, a rotatividade de médicos e a subvalorização da APS pelos próprios profissionais do setor que geram expectativas negativas durante a graduação (RODRIGUES et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017).

2) Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC)

O cenário imbuído à residência em MFC está, ao longo dos últimos anos, demonstrado pelo crescimento do número de vagas de residência médica ofertadas a esta especialidade por meio de programas governamentais, oferta de preceptoria médica e incentivo estatal à formação e consolidação de especialistas no ramo (BARRETO et al., 2019).

No que se refere aos principais entraves encontrados na realização da residência em MFC aparecem o uso da APS como forma de trabalho temporário ou com objetivo de angariar pontos nos outros processos seletivos de residência médica (BARBOZA et al., 2016).

Já no que concerne aos residentes são muitos os desafios que os cercam durante este período, dentre eles a baixa remuneração salarial, a não exigência da especialização em MFC para trabalhar na APS, sobrecarga de trabalho da equipe e desproporção na quantidade de preceptores para com residentes em muitos casos (IZECKSOHN et al., 2017; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

3) Carreira do profissional na APS.

Em relação aos entraves para o estabelecimento de uma carreira efetiva no âmbito da APS, nota-se um cenário de incertezas frente a atual conjuntura enfrentada pelo SUS (OLIVEIRA

et al., 2019), à desestruturação da importância da APS e transferência de responsabilidades para os níveis secundário e terciário, por exemplo (COUTO et al., 2018).

Outrossim, também é relevante citar os achados de desvalorização financeira enfrentada pelos médicos atuantes na APS (CARÁCIO et al., 2014; MATOS et al., 2014; MELO et al., 2014), e o frequente exercício da posição como algo temporário até ser possível atuar na área em que realmente se deseja estar (BARBOZA et al., 2016).

Discussão

A organização, o desenvolvimento e a avaliação dos cursos de Graduação em Medicina no Brasil são regidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, que ressaltam a formação de um médico generalista apto a atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Além disso, prevê-se que 30% do internato realizado nos últimos dois anos do curso, sejam realizados em APS e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, destacando ainda que as atividades do regime de internato voltadas para a APS devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade, tentando assim, garantir que o aluno tenha vivência durante a graduação (BRASIL, 2014).

No entanto, verifica-se ainda a existência da formação durante a graduação pautada no modelo biomédico, considerando o ser humano como uma máquina, acometida nos diversos sistemas orgânicos. Busca-se cada vez mais o entendimento da fisiopatologia, a busca de um diagnóstico e tratamento afastando da visão holística do ser (CARDOSO, CAMPOS, 2020; COELHO et al., 2020; VARGAS et al., 2019; ALMEIDA FILHO et al., 2015).

O fascínio ainda vislumbrado no modelo biomédico atrai o graduando à visão hospitalocêntrica e baseada na especialização. O emprego das novas tecnologias duras e alta densidade tecnológica geram a impressão de que apenas essas instituições apresentam alto poder resolutivo e definitivo para os problemas de saúde da população (VIEIRA et al., 2018), mas é a APS que deve atuar como a porta de entrada preferencial, prover a atenção à saúde e coordenar o cuidado (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2019) e diversos estudos apontam a importância de se reconhecer a APS (RODRIGUES et al., 2017) nestes papéis.

Já a especialização médica surge como uma lógica de organizar os saberes profissionais. A escolha precoce da especialização é apontada como consequência da fragmentação do ensino, da valorização do ambiente hospitalar, da influência de inovações tecnológicas, das corporações médicas e industriais e das expectativas financeiras (MATIAS et al., 2019). A graduação baseada por uma atenção especializada afeta os interesses pelos conteúdos, considerando apenas aqueles que seriam essenciais ao ser médico idealizado, que por fim limita a formação adequada para atuar nos diferentes níveis de atenção (VIEIRA et al., 2018; CARÁCIO et al., 2014).

Muitos desafios ainda precisam ser superados para a promoção da APS na graduação de medicina, já que a experiência na APS é marcada por cenários de prática com alta rotatividade ou ausência de médicos, professores com pouca experiência sobre o serviço, profissionais

desmotivados e frustrados, somado à precariedade das condições e relações de trabalho, influenciando negativamente na percepção dos alunos quanto a atuação nesses locais (RODRIGUES et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017).

Recrutar o ensino médico rejeitando um modelo hospitalocêntrico e mecanicista/tecnicista voltado a especialização exige uma mudança cultural (CARÁCIO et al., 2014). Modelos curriculares que inserem os alunos precocemente em ambientes com infraestrutura adequada, profissionais docentes valorizados com postura dialógica comprometidos com construção coletiva, ressaltando os aspectos biológicos e sociais alinhando uma formação mais próxima à realidade da APS (OLIVEIRA et al., 2017).

Novas propostas apontadas por Silva et al. (2017) como a inserção dos alunos nos ambientes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), contratação de médicos de família e comunidade para atuarem como docentes, construção de ações interdisciplinares, uso de metodologias ativas e adequadas ao perfil do estudante, uso de avaliações formativas, aprimoramento pedagógico-assistencial, discussão de temas pertinentes à APS e fomento à produção científica sobre APS são alguns contornos sugeridos a preencher as lacunas da graduação.

A formação de médicos especialistas com residência em MFC é peça chave ao desenvolvimento da APS globalmente. Na maioria dos países da América Latina há ainda entraves principalmente relacionados a este nível de formação. O estudo de Ruilova et al (2016), demonstrou que apenas México e Cuba estão próximos do contingente necessário de especialistas em MFC na América Latina, estando o Brasil com números insuficientes destes profissionais.

No Brasil, apesar da APS ser a pedra angular do SUS, a especialização em MFC encontra entraves pertencentes às esferas sociocultural e acadêmica. Starfield (2002) afirmou que a imagem social apresentada ao médico sobre a MFC é carregada socialmente pelo sentimento de inferioridade do médico atuante na APS perante colegas de outras especialidades e carência de reconhecimento desta especialidade.

Diante da eminente necessidade de atender as demandas populacionais de forma regional e do fortalecimento do modelo assistencial centrado na APS, foram desenvolvidos programas governamentais sociais de incentivo à realização de residência em MFC nas últimas décadas, com aumento do número de bolsas, incentivos financeiros e estruturação através da contratação de preceptoria médica (BARRÊTO et al., 2019).

Na esfera acadêmica se destacam os desafios da preceptoria médica no programa de residência em MFC. Remuneração insatisfatória, baixo número de preceptores associado a elevado número de residentes, carência de organização na agenda da APS, dupla responsabilidade na qualidade de médico assistente e orientador bem como elevada carga de trabalho são alguns deles. Este cenário impacta sobremaneira na formação e capacitação do médico a ofertar resolutividade na APS. Dessa forma, é primordial maiores investimentos na

carreira de preceptor, proporcionalidade médico-orientador-população assistida e organização da agenda da APS (IZECKSOHN et al., 2017; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

Entretanto mesmo diante de todos estes incentivos cerca de 73,9% do total de vagas dos três anos de residência em MFC não foram ocupadas em 2017, como mostra o estudo de Scheffer et al. (2018) sobre demografia médica. Ou seja, houve aumento do número de vagas ofertadas por meio de incentivos governamentais, e há um crescimento lento de seu preenchimento ao longo dos anos, o que demonstra a permanência de iniquidades desde a graduação até a residência médica, a iminente necessidade de consolidação do médico especialista na resolutividade, longitudinalidade e integralidade na rede de atenção.

Diante disso, medidas como incentivo à formação e capacitação de preceptores médicos, melhorias financeiras na bolsa de residência em MFC e implementação de planos de permanência do profissional qualificado são imprescindíveis ao aumento das taxas de entrada e permanência na APS, proporcionando atenção à saúde de qualidade e com longitudinalidade. A partir disso, o Brasil pode angariar no futuro taxas superiores a 30% das vagas totais de residência médica sendo ocupadas pela modalidade de MFC (BARRÊTO et al., 2019)

Ademais, é preciso considerar e discutir os motivos pelos quais a especialização em MFC – que tornariam o profissional médico enormemente mais capacitado para a atuação na APS, como já discutido – não é tão procurada, de acordo com a realidade profissional vivenciada.

O SUS enfrenta atualmente grandes dificuldades e há um constante sentimento de iminente colapso da saúde pública, com empecilhos na continuidade das políticas sociais (OLIVEIRA et al., 2019). Esse cenário de incertezas corrobora, certamente, para acentuar a dificuldade na manutenção de profissionais interessados em atuar no sistema público brasileiro, em especial na APS.

Quando a APS não funciona como porta de entrada preferencial do usuário, há uma sobrecarga nos outros níveis de atenção, que além de maléfica para o funcionamento adequado do sistema, conduz a uma desvalorização por parte dos usuários da importância do nível primário. Assim sendo, os profissionais médicos que atuam na APS podem ser influenciados por esses sentimentos, um desestímulo constante à sua operação (COUTO et al., 2018). Esse cenário de baixo reconhecimento social e político da APS pode influenciar negativamente na decisão na escolha médica da MFC como uma opção na especialização (AYUSO-RAYA et al., 2016; CARÁCIO et al., 2014).

Há também uma desvalorização financeira dos profissionais da APS – evidenciada pela falta ou ineficácia de um plano de carreira consolidado e estabilidade precária – que acaba por resultar em alta rotatividade desses trabalhadores (CARÁCIO et al., 2014). Outro motivo para essa alta taxa de revezamento encontra-se no grande número de profissionais recém formados e sem especialização que utilizam do serviço em UBS como uma alternativa provisória em suas carreiras, ou até a possibilidade de melhor remuneração em outras atividades (MATOS et al., 2014; MELO et al., 2014).

Dentre os incentivos governamentais para atrair médicos na APS podem ser citados o Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (Pet-Saúde), o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas em 2009 (Pró-Residência) e o Programa de Valorização da Atenção Básica em 2012 (PROVAB). Dentre as ações implementadas se destaca o aumento da oferta de vagas de residência médica em MFC (BARRETO et., 2019).

Diante a permanência da baixa adesão de profissionais na APS foi criado o programa Mais Médicos, instituído pela Lei 12.871/2013, implementando o aumento de vagas destinadas a residência médica bem como originalmente a obrigatoriedade de realização de um a dois anos de residência em MFC para ingresso em outros programas de especialização (BRASIL, 2013). Este programa tinha como objetivo suprir demandas de médicos em localidades remotas e incentivar a especialização através da residência em MFC (OLIVEIRA et al, 2019).

Com o intuito de incentivar a ocupação das vagas ofertadas, substituir o Mais Médicos e suprir as necessidades da APS, foi implementado o Programa Médicos pelo Brasil através da Lei 13.958 em 2019. Os objetivos são incentivar a formação especializada de médicos de família e comunidade com a oferta de 18.000 mil vagas de residência na área (SUPPA, 2019), estruturar carreira médica no ramo e ofertar assistência a áreas remotas bem como a populações em situação de risco e/ou vulneráveis, inclusive com bonificação para profissionais trabalharem em regiões rurais ou intermediárias (BRASIL, 2019).

O Programa Médicos pelo Brasil pode vir a se tornar um incentivo à consolidação da APS e ao aumento e permanência de médicos especialistas na área, muito embora seja recente e não haja estudos que comprovem sua real eficácia.

Considerações Finais

À luz do exposto, os desafios na formação especializada do médico de família e comunidade perpassam pela graduação, escolha da especialidade, residência e permanência no mercado de trabalho da APS. Podem ser descritos como entraves para a sua superação: o modelo biomédico ainda presente na graduação, com ensino fragmentado e valorização da assistência hospitalar; a expectativa financeira e a imagem social desvalorizada e pouco atrativa da residência em MFC e dos cenários de prática na APS; a carência de recursos educacionais; e a ausência de um plano de carreira.

Dentre as limitações encontradas para a realização do manuscrito estão a pesquisa bibliográfica em apenas uma base de dados e a utilização de textos disponibilizados na íntegra e acessíveis. Todavia, pode-se inferir que é primordial à consolidação da APS a qualificação médica através da residência em MFC, sendo necessário, portanto, o incentivo à especialização, bem como a realização de novo estudos sobre o tema.

Referências

- ALMEIDA FILHO, Naomar; LOPES, Antonio Alberto; SANTANA, Luciana Alaíde Alves; SANTOS, Vanessa Prado; COUTINHO, Denise; CARDOSO, Antonio José Costa, et al. Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 123-134, Mar. 2015.
- AYUSO-RAYA, María Candelaria; ESCOBAR-RABADÁN, Francisco; LÓPEZ-TORRES-HIDALGO, Jesús; MONTOYA-FERNANDÉZ, Julio; TÉLLEZ-LAPEIRA, Juan Manuel; CAMPA-VALERA, Francisco. Predictors for choosing the specialty of Family Medicine from undergraduate knowledge and attitudes. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 134, n. 4, p. 306-314, Ago. 2016.
- BARBOZA, Jaqueline Santos; LEMOS, Amanda Batista da Silva; BARREIRO, Bruna Fraga Guimarães; PEIXOTO, Gabriela Bernardes Martins. Relatos médicos sobre formação acadêmica e trabalho na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-8, Dez 2016.
- BARRÊTO, Danyella Silva; NETO Alexandre José de Melo; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros; SAMPAIO, Juliana; GOMES, Luciano Bezerra; SOARES, Ricardo de Souza. Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.23, supl., e180032, 2019.
- BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Ministério da Saúde lança Programa Médicos pelo Brasil**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/5575>>. Acesso em: 19 jul. 2020.
- BRASIL. **Lei nº12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, Out. 2013.
- BRASIL. **Lei nº13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Brasília, Dez. 2019.
- CARÁCIO, Flávia Cristina Castilho; CONTERNO, Lucieni Oliveira; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; OLIVEIRA, Ana Claudia Heiras; MARIN, Maria José Sanches; BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2133-2142, Jul. 2014.
- CARDOSO, Felipe Monte; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Aprendendo a clínica do sofrimento social: narrativas do internato na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1260, Abr. 2020.
- CASTELLS, Maria Alicia; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; ROMANO, Valéria Ferreira. Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoria. **Rev. Bras. Educ. Médica**, v. 40, n.3, p. 461-469, 2016.
- COELHO, Márcia Gomes Marinheiro; MACHADO, Maria Fátima Antero Sousa; BESSA, Olivia Andrea Alencar Costa; NUTO, Sharmênia Araújo Soares. Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190740, Jun. 2020.
- COUTO, Vanessa Brito Miguel et al. Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 5-14, Jun 2018.
- FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues; ALMEIDA, Patty Fidelis de; BOUSQUAT, Aylene. Atenção Primária à Saúde e os desafios para a integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães et al. **Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. E-Book. ISBN 978-85-7541-629-7.

IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira; TEIXEIRA JUNIOR, Jorge Esteves; STELET, Bruno Pereira; JANTSCH, Adelson Guaraci. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 737-746, Mar. 2017.

MATIAS, Maria Cláudia; VERDI, Maria; FINKER, Mirelle; DA ROS, Marco Aurélio. O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 115-127, 2019.

MATOS, Fabrícia Vieira de; CERQUEIRA, Marília Borborema Rodrigues; SILVA, Anderson Wesley Medeiros; VELOSO, Júlia de Castro Vieira; MORAIS, Karla Verônica Alves de; CALDEIRA, Antônio Prates. Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 198-204, Jun 2014.

MELO, Victor Hugo; RIO, Suzana Maria Pires do; BONITO, Rosuítá Fratari; LODI, Cláudia Teixeira Costa; FONSECA, Maria Tereza Mohallem; AMARAL, Eliana. Dificuldade dos médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, vol. 9, n. 30, p 3-12, Mar 2014.

MENDES, E. V. **A Construção Social do SUS**. Brasília: Conass, 2015. 193 p.

OLIVEIRA, Ana Luíza de Oliveira; MELO, Lucas Pereira; PINTO, Tiago Rocha; AZEVEDO, George Dantas; SANTOS, Marcelo. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1355-1366, 2017.

OLIVEIRA, Felipe Proença de; ARAÚJO, Cássia de Andrade; TORRES, Odete Messa; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de; SOUZA, Priscilla Azevedo; OLIVEIRA, Francisco Arsego de; ALESSIO, Maria Martins. The More Doctors Program and the rearrangement of medical residency education focused on Family and Community Medicine. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180008, 2019.

RODRIGUES, Elisa Toffoli; FORSTER, Aldaísa Cassanho; SANTOS, Luciane Loures; FERREIRA, Janise Braga Barros; FALK, João Werner; FABBRO, Amaury Lelis Dal. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 604-614, Dez. 2017.

RUILOVA, Gabriela Armijos; CASPI, Luisa Vaca; GARCÍA, Luis Aguilera; VICENTI, Verónica Casado; HIERRO, Galo Sánchez del; DURÁN, Susana Alvear. Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v.11, suppl 1, p. 47-60, 2016.

SCHEFFER, Mário et al. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, p. 286, 2018. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SILVA, Andréa Tenório Correia; JUNIOR, Martim Elviro Medeiros; FONTÃO, Paulo Nogueira; FILHO, Haraldo Cesar Saletti; JUNIOR, Pedro Félix Vital; BOURGET, Monique Marie Marthe, et al. Medicina de Família do Primeiro ao Sexto Ano da Graduação Médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 336-345, Jun. 2017.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

SUPPA, Christiana. **Presidente Bolsonaro sanciona Lei do Médicos pelo Brasil**. Saude.gov.br, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46160-presidente-bolsonaro-sanciona-lei-do-medicos-pelo-brasil>>. Acesso em: 01 de ago. de 2020.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; VARGAS, Diogo de Souza; CAMPOS, Maruo Macedo; CAETANO, Rodrigo da Costa. The More Doctors Program and the Curricular Guidelines for Medical courses: a comparative analysis among higher education institutions. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e170903, 2019.

VIEIRA, Swheelen de Paula; PIERANTONI, Celia Regina; MAGNAGO, Carinne; NEY, Márcia Silveira; MIRANDA, Rômulo Gonçalves. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da

formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 189-207, Set. 2018.

Capítulo 27

DETERMINANTES SOCIAIS E GEOGRÁFICAS NO PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DO HIV E A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO PERFIL ESTABILIZADOR

SOCIAL AND GEOGRAPHICAL DETERMINANTS IN THE HIV DIAGNOSIS PROCESS AND PRIMARY CARE AS A
STABILIZING PROFILE

Livia Dantas Frago¹
Heloísa da Silva Araújo²
Rita de Cássia Pereira Dantas³
Raissa Suiane Gomes Cândido⁴
Luana Idalino da Silva⁵

RESUMO: Objetivo: analisar o comportamento epidemiológico do HIV e sua relação com as ações de prevenção- primária e secundária desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde, no período de 2013 a 2019. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo com análise dos dados epidemiológicos do HIV e das ações de prevenção na APS, no período de 2013 a 2019. **Resultados:** percebeu-se que entre os sexos houve uma prevalência de 39% de HIV nos homens. A região Sudeste tem o maior número de casos notificados e em contrapartida a região Centro-Oeste tem um índice maior de controle dos casos. Quanto o número de testes realizados o Sudeste tem maior quantidade e o Centro-Oeste a que menos oferta, quanto as ações coletivas tem-se um número crescente de ações com participação majoritária de mulheres.

Palavras-chave: HIV. Atenção Primária à saúde. Vírus. Epidemiologia.

ABSTRACT: Objective: to analyze the epidemiological behavior of HIV and its relationship with the prevention actions - primary and secondary developed in Primary Health Care, in the period from 2013 to 2019. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional and retrospective study with analysis of epidemiological data on HIV and prevention actions in PHC, from 2013 to 2019. **Results:** it was noticed that between men and women there was a 39% prevalence of HIV in men. The Southeast region has the highest number of reported cases and in contrast the Midwest region has a higher rate of case control. As far as the number of tests performed is concerned, the Southeast has the greatest quantity and the Midwest has the least offer, as for collective actions there is an increasing number of actions with a majority participation of women.

Keywords: HIV. Primary health care. Virus. Epidemiology.

Introdução

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) produz a base patológica da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (FERREIRA, 2010, p. 1743). A convivência com o HIV apresenta grandes desafios além dos aspectos biológicos, como lidar com fatores emocionais e estressores relacionados à doença. Sendo ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) um modelo de atenção à saúde de acordo com a capacidade instalada de cada realidade, havendo a necessidade de envolver diferentes níveis de atenção. A atenção primária, por sua vez, é

1Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Patos UNIFIP. E-mail: liviadantasmed2023@gmail.com; heloaraujo1618@gmail.com; ritadantasp@gmail.com; raissa.suiane0@gmail.com

2 Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Patos UNIFIP. E-mail: liviadantasmed2023@gmail.com; heloaraujo1618@gmail.com; ritadantasp@gmail.com; raissa.suiane0@gmail.com

3 Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Patos UNIFIP. E-mail: liviadantasmed2023@gmail.com; heloaraujo1618@gmail.com; ritadantasp@gmail.com; raissa.suiane0@gmail.com

4 Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Patos UNIFIP. E-mail: liviadantasmed2023@gmail.com; heloaraujo1618@gmail.com; ritadantasp@gmail.com; raissa.suiane0@gmail.com

5Mestranda em Ciências da Saúde pela FCMSCSP e professora do Eixo Atenção Primária à Saúde do Curso de Medicina- UNIFIP. E-mail: luanasilva@fiponline.edu.br

fundamental para melhoria do acesso e vínculo com o SUS, contribuindo para a prevenção e o cuidado das pessoas com HIV (MARCELLIN, 2017; BRASIL, 2017)

O Brasil foi duramente atingido pela pandemia de HIV / Aids nos anos 80; sendo detectado o primeiro caso de AIDS em 1980 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p.7). Em 1996, a terapia antirretroviral universal gratuita foi estabelecida no Brasil pela Lei nº 9313 (Lei Sarney), garantindo assim a sustentabilidade financeira do Programa Brasileiro de HIV/Aids. O tratamento antirretroviral fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é financiado inteiramente por recursos nacionais desde a sua concepção (BENZAKEN, 2019).

Além disso, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) desenvolveu o último “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” em 2018, no qual a apresentação da Rede de Atenção à Saúde para PVHIV. Nela o usuário transita entre os diversos níveis de assistência à saúde, em especial entre a Atenção Básica e os Serviços de Atenção Especializada (SAE). Os SAE continuam a realizar o atendimento aos casos de maior complexidade, gestantes, crianças, pacientes coinfectados e sintomáticos. As unidades básicas de saúde (UBS) devem assistir aos casos assintomáticos e o controle dos pacientes estáveis, à semelhança dos cuidados para condições crônicas já realizadas nas unidades da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Ademais, a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser um agente potencializador do diagnóstico precoce, uma vez que disponibiliza a realização de testes rápidos para a detecção de HIV, na perspectiva de ampliar o acesso ao diagnóstico precoce. Contudo, a falta de ações programáticas para a atenção em HIV/AIDS na APS tem relação direta ao fato de que, no Brasil, o cuidado à Pessoa que Vivem com HIV/Aids (PVHA) ainda permanece majoritariamente centralizado no (SAE) (COLAÇO, 2019, p.8).

Entretanto, é essencial que a APS passe a ser encarada como um serviço responsável também pela atenção em HIV/aids, uma vez que, como principal porta de entrada do sistema de saúde, é o local onde ocorre o primeiro contato do usuário com o sistema, possuindo aspectos de acessibilidade geográfica, muitas vezes superior ao que os SAE podem oferecer (OLIVEIRA, 2013).

Com isso, a oferta de ações de prevenção do HIV implica no trabalho de forma integral, considerando toda a população, independentemente do usuário ter ou não a infecção, e adotando abordagens em várias escalas ou níveis de prevenção, para o indivíduo, o casal, as redes sociais (e sexuais), os grupos e instituições, ao âmbito comunitário (SACRAMENTO, 2016).

Destaca-se, para tanto, em um viés histórico-sócio-cultural, o conceito de vulnerabilidade foi vinculado à AIDS e suas repercussões individuais e sociais, na qual se destaca três variantes: a vulnerabilidade individual que está diretamente relacionada a comportamentos e/ou atitudes que apresentam maior possibilidade de infecção pelo HIV; a vulnerabilidade social que, em uma esfera mais coletiva, diz respeito ao grau de escolaridade, ao seu acesso à informação, aos serviços de saúde, suas condições de bem-estar social, sua renda individual e familiar, entre outros; e, por fim, a vulnerabilidade programática que envolve as questões de compromissos governamentais,

financiamento e desenvolvimento de ações preventivas e educacionais destinados ao combate e/ou controle da Aids (SCHAURICH, 2013).

Sendo, portanto, as Estratégias de saúde da Família (ESF) capazes de desempenhar papel decisivo no cuidado integral às PVHIV, tendo em vista que possuem mais proximidade, contato e vínculo com pessoas do território adscrito.

Ante o exposto, faz-se necessário analisar o comportamento epidemiológico do HIV e sua relação com as ações de prevenção- primária e secundária desenvolvidas na APS, no período de 2013 a 2019, com base em dados coletados em sites de notificações explanando a relação da AIDS na APS, em suas potencialidades e fragilidades.

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo com abordagem quantitativa com análise dos dados epidemiológicos do HIV e das ações de prevenção na APS, no período de 2013 a 2019.

Os dados foram coletados no Sistema de Informações e Agravos de Notificações (SINAN), no qual podem ser encontradas referências aos casos de AIDS desde o ano de 1980 até 2019. Utilizou-se também o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) que apresenta os relatórios de atividades coletivas na APS, bem como, o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA) que é uma plataforma que funciona como fonte de dados de atendimentos ambulatoriais e seu uso é mais voltado para o controle de gastos com as assistências ambulatoriais.

Foram extraídas notificações do SINAN com base nos seguintes critérios: 1-região: todas, 2- sexo: feminino e masculino, 3- faixa etária: todas, 4- orientação sexual: homossexual, heterossexual e bissexual e 5- escolaridade: sem escolaridade, fundamental, médio e superior. No SISAB utilizou-se os critérios: 1- competências: janeiro de 2014 a dezembro de 2019, 2-Tema em saúde: saúde sexual e reprodutiva, 3- Participantes: adolescentes, mulher, homem e idoso. No SIA foram aplicados os filtros: 1- Procedimentos: Pesquisa de HI por Imunofluorescência; Teste rápido para detecção de HIV na Gestante e pai/parceiro, Teste rápido para detecção pelo HIV. 2- Ano: 2013 a 2019.

Vale ressaltar que não houve critérios de inclusão para a abordagem de um grupo específico, de modo a evidenciar o tema de forma universal. No entanto, foram utilizados critérios de exclusão para dados que não correspondiam aos objetivos do trabalho, estavam inconclusivos ou apresentavam variáveis discordantes.

Ademais, o universo observado na pesquisa foi caracterizado por todas as regiões do Brasil: Centro-oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul. Em relação aos anos pesquisados, o presente estudo abordou entre 2013 e 2019, sendo o período mais recente disponibilizado pela plataforma. Para as atividades coletivas não foram incluídas as ações referentes ao ano 2013, pois não estavam disponíveis na base de dados. Para a apresentação dos resultados foram

usados gráficos e tabelas, nos quais apresentam comparações de dados nas plataformas mencionadas.

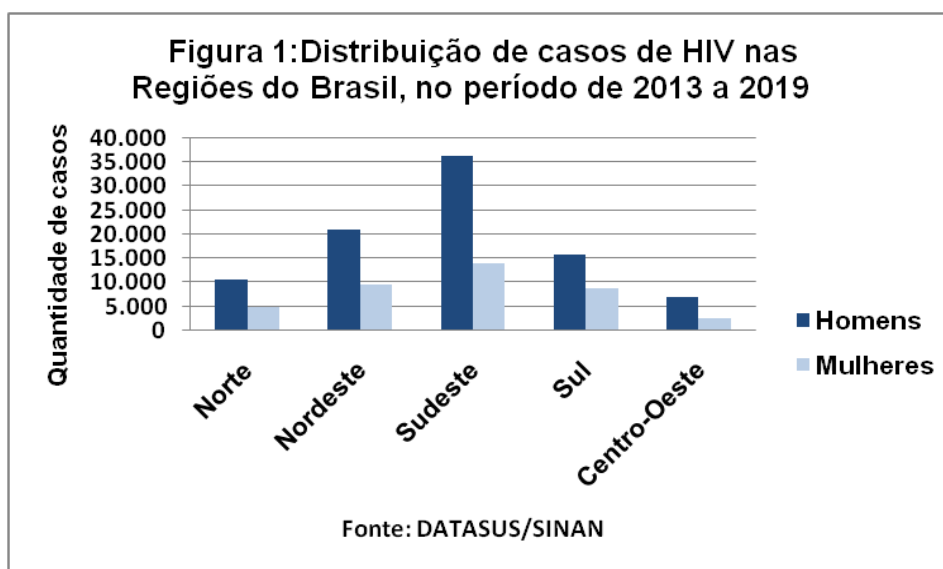
Contudo, apesar dos altos índices de notificações, vale destacar o viés quando se trabalha com informações secundárias, estima-se que os números podem fragilidades, devido à alta taxa de subnotificações.

Resultados e Discussão

Conforme dados apresentados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2013 a 2019, foram notificados foram registradas um total de 90.288 homens e 39.696 mulheres infectados pelo HIV no Brasil. A figura 1 mostra a soma dentre esse período de 7 anos de casos diagnosticados por região e diferenciado por sexo, mostrando que houve uma queda de 29.064 casos dentre os homens comparando-se a região Sudeste (maior incidência) em relação a Centro-Oeste (menor incidência).

Dentre os casos de mulheres, nota-se um aumento significativo de 11. 248 casos da região Centro-Oeste em comparação com a Sudeste. Ao total, nota-se o Sudeste, a região, com maior taxa de infecção em oposição ao Centro-Oeste com melhores índices de controle da infecção por HIV e com um total de 9.676 homens e mulheres.

Figura 1: Distribuição de casos de HIV nas regiões do Brasil, no período de 2013 a 2019.



Para Trindade et. al (2019, pág. 157), o conhecimento da maior prevalência da doença no sexo masculino é importante para direcionar as políticas públicas e dar maior enfoque à saúde do homem. Para isso, ações de educação em saúde necessitam serem implementadas e intensificadas, particularmente quanto ao uso do preservativo masculino. Nesse contexto, percebe-se a importância e necessidade da Atenção Primária a Saúde como um dos pilares para ajudar no cuidado e acesso as informações sobre as formas de prevenção e promoção à saúde, visto que quanto maior enfoque dado a tais políticas públicas, menor será a incidência de diagnósticos.

Assim, faz-se necessário um projeto ampliado que dê suporte à qualificação do cuidado às PVHA na APS e com enfoque na saúde do homem, visto que esses estão mais propensos à doença devido a menor adesão no tratamento, classe que mais utiliza drogas injetáveis, baixa adesão ao uso de preservativos, aspectos culturais, determinantes do gênero como também a própria educação sexual. A desigualdade entre os sexos é histórica, evidenciando o poder do homem sobre a mulher também no que concerne à proteção da saúde feminina. Nesse ínterim, percebe-se ainda que os estereótipos masculinos são considerados uma grande dificuldade de assumir responsabilidade nas relações sexuais, custando mais vidas (REIS, 2016).

Tabela 1: Número de novos casos de HIV no período de 2013 a 2019 distribuídos de acordo com a faixa etária.

Faixa etária	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
01-12 anos	444	391	330	327	299	281	131
13-30 anos	2.740	12.446	12.283	11.722	11.961	11.386	5.134
31-55 anos	5.916	25.010	24.101	22.986	21.801	2.537	9.099
>55 anos	3.627	3.707	3.616	3.741	3.791	3.830	1.500
Total	2.727	41.554	40.330	38.776	37.852	18.034	15.864

Fonte: SINAN/DATASUS

Por meio da tabela 1 pode-se constatar uma decadência da classificação na etária dos 31 aos 55 anos no período de 2013 a 2018 e um aumento significativo no período de 2018 a 2019. Além disso, houve um controle com crianças entre 1 a 12 anos, bem como os maiores de 55 anos. Mesmo assim, a fase de maior incidência proliferativa do vírus entre as idades dos 13 aos 55 anos.

Segundo Colaço et. al. (2019), A APS pode ser um agente fortalecedor no diagnóstico precoce, uma vez que compete a ela a realização de testes rápidos para a detecção de HIV, na perspectiva de ampliar o acesso ao diagnóstico. Por conseguinte, o diagnóstico precoce propicia também o tratamento no início da doença, essencial para o controle da infecção e para a promoção da qualidade de vida.

Para Pereira et. al. (2014), a nível global, constata-se que há uma tendência do aumento das taxas de infecção na população de jovens, independente do contexto socioeconômico. Descreve-se ainda que adolescentes (13-19 anos) representam o grupo mais precocemente acometido por via sexual direta. Enquanto, os adultos jovens (20-24 anos) representam uma das faixas etária de maior prevalência da infecção pelo HIV, possivelmente adquirida na fase da adolescência.

Vários aspectos corroboram para tal aumento como a falta do preservativo, mudança na pirâmide etária, interação e comunicação diferente dos jovens de antigamente, maior liberdade sexual, início da vida sexual precoce somado a frequência de gravidez na adolescência. Além disso, existe o fato que hoje, há mais desenvolvimento no manejo da Aids. Isso faz com que haja

pouca preocupação entre os jovens, devido a decadência da mortalidade nos últimos anos e por acreditarem que a doença está controlada (PAIVA, 2019).

Tabela 2: Relação entre escolaridade e orientação sexual dos casos de HIV no período de 2013 a 2019 no Brasil

	Sem escolaridade	Fundamental	Médio	Superior
Homossexuais	170	5.752	12.292	10.734
Heterossexuais	2.407	38.861	21.099	5.749
Bissexuais	102	2.330	2.691	2.045
Total	2.679	46.943	36.082	18.528

Fonte: SINAN

Na tabela 2 que traz dados do SINAN verifica-se que há uma significativa proporcionalidade entre o tipo de escolaridade, orientação sexual e aspecto proliferativo da patologia. Percebe-se que os casos de prevalência ainda regem os seguintes fatores: Heterossexual e de ensino Fundamental e Médio com altas taxas de casos.

Corroborando o pensamento de Trindade et. al. (2019), sabe-se, que no Brasil, a maior prevalência do HIV/AIDS está diretamente relacionada à baixa instrução e a vulnerabilidade econômica. Em contrapartida, quanto maior a escolaridade, maior o estímulo e acesso a conhecimentos sobre riscos à saúde e transmissibilidade de doenças. Por isso, nota-se o destaque à diminuição de casos notificados de HIV de acordo com o aumento da escolaridade.

De acordo com Oliveira et. al. (2019), quando se trata da forma de exposição, um percentual significativo reportou ter adquirido o HIV em uma relação homossexual. Os homossexuais (HSHs) apresentam vulnerabilidades distintas ao HIV, que podem estar relacionadas tanto às atitudes e comportamentos sexuais (sexo anal sem preservativo), presença de múltiplos parceiros, uso de drogas lícitas e ilícitas, uso de internet para encontrar parceiros sexuais e sexo grupal, como também pelas estratégias primárias dos serviços de saúde em propor recrutamento e assistência qualificada para esse perfil de parcerias sexuais.

Nesse contexto, o tipo de relação sexual também é um fator influenciador na transmissão do vírus ao indivíduo, visto que o sexo anal desprotegido aumenta em dez vezes a probabilidade de infecção quando comparado ao sexo vaginal. Sendo mais observado o primeiro tipo de relação em HSHs, por isso, um dos motivos para o aumento na taxa de transmissão entre parceiros do mesmo sexo como analisado na tabela 2.

Tabela 3- Quantidade de testes de HIV realizados por região, no período de 2013 a 2019.

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2013	32.994	84.364	59.748	21.338	21.862	220.306
2014	55.036	125.609	95.393	49.603	32.692	358.333
2015	78.239	170.729	181.917	75.575	43.098	549.558
2016	128.529	214.047	332.511	104.145	51.696	830.928
2017	190.781	293.824	510.758	171.538	59.869	1.226.770

2018	200.090	452.831	582.787	191.580	51.887	1.479.175
2019	212.348	550.002	558.859	225.967	64.209	1.611.385
Total	898.017	1.891.406	2.321.973	839.746	325.313	6.276.455

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS

Na tabela 3 são apresentadas as quantidades de testes de HIV referentes ao teste de Elisa, que é o mais utilizado para diagnosticar a infecção, a partir da identificação de anticorpos contra HIV na corrente sanguínea. Além dos testes Western Blot, o Teste de Imunofluorescência Indireta para o HIV-1, que são utilizados como comprobatórios. E os testes rápidos que são disponibilizados para as equipes de saúde da família e permitem o rastreamento do HIV, como uma ação de prevenção secundária (BRASIL, 2017).

Os dados demonstram que o número de testes realizados foi crescente a cada ano, desta forma, permitindo acesso a população a serviços básicos de prevenção secundária como o rastreamento e o diagnóstico precoce. Particularmente nos anos 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018 houve uma ampliação superior a 15 % no número de testes de HIV realizados em relação do ano anterior. Sendo um indicador importante para avaliar a oportunidade do diagnóstico de HIV (BRASIL, 2013).

Observa-se também que a região do país que mais realiza os testes é o Sudeste, dados que podem justificar sua colocação como a região com maior incidência de casos. Por outro lado, percebe-se que o centro-oeste possui menor quantidade de testes realizados, condição que pode influenciar na dificuldade de acesso ao diagnóstico pela comunidade e assim os resultados em relação a incidência de HIV na região, podem ser sub estimada.

A justificativa para oferta de diagnóstico oportuno/precoce é que por mais que a infecção pelo HIV seja uma condição crônica, não tenha cura, há tratamento. Portanto, quanto mais cedo for realizado o diagnóstico e ofertado o tratamento, melhor será a condição de vida deste usuário (BRASIL, 2017).

Para Araújo et. al. (2017), a implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis na Atenção Básica, do Sistema Único de Saúde (SUS), forma o conjunto de estratégias do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis. Há dificuldades para a realização de testes rápidos para detecção de HIV nas unidades básicas de saúde e ainda são desafiadores, por conseguinte, infere-se a inevitabilidade de investimentos para que a realização dos testes faça parte da rotina de serviços ofertados nas UBS de modo fácil e prático.

Tabela 4: Nº de Atividades coletivas realizadas sobre o tema saúde sexual e reprodutiva no período de 2014 a 2019, por público alvo.

Por Região	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Centro-oeste	1.025	2.632	4.673	7.937	11.880	12.555	40.702
Nordeste	10.244	21.827	32.387	60.689	79.681	89.625	294.453
Norte	2.300	6.560	12.891	15.968	19.884	24.431	82.034
Sudeste	5.047	14.385	36.977	52.000	55.831	57.430	221.670
Sul	2.084	6.526	10.312	14.950	12.616	13.479	59.967
Por participantes	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Adolescentes	8.407	14.627	20.652	39.873	45.205	51.628	180.392
Homens	3.349	8.425	20.056	33.335	41.725	46.771	153.661
Mulheres	7.253	22.465	49.845	70.645	86.485	92.269	328.962
Idosos	1.078	3.085	7.134	11.061	14.335	16.034	52.727

Fonte: SISAB.

Observa-se, na tabela 4, que as regiões com maior número de atividades coletivas são o Nordeste e o Sudeste. Além disso, é possível perceber o comportamento crescente da implementação destas ações de prevenção primária em saúde em todas as regiões do país, com ascensão anual.

Além disso, dentre as atividades coletivas realizadas sobre o tema saúde sexual e reprodutiva identifica-se o público destinado, de modo intensivo, sendo os adolescentes e, principalmente, mulheres. Tal prerrogativa reafirma a figura 1, visto que a alta adesão das mulheres em realizar atividades educativas induz que há um maior acesso ao conhecimento e consigo, mais prevenção. No entanto, a carência na abordagem ao público masculino, seja pelos estereótipos sociais ou devido à própria decisão, leva ao fato da maior transmissão e diagnóstico de HIV ser, ainda, em homens.

De acordo com Brasil (2017) o uso de preservativo, não compartilhar seringas, agulhas e outros objetos perfurocortantes não esterilizados com outras pessoas, a não amamentação por mulheres vivendo com HIV/aids e outras medidas necessárias para impedir a transmissão vertical do HIV (da mãe para a criança) são medidas importante para prevenir a infecção por HIV. Sendo assim, as atividades coletivas cumprem um papel de extrema importância diante do agravo da doença, podendo reduzir a incidência. Sendo essencial o papel da APS como um serviço de saúde capitalizado e acessível que alcança um número público alvo importante para evitar e diminuir incidências de várias patologias, como a AIDS.

Dessa maneira, os serviços da APS entram como uma interferência fortalecedora nessa parada da proliferação viral através de práticas de prevenção e exames rotineiros. Sendo possível estabelecer linhas de cuidado relacionadas ao diagnóstico de HIV/aids através da realização dos testes rápidos e do estabelecimento de fluxo assistencial hierarquizado e integral, mesmo considerando que as condições de trabalho dos profissionais de saúde no SUS muitas vezes têm configurado obstáculos para o desenvolvimento de práticas comprometidas com a transformação

social e com a qualidade da assistência. Sendo assim, depara-se também com relevância em unir parcerias imprescindíveis ao indivíduo por meio da UBS, escola e família: Uma perspectiva de intersetorialidade (PINHEIRO, 2017).

Considerações Finais

A implementação de um modelo de atenção para PVHIV com a descentralização de ações para a atenção primária à saúde fortalece o cuidado a estes sujeitos e o estabelecimento de ações de promoção e prevenção.

Embora todos os avanços em relação aos cuidados em relação ao HIV as pessoas do sexo masculino, os adolescentes, os heterossexuais e aqueles que possuem baixa escolaridade ainda apresentam um comportamento de risco e são os mais incidentes para o HIV entre os sete anos do estudo. Diferentes aspectos corroboram para isso, como a não adesão ao sexo seguro com uso de preservativo, início da vida sexual precoce, entre os jovens existem uma menor preocupação de contrair a doença, aqueles que têm baixa escolaridade possuem também menor acesso à informação e menor chance de prevenção.

O acesso a procedimentos diagnóstico é um direito do usuário e uma ferramenta importante para os profissionais possibilitem o rastreamento, diagnóstico precoce e o tratamento, assim permitindo melhores condições de vida ao usuário. Além disso, como a realização de atividades coletiva garantem informações a população sobre a saúde sexual e reprodutiva e constituem uma estratégia de prevenção primária com baixo custo para o sistema.

Dessa forma, para que haja o controle da doença na população é necessário que exista um enfoque maior na saúde do homem principalmente, em educação sexual para todas as idades, pois ainda há uma grande prevalência da doença em outras faixas etárias, nas ações de conscientização em relação ao uso do preservativo, na assistência qualificada para os pacientes que apresentam resultado positivo.

Apesar da APS alcançar preferencialmente dois públicos, aqueles que estão em busca do diagnóstico e aqueles que já possuem este diagnóstico, sua capilaridade, a possibilidade de formação vínculo e a longitudinalidade possibilitam a promoção de melhores condições de vida e principalmente. Portanto há necessidade de ofertar de ações de prevenção, por meio de programas organizados de rastreamento, notificações para identificação precoce e realização de atividades coletivas sobre a saúde sexual e reprodutiva, com ênfase no HIV/AIDS.

Referências

ARAUJO, Willamis José et al . Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 1, p. 631-636, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700631&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0298>.

BENZAKEN, Adele S et al. "Antiretroviral treatment, government policy and economy of HIV/AIDS in Brazil: is it time for HIV cure in the country?." *AIDS research and therapy* vol. 16,1 19. 14 Aug. 2019, doi:10.1186/s12981-019-0234-2. Acesso em: 31 de Julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.708, de 16 de Agosto de 2013. Acesso em 01 de agosto de 2020. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708_16_08_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília (DF); 2017. 416 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle do IST, HIV / Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV / AIDS 2018**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018> . Acessado em 20 de Julho de 2020.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba , v. 34, n. 2, p. 207-217, Apr. 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>.

COLACO, Aline Daiane et al . O cuidado à pessoa que vive com hiv/aids na atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 28, e20170339, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100332&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2020. Epub June 10, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0339>. Acesso em: 31 de Julho de 2020.

MARCELLIN, F., SUZAN-MONTI, M., VILOTITCH, A. et al. AIDS Behav. Divulgação do status de HIV além dos parceiros sexuais por pessoas vivendo com HIV na França: um pedido de ajuda? Resultados da Pesquisa Transversal Nacional ANRSVSPA2. **Comportamento de AIDS**. 2017; 21 (1): 196-206. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1549-9>

OLIVEIRA, Layze Braz de et al . Parejas sexuales de personas que viven con VIH / sida: orientación sexual, aspectos sociodemográficos, clínicos y comportamentales. *Enferm. glob.*, Murcia , v. 18, n. 54, p. 25-62, 2019 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200002&lng=es&nrm=iso>. accedido en 31 jul. 2020. Epub 14-Oct-2019. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322081>.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2020.

PAIVA, Simone de Sousa; PEDROSA, Nathália Lima; GALVAO, Marli Teresinha Gimeniz. Análise espacial da AIDS e os determinantes sociais de saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 22, e190032, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100433&lng=en&nrm=iso>. access on 30 July 2020. Epub Apr 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190032>.

PEREIRA, Bianca de Souza et al . Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 747-758, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300747&lng=en&nrm=iso>. access on 27 July 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.16042013>.

PINHEIRO, Aldrin de Sousa; SILVA, Lucia Rejane Gomes da; TOURINHO, Maria Berenice Alho da Costa. A estratégia saúde da família e a escola na educação sexual: uma perspectiva de intersetorialidade. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 803-822, dez. 2017 . Acesso em: 31 de Julho de 2020.

REIS RK; MELO ES; GIR E. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/Aids. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(1):40-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690106i>

TRINDADE, Felipe Ferraz et al. Perfil epidemiológico e análise de tendência do HIV/AIDS. **J Health NPEPS**. 2019; 4(1):153-165. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-999663>> Acesso em: 31 de Julho de 2020.

Capítulo 28

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM O PÚBLICO DO PROGRAMA HIPERDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Anderson Italo Aquino Silva de Souza¹
Marcelino Maia Bessa²
Wesley Queiroz Peixoto³
Joyce Oliveira de Souza⁴
Letícia Maria Medeiros de Souza⁵
Ismael Vinícius de Oliveira⁶

RESUMO: O estudo tem como objetivo relatar uma experiência de educação em saúde vivenciada com o grupo de hiperdia com a finalidade de explanar conhecimentos de hábitos de vida saudáveis diante deste público. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, tipo relato de experiência, vivenciado no Centro de Referência em Assistência Social (CRÁS) localizado em uma região do Nordeste, tendo como público alvo os usuários da terceira idade que participam do programa hiperdia. As práticas caracterizaram-se em ciclos de diálogos e condutas que praticam a teoria abordada com base no enfoque do tema, sendo possível identificar um déficit de informações na diferença entre fatores contribuintes para uma qualidade de vida e aspectos que fornecem uma má qualidade de vida no enfrentamento de doenças crônicas, desta forma, a abordagem deste artigo contribui para sanar estas peculiaridades vivenciadas por portadores de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Palavras-chave: Educação em Saúde, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doenças crônicas.

ABSTRACT: The study aims to report a health education experience lived with the group of hyperdia in order to explain knowledge of healthy lifestyle habits to this audience. This is a descriptive, qualitative, type of experience report, lived at the Reference Center for Social Assistance (CRÁS) located in a Northeast region, with the target audience of elderly users who participate in the hyperdia program. The practices were characterized in cycles of dialogues and behaviors that practice the theory approached based on the focus of the theme, making it possible to identify a deficit of information in the difference between factors contributing to a quality of life and aspects that provide a poor quality of life in the coping with chronic diseases, therefore, the approach of this article contributes to remedy these peculiarities experienced by patients with diabetes mellitus (DM) and systemic arterial hypertension (SAH).

Keywords: Health Education, diabetes mellitus, systemic arterial hypertension, chronic diseases.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), patologicamente, possui caracterização de evolução clínica lenta, podendo ser assintomática. Seus recursos terapêuticos demandam modificações nas condutas comportamentais e qualidade de vida dietética, além de seguir rigorosamente as terapias medicamentosas prescritas. Estas mudanças possuem atuação a longo

1 Graduando em enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP). E-mail: asouzaenfer@gmail.com.

2 Graduando em enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: marcelino.maia.18@outlook.com.

3 Graduado em enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP), Pós-Graduando do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-infantil (PRMSMI) da Escola Multicampi de Ciências Médicas do RN (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: queiroz1q@hotmail.com.

4 Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: joycesousa1730@gmail.com.

5 Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Evolução Alto Oeste Potiguar (FACEP). E-mail: leticiamedeiros25520@gmail.com.

6 Graduado em Enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP). Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família – FMU, Mestrando em Ambiente, Tecnologia e Sociedade pela Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA). E-mail: viniciusunp@hotmail.com.

prazo na prevenção de lesões orgânicas e óbito (LUCENA et al., 2014). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a HAS quando a pressão arterial sistólica é maior ou igual a 140mmHg e a pressão arterial diastólica é maior ou igual a 90 mmHg em usuários que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva (FRANÇA; NUNES; FERNANDES, 2014).

A HAS se caracteriza como um conjunto de fatores que elevam os níveis de pressão arterial alterando estruturas funcionais ou órgãos-alvos como rins, vasos sanguíneos, coração e encéfalo, assim como os transtornos metabólicos que podem influenciar riscos cardiovasculares podendo levar a óbito (MAGRINI; MARTINI, 2012). No Brasil, as disfunções circulatórias são as principais causas de mortes, sobretudo, nas últimas décadas, destacando-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (FRANÇA; NUNES; FERNANDES, 2014).

As condições de risco que envolvem a HAS categorizam-se como modificáveis, como a alimentação inadequada, ambiente, tabagismo, e sedentarismo, e não modificáveis, como etnia, histórico familiar, genética, gênero, idade, hormonal, renal, vascular e neural (RODRIGUES; MORAES; PADILHA, 2013).

Outra patologia de acometimento sistêmico e merece destaque é o Diabetes Mellitus (DM), um distúrbio crônico com diversas etiologias que se caracteriza pela falta de produção da insulina e/ou a capacidade de esta não ser útil ao realizar seu papel de forma adequada. Identifica-se a hiperglicemia crônica como a dificuldade de metabolização de proteínas, carboidratos e lipídeos (FRANÇA; NUNES; FERNANDES, 2014).

Destaca-se o aumento da existência do DM nos últimos anos devido as mudanças dos hábitos de vida modernos, tendo como consequências o sedentarismo, obesidade e o consumo excessivo de gorduras e calorias. As decorrências do DM a longo prazo trazem consigo efeitos como afecções e falência dos órgãos, típico aos olhos, nervos, rins, coração e vasos (FRANÇA; NUNES; FERNANDES, 2014). O diabetes mellitus também se caracteriza como um problema de saúde pública (RETICENA, et al., 2015).

Tencionando uma melhor concentração sob este público, e tendo em vista a progressividade de pacientes com distúrbios de HAS e DM, em 2001 foi elaborado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (PRAHADM), onde originou-se o programa Hiperdia, que permite o cadastro e acompanhamento de pacientes portadores de HAS/DM, que possuem vínculos nas unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) (BEZERRA et al., 2015).

O plano propõe uma reestruturação da assistência, incluindo o implante do protocolo de assistência ao portador de HAS e DM, a reestruturação da rede de atenção à saúde para melhor atendê-los e o apoio entre as secretarias dos vários níveis para adquirir materiais estratégicos que visem e garantam a resolutividade da atenção (BEZERRA et al., 2015).

A preconização do plano dispõe a criação de grupos específicos, em especial ao público idoso, objetivando a facilidade de aderir ao tratamento terapêutico medicamentoso e a criação de maior vínculo entre o paciente e a equipe, dispondo um ambiente que destaque a promoção à saúde e o incentivo as práticas favoráveis, além disso, construir um ambiente de troca de

experiências. Desta maneira, as intervenções norteadas para este público perfazem a partir das educações em saúde e atividades assistenciais efetivadas de modo individual e coletivo, tornando a assistência ao idoso mais plena, uma vez que, este público demanda maiores cuidados em especificidades (LUCENA et al., 2014; RETICENA et al., 2015).

A asserção de se trabalhar o hiperdia neste artigo se deu pela falta da compreensão e a importância do tema pelo público alvo, uma vez que, a saúde é o bem-estar físico, social e mental (DALMOLIN et al., 2011), tendo em vista que as vivências de modos desfavoráveis relacionadas a fatores ambientais, genéticos e hábitos vitais podem contribuir para a evolução de doenças crônicas (MAGRINI; MARTINI, 2012).

Diante do exposto, objetiva-se nesse artigo relatar uma experiência de educação em saúde vivenciada com o grupo de hiperdia.

Procedimentos metodológicos

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, tipo relato de experiência. Este foi vivenciado no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) de uma cidade do interior do Nordeste, tendo como público alvo os usuários da terceira idade que participam do programa hiperdia.

As atividades contaram com a participação de 2 (dois) profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), aos quais disponibilizaram a oportunidade para o desenvolvimento da ação, sendo uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela microárea do território e a diretora da UBS. Além deles, participaram mais 7 (sete) acadêmicos da saúde, sendo 5 (cinco) graduandos do curso de enfermagem, 1 (um) de fisioterapia e 1 (um) de educação física.

Além desses, as atividades contaram com a participação de 20 usuários cadastrados no programa de hiperdia, sendo 18 (dezoito) do sexo feminino e 2 (dois) do sexo masculino. A faixa etária variou de 50 (cinquenta) a 95 (noventa e cinco) anos. As atividades foram desenvolvidas no dia 18 (dezoito) de outubro de 2018 (dois mil e dezoito), no turno matutino.

Deste modo, sob orientações de profissionais institucionais foram desenvolvidas práticas por meio de metodologias ativas e atividades físicas que serviram como um instrumento para uma compreensão e melhoria de vida mais acentuada na perspectiva da abordagem da pesquisa. A literatura dispõe que as Metodologias Ativas têm uma concepção de educação crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino-aprendizagem, resultando em envolvimento por parte dos participantes na busca pelo conhecimento (BERBEL, 2011).

Sobre essas, foram realizadas aferição de pressão arterial (PA) e teste rápido de glicemia (HGT), roda de conversa, palestras, esclarecimentos de dúvidas, como também alongamentos corporais, dança e massagens fizeram parte das atividades. De forma a complementar estas funções, utilizou-se como recursos 1 (uma) caixa de som para repercussão de músicas tornando um ambiente mais suscetível a sentir-se a vontade nas práticas de alongamentos corporais e danças. A massagem clássica foi realizada em decúbito ventral com óleo mineral sob uma maca.

Não houve exigência de avaliação deste artigo pelo Comitê de Ética e Pesquisa, em razão de não apresentar elemento ou localidade, deste modo, não infringe nenhuma regra moral da Resolução de nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Resultados e discussões

Esta ação teve como base esclarecer e expor a importância do autocuidado em pacientes hipertensos e diabéticos, assim como, sanar as hesitações com base no enfoque do tema, uma vez que, segundo a literatura, este público requer uma atenção maior, devido a terceira idade conjugada com doenças crônicas (RETICENA et al., 2015).

A habilidade proativa do idoso é motivada através de práticas de atividades, promovendo a inclusão comunitária, através da conexão obtida entre família e amigos, encoraja-se também a diligência de transição e progresso de sua saúde (MALLMANN et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que, em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas irão a óbito por doenças cardiovasculares, dentre elas, a HAS traz consigo um grande risco para a evolução de distúrbios cardíacos e cerebrovasculares, afirmando um problema de saúde pública (RADOVANOVIC et al., 2014).

Dessa forma, com a aparição das doenças crônicas, é inevitável que os idosos sejam explanados, considerando as possíveis complicações, tratamento, origem e cuidados diante da patologia adquirida (RETICENA et al., 2015).

Iniciou-se as atividades com a apresentação das ações a serem desenvolvidas entre os discentes e os profissionais responsáveis pela microárea, salientando-se frisar a necessidade de discussão das temáticas tendo em vista que, segundo Reticena et al., (2015) e Radovanovic et al., (2014), a HAS e o DM se consideram um problema de saúde pública no Brasil.

As dinâmicas foram desenvolvidas de modo sequencial entre os graduandos, iniciando pelos estudantes de enfermagem ao aferir a pressão arterial (PA) e realizar teste rápido de glicemia (HGT) nos usuários. Notou-se a estabilidade dos índices glicêmicos e de pressão arterial entre os participantes.

O Ministério da Saúde (2017) concebe o envelhecimento da população como um êxito triunfal na humanidade do século XX, porém, compreende que a terceira idade dispõe desafios a serem enfrentados para obter uma boa qualidade de vida. Deste modo, reivindicamos aos usuários a caderneta de saúde da pessoa idosa, explanando a relevância do uso desta, uma vez que, os materiais científicos do Ministério da Saúde comprovam que ela garante a atenção integral da população idosa, seus direitos e que a mesma objetiva a qualificação da atenção concedida as pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por seguinte, foram abertas as discussões abordando o dimensionamento das atividades físicas como relevância para a qualidade de vida, uma forma de complementariedade no tratamento de doenças crônicas, sendo ministrado pelo discente do curso de educação física

através de metodologias ativas. Gualano; Tinucci (2011) afirma que os exercícios físicos são recomendados no tratamento de HAS e DM pelo beneficiamento e diminuição dos riscos cardiovasculares, controle do metabolismo e estreitamento dos distúrbios crônicos da afecção.

Sequenciando a teoria sobre a relevância das atividades físicas neste cenário, iniciou-se a prática de exercícios, através de alongamentos corporais e movimentos seguidos de coreografias de acordo com o estado físico dos usuários. Todos eles conseguiram se adequar aos métodos abordados nesta etapa sem nenhuma dificuldade.

Promovendo a continuidade da ação, esta etapa se deu por forma de esclarecimentos, abordando a relevância da massagem clássica para o complemento do tratamento de hipertensão arterial. A literatura abordada por Rodrigues; Moraes; Padilha (2013) traz consigo uma afirmativa de que ela promove benefícios na qual auxilia no bem-estar e no tratamento da HAS, estimulando o sistema límbico, limitando a ansiedade e resultando a estabilidade do sistema autônomo. Este momento foi conduzido pela acadêmica de fisioterapia, colocando em prática o que foi abordado, realizou-se práticas de massagens clássicas nos usuários do grupo.

Os graduandos observaram que ao aderir a abordagem teórico-prática da massagem clássica nos usuários ocasionou uma forma de descoberta para os participantes, uma vez que, eles não tinham ciência de que o método traz benefícios para o tratamento e controle de doenças crônicas. Deste modo, os usuários relataram que não relacionavam a prática da massagem clássica com a HAS e que após as teorias e práticas abordadas conseguiram ter uma visão mais ampla, tendo em vista esta descoberta, passariam a aderir o método frequentemente para uma qualidade de vida.

Continuando a educação em saúde, este ciclo foi composto sob roda de conversa, abordando uma boa alimentação como qualidade de vida, explanando as perplexidades que enfocam o tema desta etapa. Tendo em vista que a alimentação e os hábitos vitais são elementos cruciais para o desenvolvimento destas patologias, segundo Magrini; Martini (2012), o estilo de vida e hábitos alimentares são principais fatores que contribuem para a evolução de doenças crônicas, neles, estão associados como consequência direta a obesidade e a prevalência de sobrepeso que conseqüentemente podem evoluir para estas afecções.

Esta metodologia foi conduzida pelos acadêmicos de enfermagem e por seguinte houve o café da manhã saudável, contendo salada de frutas sem adoção de açúcar, pães e roscas integrais, e bebidas não açucaradas. Salienta-se que para a realização deste momento, os discentes foram orientados por 1 (uma) profissional institucional de nutrição e dietética.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) dispõe que 80% dos casos de diabetes e hipertensão poderiam ser impedidas ao aderir as práticas dietéticas corretas. O consumo controlado de frutas e legumes, assim como a redução das gorduras saturadas, sódio e bebidas açucaradas atuará positivamente em um processo dietético útil para o tratamento das doenças abordadas (DESTRI; ZANINI; ASSUNÇÃO, 2013).

Visto que, a ação obteve resultado de forma positiva quanto as metodologias abordadas, percebeu-se a euforia, interação e a percepção do grupo, gerando um conhecimento profundo, coletivo frente as teorias abordadas.

Evidenciou-se que os usuários não compreendiam de forma ampla a importância da caderneta de saúde da pessoa idosa, sendo sanadas as dúvidas que restavam. Segundo o Ministério da Saúde (2017), a caderneta é um instrumento que possibilita a melhor atenção ao idoso, através de políticas e princípios que possibilitem a atenção centrada a estes de acordo com suas necessidades.

Foi possível reverter o entendimento de alguns integrantes do grupo quanto ao tratamento e controle. Estes consideravam o equilíbrio das doenças crônicas apenas com o tratamento terapêutico medicamentoso, ao assistir as teorias abordadas nesta ação, compreenderam que o controle não está apenas associado a medicações e sim a hábitos de vida.

O incentivo para o mantimento do cartão do idoso atualizado é imprescindível, estas ações devem ser estabelecidas através dos próprios profissionais da área responsável.

A adesão de métodos ativos, teórico-práticos, facilitou a compreensão e seguridade das teorias abordadas, uma vez que, quando saímos da mesmice, há uma euforia entusiasmada pela prática da abordagem, e, conseguinte, desenvolvemos aprendizado de forma diversificada.

Considerações Finais

Esta prática oportunizou aos acadêmicos identificar o quanto estes usuários possuem uma certa limitação em relação aos seus hábitos de vida, impactando diretamente sobre o controle das doenças crônicas apontadas neste artigo.

Tendo em vista que a educação em saúde prestada se deu por meio de questões de saúde pública, é necessário que práticas desta natureza sejam realizadas sempre que possível para a melhoria do saber das vítimas de doenças crônicas e que estas não estejam apenas interligadas ao método tradicional medicamentoso, contribuindo para uma alimentação saudável, práticas de atividades físicas e hábitos que estejam a seus alcances para uma boa estabilidade vital frente a este cenário.

Referências

- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. In.: **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/10999>>. Acesso em 13 de julho de 2020.
- BEZERRA, Gleice Cardozo et al. Implementação do grupo hiperdia em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência. In.: **REDCPS: Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde** 2015 Jan-Jun; 1(1):19 – 22. Disponível em <<https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v1n1a03.pdf>>. Acesso em 11 de julho 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em 11 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Caderneta de Saúde da pessoa idosa**. Brasília: 2017. Disponível em <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>>. Acesso em 12 de julho de 2020.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. In.: **Esc Anna Nery** (impr.)2011 abr -jun; 15 (2):389-394. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200023>. Acesso em 12 de julho de 2020.

DESTRI, Kelli; ZANINI, Roberta de Vargas; ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso. Prevalência de consumo alimentar entre hipertensos e diabéticos na cidade de Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013. In.: **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 26(4):857-868, out-dez 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400857>. Acesso em 12 de julho de 2020.

FRANÇA, Daniela Jéssica Rodrigues de; NUNES, Jacqueline Targino; FERNANDES, Maria Neyrián de Fátima. (2014, junho). As contribuições do cuidado ao idoso no programa de HIPERDIA, para a formação profissional. In.: **Revista Kairós Gerontologia**, 17(2), pp.315-327. ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Disponível em <<http://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/21750>>. Acesso em 11 de julho de 2020.

GUALANO, Bruno; TINUCCI, Taís. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. In.: **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.25, p.37-43, dez. 2011 N. esp. Disponível em <http://blogs.uninassau.edu.br/sites/blogs.uninassau.edu.br/files/anexo/exercicio_e_saude_iii.pdf>. Acesso em 21/07/2020.

LUCENA, Eleazar Marinho Freitas de et al. Análise do prognóstico de hipertensos cadastrados no hiperdia. In.: **Rev Bras Hipertens** vol. 21(3):157-162, 2014. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/320930254_Analise_do_prognostico_de hipertensos_cadastrados_no_HiperDia#:~:text=Hypertension%20is%20highly%20prevalent%20in,and%20costs%20related%20to%20treatment.>>. Acesso em 11 de julho de 2020.

MAGRINI, Daniela Weschenfelder; MARTINI, Jussara Gue. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. In.: **Rev Elect Trim Enfermería** vol. 26 ISSN 1695-6141. Abr. 2012. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_revision5.pdf>. Acesso em 11 e julho de 2020.

MALLMANN, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. In.: **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1763-1772, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601763&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 12 de julho de 2020.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. In.: **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jul.-ago. 2014;22(4):547-53. Acesso em < https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf>. Acesso em 11 de julho de 2020.

RETICENA, Kesley de Oliveira et al. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia. In.: REME, **Rev Min Enferm**. 2015 abr/jun; 19(2): 107-113. Disponível em < <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1009>>. Acesso em 12 de julho de 2020.

RODRIGUES, Gabriela; MORAES, Jéssica Karoline de Arruda Moreira; PADILHA, Evandro Luís. Massagem Clássica como tratamento complementar no controle da hipertensão arterial: Estudo de caso. In.: **Revista Científica da FHOJUNIARARAS**, v. 5, n. 1/2017. Disponível em

<http://www.uniararas.br/revistacientifica/_documentos/art.018-2017.pdf>. Acesso em 12 de julho de 2020.

Capítulo 29

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: PRÁTICAS EXITOSAS DO PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE

HEALTH EDUCATION IN BASIC CARE: EXCELLENT PRACTICES OF PET-HEALTH INTERPROFISSIONALITY

Layanne Ramalho Jacob¹

Dayane Porto Silva²

Sandra Maria Magalhães Villela Carneiro³

RESUMO: O objetivo desse trabalho é relatar práticas exitosas de Educação em Saúde vivenciadas na Atenção Básica por monitoras do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) – Saúde Interprofissionalidade. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência acerca de vivências de Educação em Saúde desempenhadas por acadêmicas de Enfermagem e Medicina. As ações eram sobre prevenção de doenças e promoção de saúde na forma de sala de espera. Acredita-se que a grande adesão se deve ao respeito que os usuários têm pelos profissionais. Diante disso, considera-se que essas vivências contribuíram para a formação profissional. Outrossim, salienta-se a necessidade de mais atividades que promovam Educação em Saúde, pois agregam conhecimentos e sanam dúvidas dos usuários.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Educação Interprofissional. Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT: The objective of this work is to report on successful Health Education practices experienced in Primary Care by monitors of the Education through Work for Health Program (PET) - Interprofessional Health. This is a descriptive study of an experience report about experiences in Health Education performed by Nursing and Medicine students. The actions were on disease prevention and health promotion in the form of a waiting room. It is believed that the great adherence is due to the respect that users have for professionals. In view of this, it is considered that these experiences contributed to professional training. Furthermore, the need for more activities that promote health education is emphasized, as they add knowledge and resolve users' doubts.

Keywords: Health Education. Primary Health Care. Interprofessional Education. Family and Community Medicine.

Introdução

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) - Saúde foi instituído em 2008, com o objetivo de promover e qualificar a integração ensino-serviço-comunidade envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para o desenvolvimento de atividades na rede de serviços de saúde. Propõe também a realização de iniciativas que poderão colocar em prática os aspectos teóricos, por meio de atividades educacionais envolvendo estudantes de graduações da área da saúde, compartilhadas com profissionais dos serviços de saúde e usuários, o que viabilizará o desenvolvimento de práticas colaborativas para o efetivo trabalho em equipe.

Assim, o PET-Saúde Interprofissionalidade (2019-2021) aplica bases teóricas e metodológicas da Educação Interprofissional em Saúde (EIP), que se configura como um estilo educacional que tem como finalidade formar profissionais mais aptos para o trabalho colaborativo

1 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). E-mail: layannejacob@gmail.com

2 Graduanda em Medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). E-mail: dayaneporto88@hotmail.com

3 Médica especialista em Medicina da Família e Comunidade. E-mail: smagalhães25@hotmail.com

em saúde, com o objetivo de promover mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde.

Essa edição do PET contou com cinco eixos: Inovações Curriculares; Territorialização; Educação Permanente em Saúde (EPS); Gestão do Cuidado e Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde (TICS). Cada eixo com seus respectivos objetivos específicos e geral: interprofissionalidade entre os integrantes dos eixos.

Dessa maneira, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais de saúde, caracterizando-se como uma estratégia pedagógica que potencializa uma formação generalista e integral com práticas formativas contextualizadas e reflexivas sobre o trabalho em equipe focado na assistência comunitária dos usuários (dos Santos e Thiesen, 2010).

Os integrantes do PET-Saúde Interprofissionalidade podem atuar na assistência – Unidade Básica de Saúde (UBS) / Unidade de Saúde da Família (USF) – ou na Gestão – Secretaria Municipal de Saúde (SMS), de forma a desempenhar as atividades pertinentes do setor.

Uma das ações mais executadas durante o PET-Saúde Interprofissionalidade foi Educação em Saúde com os usuários da USF por meio da realização de salas de espera enquanto os usuários esperavam atendimento na unidade. De acordo com Vasconcelos et al. (2017), a educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na Atenção Básica no Brasil.

Inclui-se práticas educativas dialógicas baseadas na construção compartilhada do conhecimento, no respeito ao saber popular local e na construção de alternativas de transformação das condições de vida e saúde da população, além de sanar dúvidas sobre determinado assunto dos usuários, aproximando-as das necessidades da população, possibilitando novos formatos para as relações entre profissionais e usuários e propiciando a organização e mobilização da população em termos de mudanças de suas condições de vida e saúde.

Evidencia-se, portanto, a importância do tema, visto que a Educação em Saúde pode contribuir na formação de consciência crítica do usuário, culminando na aquisição de práticas que visem à promoção de sua própria saúde e da comunidade local na qual encontra-se inserido (COSTA, 2012).

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo relatar práticas exitosas de Educação em Saúde vivenciadas na Atenção Básica por acadêmicas do curso de Enfermagem e Medicina monitoras do eixo de Educação Permanente em Saúde (EPS) do PET-Saúde Interprofissionalidade durante o ano de 2019.

Desenvolvimento

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência do PET – Saúde Interprofissionalidade acerca de vivências de Educação em Saúde no ano de 2019 desempenhadas por acadêmicas de Enfermagem e Medicina monitoras do Programa.

Nesse relato, as monitoras integrantes do eixo de EPS estavam alocadas na assistência, atuando numa USF localizada no bairro do Trapiche da Barra em Maceió – AL.

As atividades foram desenvolvidas durante um período de 8 meses, com carga horária de 4 horas semanais, cujos encontros aconteceram sob orientação do tutor e coordenação do preceptor todas as sextas-feiras normalmente, podendo ir outro dia em horário diferente para alguma ação específica de acordo com o planejamento do projeto.

As ações realizadas eram sobre prevenção de doenças (principalmente endêmicas para a região) e promoção da saúde de maneira geral na forma de sala de espera realizadas pelas monitoras com o apoio da preceptora do eixo e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais que fazem a comunicação entre UBS e território, conhecem os usuários cadastrados em suas respectivas micro áreas de atuação e são profissionais essenciais na Estratégia Saúde da Família (ESF), pois constituem uma importante estratégia de aprimoramento e de consolidação da ESF, pois as suas principais ações se dão por meio dos ACS.

Adotou-se sala de espera porque entra nesse contexto como uma estratégia possível, já que não é vista pelos usuários como o lugar no qual determinado profissional é protagonista detentor do saber. Dessa maneira, abre-se espaço para que os usuários se expressem e se comuniquem por meio das mais variadas formas de ser e estar no mundo.

Sendo a sala de espera um espaço que acolhe um grande número de pessoas e uma diversidade de atividades, esta pode ser concebida como uma aliada para intervenções que possuem como foco a saúde coletiva, por intermédio da modalidade grupal. Por conseguinte, ações nesse local proporcionam aos usuários e profissionais de saúde o avanço de um nível individual e centralizador para outro, grupal, o qual repercutirá no âmbito social. As ações de grupos interdisciplinares no contexto da saúde coletiva são estratégias que podem oportunizar o intercâmbio de saberes, metodologias e esquemas conceituais entre as áreas de atuação (PAIXÃO; CASTRO, 2006; TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Escolhia-se um tema pertinente e atual para realizar a sala de espera, além disso, um horário estratégico em que muitos usuários estivessem presentes esperando atendimento, marcação de consultas ou vacinação e também que não estivesse chovendo, já que os usuários tendem a não sair em dias chuvosos, logo, teria maior adesão e mais pessoas participariam. Temas como diferença entre Gripe e Resfriado, Dengue x Zika x Chikungunya foram escolhidos.

Optava-se por temáticas de grande importância para os usuários e que apresentassem alta incidência e prevalência na comunidade. Caso decidissem por temas de baixa relevância, não teria impacto e provavelmente pouco interesse por parte da população por serem assuntos distantes de sua realidade.

O assunto escolhido para ser abordado era decidido com base em um diagnóstico situacional e acompanhava as campanhas de saúde, por exemplo, Outubro Rosa (destinado a prevenção e diagnóstico precoce de Câncer de Mama e de Colo de Útero).

Dividiam entre as monitoras o assunto específico que cada uma falaria. Realizavam na UBS a confecção do material ilustrativo, principalmente fazendo uso de cartolina, lápis colorido, revistas e

desenhos que tinham disponíveis na unidade, com poucos textos e mais desenhos e figuras de cores variadas para despertar maior atenção dos usuários.

Após a confecção do material, se apresentavam aos usuários presentes e realizavam a exposição do material e da temática escolhida. Ao final perguntavam se tinham dúvidas referentes ao assunto, se queriam falar alguma coisa, e o mais importante, se entenderam o que foi exposto.

Durante a realização das ações percebia-se que os usuários se mostravam bastante interessados, atentos e se sentiam à vontade para tirarem dúvidas e fazerem comentários ao longo ou no final das ações. Acredita-se que a grande adesão da comunidade se deve ao respeito que os usuários têm pelos profissionais, tendo em vista que a USF traz como foco de trabalho o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais, os usuários são atendidos por esses profissionais há muito tempo, logo, cria-se respeito, vínculo forte e amizade entre eles.

Estudos revelam que os usuários dos serviços de saúde buscam profissionais qualificados, comprometidos, preparados para escutá-los por meio de escuta qualificada e realizar uma comunicação acolhedora, com a valorização dos discursos e que tenha resolutividade para as suas necessidades (OLIVEIRA et al., 2008; HOYOS, CARDONA, 2008).

A sala de espera sobre Outubro Rosa foi a que teve a maior adesão e participação das usuárias. Nela foi enfatizada a importância do autoexame das mamas, importância da realização anuais de exames e sinais e sintomas do Câncer de Mama e Câncer de Colo de Útero, bem como seus fatores de risco e formas de prevenção.

Ao longo da ação, comentavam umas com as outras, acenavam, concordando com o que estava sendo passado, e também fizeram perguntas. Perguntaram sobre a realização do exame Colpocitopatológico (Papanicolau) e sobre achados microbiológicos no resultado. Em todo o momento as monitoras e a preceptora tentaram sanar as dúvidas.

Outra questão primordial visada por meio dessa dinâmica consistia no fato de tornar essas participantes multiplicadoras do conhecimento. Esperava-se que o conteúdo vivenciado no grupo, acerca de cuidados em saúde, fosse levado para outros meios, a fim de tornar a própria participante uma agente de transformação e disseminação de práticas.

Percebe-se o trabalho interprofissional na realização dessa ação, tendo em vista que foi elaborada e executada por estudantes de diferentes cursos. Tudo isso em prol da comunidade, porque são cursos distintos, logo, saberes diferentes, mas que se complementam na prestação do cuidado.

Além disso, as ações realizadas contemplaram a integração ensino-serviço-comunidade, outro objetivo geral de todos os eixos do PET, podendo ser definido, conforme Souza e Oliveira (2015) como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Pois enquanto eram desenvolvidas as dinâmicas de Educação em Saúde, aliava-se os assuntos estudados em sala de aula com o serviço, que era na USF, e isso em prol da comunidade e usuários pertencentes a ela.

A presença do programa na comunidade contribuiu para aumentar as possibilidades de humanização dos serviços de saúde e a formação dos futuros profissionais, instigando, nos mesmos, o comprometimento com o bem estar da sociedade e a prática responsável de ações pela evolução do setor da saúde,

Conforme Araujo et al. (2012) menciona, uma vez que o contato prévio com as dificuldades e agravos enfrentados pelos usuários da USF proporcionam à equipe PET - Saúde a construção de espaços de debate e consolidação de saberes, os quais aprimoram a compreensão do processo saúde e doença da comunidade adstrita assistida.

Em consonância com Araújo, Miranda & Brasil (2007), a implementação do programa trouxe a possibilidade para que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários, de acordo com características sociais e regionais, estimulando, assim, a formação de profissionais de elevada qualificação técnica e científica, bem como a atuação profissional pautada no espírito crítico reflexivo interprofissional sobre a saúde pública, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação, desenvolvendo atividades acadêmicas de ensino e aprendizado, mediante grupos que estimulem o aprendizado de natureza coletiva e interprofissional.

Graças ao PET-Saúde Interprofissionalidade essa vivência e articulação com diferentes profissionais está acontecendo. Essa prática é benéfica tanto para os estudantes e profissionais quanto para os usuários e comunidade em geral, tendo em vista que o indivíduo deve ser analisado de forma holística e não apenas a sua patologia ou agravo específico, e uma equipe interprofissional possibilita que isso aconteça.

É de suma importância a articulação com estudantes de diferentes áreas, pois são visões e conhecimentos distintos, de forma a potencializar a assistência prestada e, assim, assistir ao indivíduo de maneira integral.

Considerações Finais

Como foi exposto anteriormente, a Educação Interprofissional se propõe a formar profissionais de saúde mais aptos ao efetivo trabalho em equipe. Profissionais colaborativos asseguram práticas em saúde integrais por meio do trabalho colaborativo com maior capacidade de respostas aos problemas e às necessidades de saúde, sob a óptica de Reeves (2020).

E para que isso ocorra, de acordo com Carneiro et al. (2020), é preciso que os futuros profissionais de saúde e os que já estão inseridos na realidade do trabalho, desenvolvam as competências que asseguram a mudança na lógica do modelo de atenção à saúde: a colaboração.

Diante dessas estratégias, percebe-se a relevância da implantação de grupos de sala de espera não somente no contexto de atenção básica mas também em diversos serviços de saúde sob uma ótica interdisciplinar e multiprofissional. Além disso, vale ressaltar que as estratégias mencionadas podem constituir um espaço acolhedor e, ao mesmo tempo, crítico-reflexivo a partir das demandas levantadas, contribuindo para a legitimação e o fomento de políticas públicas na saúde.

Conforme exposto, considera-se que essas vivências proporcionadas pelo PET-Saúde contribuíram para a formação profissional, pautada no posicionamento crítico, reflexivo e humanizado. A participação no programa permitiu conhecer o ambiente de trabalho do SUS, adquirir novos conhecimentos e interagir com a comunidade na qual esteve inserida e com os profissionais que atuam na rede, valorizar o trabalho em equipe e, sobretudo, reconhecer a alta relevância do trabalho interprofissional.

Diante dessa experiência, a sala de espera revelou-se como um espaço importante, dentro de instituições de saúde, para que os sujeitos se expressem, se comuniquem e se sintam confortáveis, conforme salientaram Teixeira e Veloso (2006).

Outrossim, salienta-se a necessidade e ratifica a importância de mais atividades que promovam Educação em Saúde, pois esses momentos agregam muitos conhecimentos e sanam dúvidas recorrentes dos usuários na Atenção Básica que por vezes apresentam-se tímidos e envergonhados para perguntar durante o atendimento em consultório.

Referências

1. ARAÚJO, J. S. et al. Programa de educação pelo trabalho para a saúde: um relato de experiência. In: **Revista Ciência e Saúde**. N.1, p.54-58, 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/9150/7751>. Acesso em 12 jun. 2020.
2. ARAÚJO, D. et al. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**. N.1, p.20-31, 2007. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1421>. Acesso em 12 jun. 2020.
3. BECKER, A. P. S.; ROCHA, N. L. Ações de promoção de saúde em sala de espera: contribuições da Psicologia. In: **Revista Mental**. N.21, p.339-355, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200004. Acesso em 13 jun. 2020.
4. CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da Atenção Primária. In: **Revista Pan-americana de Saúde Pública**. N.2, p.115-120, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2012.v31n2/115-120/>. Acesso em 13 jun. 2020.
5. CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. N.2, p.323-331, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a10v10n2.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.
6. HOYOS, H. P. A.; CARDONA, R. M. A.; CORREA, S. D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. In: **Investigación y Educación en Enfermería**. N.2, p.218-225,

2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447004.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.
7. PAIXÃO, N. R. A.; CASTRO, A. R. M. Grupo sala de espera: trabalho multiprofissional em unidade básica de saúde. In: **Boletim da Saúde**. N.2, p.71-78, 2006. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1378/grupo-sala-de-espera:-trabalho-multiprofissional-em-unidade-basica-de-saude>. Acesso em: 16 jun. 2020.
8. PINHEIRO, Natália. Ministério da Saúde inicia as atividades do PET-Saúde/Interprofissionalidade. In: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/sgtes/44846-ministerio-da-saude-inicia-as-atividades-do-pet-saude-interprofissionalidade>. Acesso em 12 jun. 2020.
9. PINHEIRO, Natália. PET-Saúde Interprofissionalidade inicia atividades da nona edição. In: **Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/sgtes/45332-pet-saude-interprofissionalidade-inicia-atividades-da-nona-edicao>. Acesso em 12 jun. 2020.
10. REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. In: **Interface comun. saúde educ**. N.56, p.185-196, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185. Acesso em: 16 jun. 2020.
11. SANTOS, B. R. L.; THIESEN, F. V. O programa de educação pelo trabalho para a saúde fortalecendo a interdisciplinaridade na formação dos profissionais da área da saúde. In: **Revista Ciência & Saúde**. N.1, p.11-118, 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/8292/5947>. Acesso em: 16 jun. 2020.
12. SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. In: **Trab. educ. saúde (Online)**. N.3, p.479-503, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300008&script=sci_abstract&tling=pt. Acesso em: 16 jun. 2020.
13. SOUZA, J. O.; OLIVEIRA, B. C. A influência do PET-Saúde na formação do estudante de Fisioterapia: relato de experiência. In: **Revista Ciência e Saúde**. N.2, p.94-97, 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/20306/13478>. Acesso em: 16 jun. 2020.
14. TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. In: **Texto Contexto Enfermagem**. N.2, p.320-325, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200017. Acesso em: 16 jun. 2020.
15. VASCONCELOS, M. I. O. V. et al. Educação em Saúde na Atenção Básica: uma análise das ações com hipertensos. In: **Revista Atenção Primária à Saúde**. N.2, p.253-262, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15943>. Acesso em: 16 jun. 2020.
16. FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. In: **Revista Interface**. N.11, p.239-255, 2007. Disponível em: Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Acesso em: 16 jun. 2020.
17. ROSSIT, R. A. S.; BATISTA, S. H. S.; BATISTA, N. A. Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. In: **Revista Internacional de Humanidades Médicas**. N.1, p.56-64, 2014. Disponível em: <https://journals.eagora.org/revMEDICA/article/view/1169/727>. Acesso em: 16 jun. 2020.

Capítulo 30

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS GRUPOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELEVÂNCIA DAS TECNOLOGIAS LEVES NOS CUIDADOS AOS USUÁRIOS DO SUS

HEALTH EDUCATION IN PRIMARY CARE GROUPS: LIGHT TECHNOLOGIES IN THE CARE OF SUS USERS

Andreza Alves de Sousa¹
Ana Gabriely Sales da Silva²
Francisco Alberto Nascimento Viana³
Débora Ximenes de Águila⁴
Ester Duarte Matoso⁵
Isabelle Neves Lobo⁶
Cristiano José da Silva⁷

RESUMO: O trabalho de grupos na atenção primária é uma estratégia de educação em saúde no âmbito das tecnologias leves. Este artigo objetiva analisar o uso das tecnologias leves em grupos na Atenção Primária à Saúde e sua relevância no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma revisão integrativa realizada através de pesquisa em bancos de dados, com subsequente análise e síntese do conteúdo relevante ao tema. Os critérios de inclusão definidos para a seleção foram quaisquer artigos primários e completos em qualquer idioma publicados no período de 2015 a 2020 correspondentes ao tema da pesquisa. Concluiu-se que a abordagem dos pacientes da atenção primária por meio de trabalho em grupos mostrou-se bastante eficaz para promoção e educação em saúde. Além disso, faz-se necessária a implementação de intervenções que objetivem sanar as limitações de adesão aos grupos de acordo com as vulnerabilidades de cada local.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Prática de Grupo.

ABSTRACT: Group work in primary care is a health education strategy within the scope of light technologies. This article aims to analyze the use of light technologies in groups in Primary Health Care and its relevance within the scope of the Family Health Strategy. It is an integrative review carried out through database research, with subsequent analysis and synthesis of the content relevant to the research topic. The inclusion criteria defined for the selection were any primary and complete articles in any language published in the period from 2015 to 2020 corresponding to the research topic. It was concluded that the approach of primary care patients through light technologies and working in groups proved to be quite effective for health promotion and education. In addition, it is necessary to implement interventions that aim to remedy the limitations of adherence to groups according to the vulnerabilities of each location.

Keywords: Health Education; Health Promotion; Family Health Strategy; Group Practice

INTRODUÇÃO

A tecnologia pode ser definida, de uma forma muito simples e genérica, como conhecimento aplicado. No âmbito da saúde, ela é uma forma de intervenção usada para promoção, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças; ou para promover a reabilitação ou cuidados a curto, médio e em longo prazo (BRASIL, 2006).

1 Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: andresalves2010@hotmail.com

2 Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: anagabrielesilva@hotmail.com

3 Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: falbertonviana@gmail.com

4 Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: debora.aguila@hotmail.com

5 Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: esterdm_16@hotmail.com

6 Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: Isabelleneves.inl@gmail.com

7 Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Mestre em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: Cristiano.esf@gmail.com

De acordo com Mehry (1997), as tecnologias no âmbito da saúde podem ser divididas da seguinte maneira: leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são ferramentas que permitem a produção de relações entre o profissional e o usuário mediante a escuta, o interesse, a gestão como forma de orientar processos, a construção de vínculos e a confiança. São as produzidas no trabalho vivo em ato, condensando relações de interação e subjetividade pelo acolhimento, responsabilização, autonomização e cuidado prestado aos usuários (FERRI, 2007).

As tecnologias leves possuem grande correlação com processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que essa deve enfatizar escuta ampliada, construção de vínculos e desenvolvimento de confiança, pois permitirão ao profissional conjugar conhecimentos e instrumentos com os modos singulares de vida dos usuários. (ALVES, 2015). Além disso, a utilização das tecnologias na ESF favorece a comunicação entre profissionais de saúde e os pacientes, fortalecendo as ações centradas na pessoa e no autocuidado, gerando educação em saúde efetiva que resulte em mudanças comportamentais e preventivas.

A educação em saúde deve constituir parte essencial na promoção da saúde, na prevenção de doenças e também contribuir para o tratamento precoce e eficaz, minimizando o sofrimento e a incapacidade. A ação educativa na Atenção Primária à Saúde (APS) se estabelece a partir de programas determinados verticalmente, ou ligada às ações de promoção da saúde e prevenção da doença junto à comunidade, indivíduos ou grupos sociais, permeando densamente as atividades realizadas no âmbito das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no domicílio, em outras instituições e nos espaços comunitários (WITT, 2005).

Atualmente, no Brasil, os grupos operativos vêm sendo utilizados em diversas áreas da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na APS com aplicação na prevenção de doenças, prestação de cuidados específicos e promoção da saúde e por meio de programas educativos que possibilitem uma melhoria da qualidade de vida das pessoas (ALMEIDA, 2010)

O trabalho de grupos na APS é uma alternativa para as práticas assistenciais em espaços que favorecem o aprimoramento e vínculo de todos os envolvidos, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa. (DIAS, 2009).

No contexto da APS no Brasil, o trabalho com grupos é uma atribuição da equipe da ESF. Estudos refletem a diversidade das práticas desenvolvidas com grupos compostos por indivíduos oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes nacionais, isto é, crianças, gestantes e portadores de doenças crônicas degenerativas (MAGALHÃES, 1991); de puericultura, pré-natal e planejamento familiar, bem como de sala de espera, de asma e oficinas terapêuticas (THUMÉ, 2000).

Por outro lado, as práticas integrativas, também incluídas e de grande importância nesse processo de educação em saúde e de práticas grupais, são sistemas e recursos que envolvem abordagens cujo objetivo é estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o

meio ambiente e a sociedade. (BRASIL, 2015). Essas práticas são cada vez mais procuradas e apreciadas como formas legítimas de cuidado eficiente em saúde e têm sua relevância pela integralidade com que lidam com a complexidade humana/holística em uma prática sistematizada e coerente centrada na pessoa. (GUSSO, 2019).

Diante disso, as práticas de grupo mais comuns na APS podem ser divididas basicamente em 5 categorias: Saúde materno-infantil, Adolescência, Saúde do homem, Saúde mental e Doenças crônicas. Apesar dessa divisão geral, conforme Gusso (2019), os principais critérios de formação e indicação de um grupo são a possibilidade de engajamento com as atividades a serem desenvolvidas e uma motivação em comum, que abranja todos os candidatos e a realidade laboral da ESF.

Outro fator a se destacar na estratégia de grupos é a possibilidade de longitudinalidade assistencial. Essa longitudinalidade, segundo Starfield (2004), é uma das características mais importantes no âmbito do cuidado na APS. A prática pode se iniciar desde antes do nascimento, com o grupo de gestantes, cuja frequência é muito comum, e seguir com grupo de puérperas, de saúde infantil, de adolescentes, permanecendo nesse fluxo até a vida adulta, cuja motivação em comum se torna mais específica, porém a variedade também se amplia.

Apesar das evidências da eficiência do uso de atividades grupais na APS, ainda existem inúmeras limitações que dificultam o desempenho efetivo desses grupos, como vulnerabilidades sociais, geográficas, epidemiológicas, laborais, institucionais, financeiras, culturais, religiosas e educacionais. No âmbito social, merece destaque o quesito da violência, cuja presença pode ser bastante prejudicial às atividades promovidas pela UAPS do território.

As evidências acerca da utilização das atividades grupais na APS motivaram o desenvolvimento deste estudo, o qual tem como objetivo analisar o uso das tecnologias leves em grupos na APS e sua relevância no âmbito da ESF.

METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como uma revisão integrativa, realizada através de pesquisa em bancos de dados, com subsequente análise e síntese do conteúdo relevante ao tema da pesquisa.

Foram pesquisados artigos nas seguintes bases de dados: ClinicalKey, PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).

Os descritores usados para a busca foram Educação em saúde, Promoção da saúde e Estratégia de Saúde da Família em combinação com Práticas de grupo.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção foram quaisquer artigos primários e completos em qualquer idioma publicados no período de 2015 a 2020 correspondentes ao tema da pesquisa.

Inicialmente, foram encontrados 2033 artigos através da busca. Após leitura do título e do resumo, foram selecionados 9 artigos que se adequavam aos critérios de inclusão, os quais foram lidos na íntegra e incorporados à pesquisa.

A análise dos resultados foi realizada de forma descritiva, conforme Ganong (1987) e Beya e Nicoll (1998), permitindo a avaliação crítica das discussões e conclusões apresentadas por cada artigo, bem como a comparação entre eles e a identificação das suas respectivas limitações.

RESULTADOS

A busca nas bases de dados utilizando os descritores estabelecidos resultou em 2033 estudos, dos quais 2008 foram excluídos por não estarem relacionados ao tema da presente revisão integrativa, por estarem repetidos ou por não serem estudos primários. Os 25 artigos que restaram passaram por uma revisão detalhada dos quais 9 foram incluídos no estudo.

Todos os trabalhos selecionados foram realizados no Brasil, sendo 2 na região Sul, 5 na região Sudeste, 1 na região Centro-Oeste e 1 na região Norte. No que diz respeito ao ano da publicação, 5 foram publicados em 2017, 2 em 2019, 1 em 2018 e 1 em 2015.

Quanto método adotados nos estudos, 4 foram ensaio clínico randomizado (MACÊDO, 2017; SANTOS, 2017; SOUSA, 2017), 1 estudo experimental (RIBEIRO, 2017), 1 transversais (BOBBO; TREVISAM; AMARAL; SILVA, 2018), 1 pesquisa-ação (NUNES; et al, 2019), 1 estudo de intervenção longitudinal (MACHADO; COTTA; MOREIRA; SILVA, 2015) e 1 estudo de intervenção (RAMOS; LACERDA; SOARES; WILLIG, 2017).

Tabela 1 - Síntese dos artigos incluídos.

Referência	Título	N	Região	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados	Conclusão
MACÊDO, M.M.L., 2017	Avaliação da educação em grupo de diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico randomizado	200	Sudeste	Ensaio clínico randomizado	Avaliar os efeitos da educação em grupo de diabetes Mellitus tipo 2 visando a adesão, empoderamento para as práticas de autocuidado e melhora do controle glicêmico.	Os voluntários melhoraram as práticas do autocuidado apresentaram melhor controle glicêmico estatisticamente relevantes.	Concluiu-se que a estratégia educativa em grupo contribuiu com a superação das dificuldades e limitações dos usuários, esclareceu dúvidas e contribuiu para o autocuidado.
RIBEIRO, E.H.C. et al, 2017	Avaliação da efetividade	157	Sudeste	Estudo experimental não	Avaliar o efeito de intervenções	Os grupos de intervenção aumentaram os	Concluiu-se que educação em saúde é

	de intervenções de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde			randomizado	nos níveis de atividade física de adultos saudáveis, usuários do Sistema Único de Saúde e atendidos pela Estratégia de Saúde da Família.	minutos semanais de atividade física no lazer e os escores anuais de exercícios físicos, de lazer e de deslocamento.	bastante efetiva na manutenção da prática de atividade física.
SANTOS, J.C., 2017	Comparação das estratégias educativas em diabetes mellitus: educação em grupo e visita domiciliar.	238	Sudeste	Ensaio clínico randomizado	Comparar os efeitos da educação em grupo e visita domiciliar na adesão e empoderamento para o autocuidado do usuário com diabetes mellitus tipo 2 na melhora do controle glicêmico.	Na educação em grupo houve melhora dos aspectos relacionados ao empoderamento e adesão ao autocuidado e na redução da hemoglobina glicada, enquanto que no grupo visita domiciliar apenas o primeiro aspecto houve mudança.	A abordagem de educação em saúde em forma de trabalhos de grupo geral melhores resultados quando comparada a abordagem em visitas domiciliares.
SOUSA, A.S.K. et al, 2017	Fisioterapia associada à yoga e musicoterapia na Doença de Parkinson: Ensaio Clínico	24	Sul	Ensaio clínico randomizado	Verificar a efetividade da prática em grupo da fisioterapia associada com yoga e musicoterapia nas variáveis cognição, equilíbrios, mobilidade funcional e independência funcional em pessoas com Doença de Parkinson	Fisioterapia associada à yoga e musicoterapia resultou em efeito significativamente superior na cognição e mobilidade quando comparado à fisioterapia como única intervenção	O programa de reabilitação associando as intervenções em grupo de frequência semanal foi efetivo nas variáveis estudadas, podendo ser utilizado na prática clínica.

<p>BOBBO, V.C.D.; TREVISAM, D.D.; AMARAL, M.C.E.; SILVA, E.M., 2018</p>	<p>Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de Lian Gong e sedentários</p>	<p>60</p>	<p>Sudeste</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Avaliar a presença de dor crônica em idosos atendidos em uma unidade de atenção primária do interior do estado de São Paulo, comparando os praticantes da ginástica chinesa (Lian Gong) e os idosos sedentários</p>	<p>A presença da dor nos últimos sete dias foi maior (62,3%) no grupo de praticantes de Lian Gong, porém com menor impedimento para realização de atividades (55,5%) quando comparados com o grupo de sedentários. Além de menor uso de medicamentos e a adoção de práticas de autonomia no próprio cuidado.</p>	<p>O trabalho no grupo de Lian Gong tem apresentado resultados muito significativos para a saúde, o empoderamento e o bem-estar dos idosos.</p>
<p>NUNES, F. C., et al. 2019</p>	<p>A tecnologia grupal no cuidado psicossocial : um diálogo entre pesquisa-ação e educação permanente em saúde</p>	<p>66</p>	<p>Centro-oeste</p>	<p>Pesquisa-ação</p>	<p>Discutir o processo de educação permanente em saúde realizado com profissionais que atuam em Centros de Atenção Psicossocial sobre o uso da Tecnologia Grupal no cuidado psicossocial.</p>	<p>Os participantes identificaram “a falta de conhecimento a respeito do que é a dinâmica de grupo e como utilizá-la adequadamente” como problema a ser trabalhado, elegeram alguns temas para teorização e construíram propostas de intervenção.</p>	<p>Os profissionais participantes puderam ter a experiência com várias utilizações mais efetivas e eficientes sobre a dinâmica de grupo para o cuidado da saúde mental.</p>
<p>CORREA, S. T., CASTELOBRANCO, S., 2019</p>	<p>Amandaba no Caeté: círculos de cultura como prática educativa no autocuidado</p>	<p>72</p>	<p>Norte</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado</p>	<p>Avaliar a estratégia pedagógica dos Círculos de Cultura na adesão ao autocuidado em pacientes com Diabetes</p>	<p>O grupo intervenção apresentou aumento significativo na adesão ao autocuidado e à alimentação saudável, prática</p>	<p>Os círculos de cultura foram essenciais para a mudança de hábitos dos participantes do grupo intervenção.</p>

	de portadores de diabetes				Mellitus	de exercício físico, monitoramento glicêmico e de exames, enquanto no grupo controle não houve modificação durante o estudo.	
MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; MOREIRA, T. R.; SILVA, L. S., 2015	Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial	212	Sudeste	Estudo de intervenção longitudinal	Comparar o efeito de três estratégias de educação em saúde e nutrição sobre a adesão ao tratamento não farmacológico da HAS, pelos parâmetros antropométricos, bioquímicos, clínicos e dietéticos	As intervenções no grupo 1 e 2 obtiveram melhores resultados sobre a adesão ao tratamento não farmacológico da HAS.	Na prática dos serviços de saúde existe o desafio de promover uma educação em saúde que seja capaz de intervir sobre problemáticas como a adesão ao tratamento da HAS.
RAMOS, F. E. A. L. O.; LACERDA, A. B. M.; SOARES, V. M. N.; WILLIG, M. H., 2017	Atividade de grupo como estratégia de educação em saúde auditiva de trabalhadores de um serviço de manutenção hospitalar	10	Sul	Estudo de intervenção	Descrever uma intervenção de educação em saúde auditiva com trabalhadores de um serviço de manutenção hospitalar, por meio de atividades em grupo, fundamentadas na pedagogia problematizadora.	A prática educativa proporcionou o desejo comum de se construir uma proposta para promoção de saúde auditiva no ambiente da manutenção hospitalar, com fundamento na realidade vivenciada, principalmente com o uso de protetor auditivo.	A intervenção contribuiu para um maior conhecimento por parte dos trabalhadores, com formação de uma consciência crítica sobre a temática da saúde auditiva.
Fonte: Elaborada pelos autores (2020)							

DISCUSSÃO

Identificou-se que os estudos levantados concentram-se no sudeste do país, com 5 trabalhos oriundos desta região (MACÊDO, 2017; RIBEIRO et al, 2017; SANTOS, 2017; BOBBO; TREVISAM; MOREIRA; SILVA, 2015 e MARINS et al, 2019) seguido da região sul, com 2 (SOUSA, 2017 e RAMOS; LACERDA; SOARES; WILLIG, 2017). Esse achado está de acordo com o relatado por SIDONE; HADDAD; MENA-CHALCO (2016) os quais identificaram em seu levantamento que a maior parte da produção científica nacional se concentra nas regiões sudeste e sul, apesar de todas as regiões do país terem apresentado crescimento na produção científica ao longo dos anos. É possível que essa discrepância ocorra por diferença nos incentivos à pesquisa em cada estado.

Em relação ao foco do grupo dos trabalhos levantados, constatou-se que grupos voltados para doenças crônicas foram mais recorrentes, com 6 artigos, enquanto que saúde mental, atividade física e saúde do trabalhador se apresentaram com 1 artigo cada.

No âmbito da saúde mental, NUNES et al (2019) discute sobre a possível falta de conhecimento dos profissionais que trabalham em um centro de atenção psicossocial sobre a terapia de grupo como forma de tratamento para os pacientes daquele centro. Em termos de projetos inovadores de atuação em grupo, o Projeto 4 Varas, localizado em Fortaleza-Ceará, é o principal polo formador de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), terapia de grupo genuinamente brasileira, cujo eixo norteador é o saber popular em transformar carências em competências (GIFFONI; SANTOS, 2011).

Sob outra ótica dos trabalhos em grupo, agora voltados para mudança nos hábitos de vida e o aumento da longevidade, as doenças crônicas tornam-se cada vez mais prevalentes e podem ser evitadas ou ter suas consequências reduzidas com a prática regular de atividade física. Dessa forma, muitas estratégias de atividades em grupos são desenvolvidas com o fim de estimular essa prática por meio de tecnologias leves, como a educação em saúde (BOBBO, V.C.D.; TREVISAM, D.D.; AMARAL, M.C.E.; SILVA, E.M., 2018).

Diante dos diversos contextos socioculturais, torna-se extremamente importante a percepção de fatores que levam ou não ao autocuidado, reconhecendo as dificuldades de cada participante e estimulando práticas que contribuam para a autonomia desses (CORREA, S. T., CASTELO-BRANCO, S., 2019).

Nos artigos cujo tema foi trabalho em grupo voltado para doenças crônicas, a Diabetes Mellitus tipo 2 se destacou, mas, além dela, houve também abordagem em hipertensão arterial, doença de Parkinson e dor crônica. Um autor adotou como objeto de intervenção práticas alternativas como yoga e um outro a ginástica chinesa Lian Gong. Essas modalidades se enquadram dentro das práticas integrativas, as quais têm seus benefícios bem estabelecidos na literatura, além de se enquadrarem em uma política vigente no país desde 2015. (BRASIL, 2015)

Resultados plausíveis associados à essas práticas possuem diversas publicações na literatura. Dentre elas, estão os trabalhos de SOUSA et al (2017) e BOBBO; TREVISAM; AMARAL; SILVA (2018) os quais indicaram yoga como fator de melhora para o quadro de

pacientes com Doença de Parkinson e melhora de dor crônica em idosos praticantes de Lian Gong, respectivamente.

Esses achados estão de acordo com os encontrados por GALVANESE; BARROS; D'OLIVEIRA (2017), que avaliaram participantes de diversas práticas integrativas disponibilizadas pelo SUS, e todos os voluntários dessa pesquisa relataram melhora no estado de saúde física, emocional e psíquica, além de melhor consciência sobre sua condição e noções de fatores benéficos e maléficis para manutenção de saúde.

Ainda no âmbito de doenças crônicas, MACÊDO (2017), SANTOS (2017) e CORREIA e CASTELO-BRANCO (2019) realizaram trabalho de grupo para promoção da saúde com pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipos 2 e MACHADO; COTTA; MOREIRA; SILVA (2015) com pacientes com hipertensão arterial. Todos apresentaram resultado satisfatório, principalmente redução de níveis pressóricos e glicêmicos, destacando a necessidade da educação em saúde, para que, dessa forma, os pacientes entendam sua condição e reconheçam práticas benéficas que promovam uma melhor qualidade de vida pelo autocuidado.

Esses dados corroboram com os achados de MOURA et al (2019), o qual concluiu como de fundamental importância o letramento dos pacientes em relação aos seus diagnósticos e tratamentos, independente de quais sejam eles.

Já sobre outra população-alvo de trabalho em grupo, têm-se os ambientes de trabalho como foco. Tais locais devem ser bem utilizados para as práticas de educação em saúde, visto que é um local cujas pessoas permanecem por longos períodos do dia, podendo proporcionar ao trabalhador algumas reflexões sobre sua saúde (BRAMATI, L.; GONDIM, L. M.; LACERDA, A. B. M., 2019). No presente artigo, pode-se citar esta prática sendo trabalhada por meio de encontros com questões norteadoras e técnicas que possibilitaram a troca de experiências com os profissionais, resultando no desenvolvimento da consciência crítica e senso de responsabilidade dos trabalhadores envolvidos (RAMOS, F. E. A. L. O.; LACERDA, A. B. M.; SOARES, V. M. N.; WILLIG, M. H., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem de pacientes na atenção primária por meio do uso de tecnologias leves aplicadas em grupos apresenta-se como uma forma eficaz de promoção e de educação em saúde, como analisado nos estudos avaliados por esta revisão.

É necessária a implementação de intervenções que objetivem sanar as limitações de adesão aos grupos, sendo essas realizadas com base nas individualidades e vulnerabilidades apresentadas em cada UAPS. Dessa forma, é fundamental que se investiguem os aspectos que tornem possível o melhor desempenho dos grupos, de forma a nortear a criação de novas ações e revitalizar essas práticas na APS, desenvolvendo propostas mais chamativas, acolhedoras e inovadoras.

Apesar da relevância de tais tecnologias leves, observa-se resistência de alguns gestores e profissionais da APS em implementarem essas atividades em seu contexto laboral. Uma

formação biomédica e um forte vínculo com a indústria farmacêutica poderia ser uma hipótese para possível rejeição. Quando o assunto se direciona a grupos que trabalham com as Práticas Integrativas Complementares (PICS), são notórias algumas reflexões excludentes, rotuladas como pseudociência.

Vale salientar que em muitos artigos publicados no Brasil observa-se uma melhora significativa da qualidade de vida do usuário do SUS, por exemplo, com contribuição positiva na redução no consumo do cigarro, de psicotrópicos, de ansiolíticos e de álcool, bem como com o fortalecimento de vínculos familiares e sociais, minimizando, por vezes, a violência doméstica, social e laboral.

O estudo indicou a necessidade de intensificar a realização de grupos na APS, incluindo a necessidade de sensibilização e qualificação de profissionais para a atuação nesse meio, bem como a propagação e a otimização do uso das PICS nesse setor da saúde. Além disso, é essencial a avaliação dessas práticas por meio de novas pesquisas e metodologias que produzam evidências concretas sobre o tema, promovendo mais aceitação da comunidade acadêmica e dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

- BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN Journal**, Philadelphia, v. 67, n. 4, p. 877-880, Abr./1998.
- BOBBO, V.C.D.; TREVISAM, D.D.; AMARAL, M.C.E.; SILVA, E.M. Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de Lian Gong e sedentários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p.1151-1158, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000401151&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 15 jul. 2020.
- CORREA, S. T.; CASTELO-BRANCO, S. Amandaba no Caeté: círculos de cultura como prática educativa no autocuidado de portadores de diabetes. **Saúde Debate**, v. 43, n. 123, p.1106-119, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042019000401106&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 16 jul. 2020
- GALVANESE, A.T.C.; BARROS, N.F.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 12, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00122016.pdf>>. Acesso em 19 jul. 2020.
- GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, Hoboken, v. 10, n. 1, p. 1-11, Mar./1987. Acesso em: 15 jul 2020.
- GIFFONI, F.A.O.; SANTOS, M.A. Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, p. 821-830, mai-jun. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/21.pdf>>. Acesso em 19 jul 2020.
- MACÊDO, M.M.L. Avaliação da educação em grupo de diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico randomizado. 2017. 114f. **Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem**, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.
- MACHADO, J. C. et al. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 611-620, Fé. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000200611&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Jul 2020.

MARINS, Mariana da Rocha et al. Arteterapia e educação entre pares conectando o grupo: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 5, e20180958, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020000500500&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Jul 2020.

MOURA, N.S. et al. Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Bras. Enferm.**, v.72, n. 3, p. 734-740, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/pt_0034-7167-reben-72-03-0700.pdf>. Acesso em 19 jul. 2020.

NUNES FC, CAIXETA CC, PINHO ES, SOUZA ACS, BARBOSA MA. A tecnologia grupal no cuidado psicossocial: um diálogo entre pesquisa-ação e educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm.** 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0161>. Acesso em 16 jul, 2020

RAMOS, Flávia Elisa Antunes Lemes de Oliveira et al. Atividade de grupo como estratégia de educação em saúde auditiva de trabalhadores de um serviço de manutenção hospitalar. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 22, e1809, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231764312017000100319&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 jul. 2020.

RIBEIRO, E.H.C. et al. Avaliação da efetividade de intervenções de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Revista de saúde pública.** 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000100250&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em: 15 jul 2020.

SANTOS, J.C. **Comparação das estratégias educativas em diabetes mellitus: educação em grupo e visita domiciliar.** 2017. 134 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

SIDONE, O.J.G.; HADDAD, E.A.; MENA-CHALCO, J.P. A ciência nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. **TransInformação**, Caminas, v.28, n. 1, p. 15-31, jan-abr. 2016.

SOUSA, A.S.K. et al. Fisioterapia associada à yoga e musicoterapia na Doença de Parkinson: Ensaio Clínico. **Rev. Bras. Neurol.**, v. 53, n. 3, p. 31-40, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876875>>.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, **Ministério da Saúde**; 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 20 Jul. 2020.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública.** 2005. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

MAGALHÃES, L. B. **A prática dos Enfermeiros em postos de saúde municipais no estado do Paraná e sua relação com a formação profissional e a organização dos serviços.** 1991. 122 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

THUMÉ, E. **Práticas dos Enfermeiros na Atenção Básica em Saúde na região sul do Rio Grande do Sul.** 2000. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ALMEIDA, S.P; SOARES, S.M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro v.15 (Supl 1), p1123-32, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700020&lng=pt&lng=pt

DIAS, P.D. et al. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista APS**, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

Capítulo 31

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A ENFERMAGEM FRENTE À CAPACITAÇÃO EM PRIMEIROS
SOCORROS PARA PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL**HEALTH EDUCATION: NURSING FACING FIRST AID TRAINING FOR EARLY CHILDHOOD EDUCATION
PROFESSIONALS

André Luiz Fidelis Lima 1
Glauciene Cavalcante Gomes 2
Julio César Pereira da Silva³
Isabel Comassetto⁴
Rossana Teotônio de Farias Moreira⁵
Edna Verissimo dos Santos Aniceto⁶

RESUMO: Introdução: educar para a saúde na área de primeiros socorros no ambiente escolar é fundamental para capacitar os profissionais da educação infantil, que lidam com a faixa etária mais vulnerável a situações de perigo. **Objetivo:** avaliar o nível de conhecimento pré e pós-treinamento de primeiros socorros com funcionários de uma escola municipal. **Método:** Estudo transversal, de intervenção, quantitativo, com uma amostra de 42 pessoas. A coleta de dados foi realizada através de um formulário padronizado, administrado antes e após as capacitações. **Resultados:** Após a intervenção educativa nesta comunidade escolar, observou-se aumento do nível de conhecimento dos profissionais, com percentual mais elevado nos domínios: convulsões, engasgo, reanimação cardiopulmonar, quedas e hemorragias. **Conclusão:** sugere-se então que ações de educação em saúde em primeiros socorros sejam desenvolvidas em instituições escolares, pois estas precisam estar preparadas para atuar nas situações emergenciais e na prevenção de acidentes.

Palavras-chave: Primeiros Socorros. Educação em Saúde. Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT: Introduction: educating for health in the field of first aid in the school environment is essential to train professionals in early childhood education, who deal with the most vulnerable age group to situations of danger. **Objective:** to assess the level of knowledge before and after training of first aid with employees of a municipal school. **Method:** Cross-sectional quantitative intervention study with a sample of 42 people. Data collection was performed using a standardized form, administered before and after training. **Results:** After the educational intervention in this school community, there was an increase in the level of knowledge of professionals, with a higher percentage in the domains: seizures, choking, cardiopulmonary resuscitation, falls and hemorrhages. **Conclusion:** it is then suggested that health education actions in first aid be developed in school institutions, as they need to be prepared to act in emergency situations and in accident prevention.

Keywords: First Aid. Health Education. Emergency Nursing.

1 Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: contatoandrefidelis@gmail.com.

2 Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: glaucienecavalcante@yahoo.com.

3 Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista. E-mail: andreluizfidelislima@gmail.com.

4 Doutora em Ciências pela USP. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Departamento de Saúde do Adulto e do Idoso. E-mail: isabelcomassetto@gmail.com.

5 Doutora em Patologia Ambiental e Experimental pela Universidade Paulista. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Departamento de Saúde da criança e do adolescente. E-mail: rossanateo@hotmail.com.

6 Graduada em Enfermagem pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió. Especialista em Gestão de Emergência em Saúde Pública pelo Hospital Sírio-Libanês. E-mail: edna-verissimo@hotmail.com.

Introdução

O termo “primeiros socorros” pode ser definido como atendimento imediato providenciado à pessoa doente ou ferida, que tem como metas reduzir a morbidade e a mortalidade com o alívio do sofrimento, a prevenção de mais doenças ou lesões e a promoção da recuperação, e pode ser iniciado por qualquer pessoa em situações gerais (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Atualmente, os traumas e acidentes por causas externas configuram-se como importantes problemas de saúde pública, com impacto na morbimortalidade da população, especialmente em crianças e englobam as quedas, o envenenamento, o afogamento, as queimaduras, o acidente de trânsito, entre outros. No ano de 2014, no Brasil, as causas externas foram responsáveis por 3.557 óbitos na faixa etária de 0 a 9 anos de idade (BRASIL, 2016).

Uma pesquisa de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência: VIVA Inquérito, demonstrou que as crianças (0 a 9 anos) representaram 15% dos atendimentos de emergência por acidentes, com predomínio do sexo masculino (60%). A maior proporção de acidentes ocorre no ambiente domiciliar (64,5%), seguido da via pública (17%) e escola (10%) (BRASIL, 2011).

Assim, pode-se pensar no cenário escolar como ambiente de risco para a ocorrência de acidentes, que também acarreta lesões e agravos relevantes. Em virtude disso, torna-se importante refletir sobre como estas situações estão sendo tratadas no âmbito escolar, tanto na prevenção como no atendimento mediante ocorrência de possíveis acidentes.

No espaço escolar é comum à ocorrência de acidentes, entretanto, é sabido que as instituições de ensino precisam estar preparadas para providências emergenciais nos casos desses eventos, assim como para a prevenção dos mesmos. Nesse sentido, entende-se que o educador pode ser o agente desencadeante de toda uma mudança, se souber lidar com os acidentes, pois trabalha diretamente com a criança e indiretamente com os pais configurando-se, portanto, num agente de extrema importância a atuar nas diversas situações (VENÂNCIO, 2014).

Na escola pública, observa-se além do despreparo e da falta de uma sequência para os atendimentos iniciais, a falta de direcionamento ao socorro e transporte dos alunos para o atendimento hospitalar. A falta de conhecimentos com relação às condutas iniciais em primeiros socorros pode gerar problemas, como a manipulação inadequada da vítima e a solicitação desnecessária de socorro especializado em emergência das ambulâncias, além dos riscos envolvidos no transporte por meios próprios de condução (OLIVEIRA JUNIOR; SILVA JUNIOR; TOLEDO, 2013).

No ensino infantil, ocorrem acidentes mais graves e podem ser fatais, geralmente são engasgos, quedas, aspiração de vômitos ou alimentos, deglutição de objetos e intoxicações com produtos de limpeza. Sendo assim, toda escola deveria contar com um protocolo de segurança, de como proceder em acidentes para que a vítima seja socorrida o mais rápido possível. Infelizmente não se tem visto muito quanto à qualificação profissional em várias áreas, em especial em

primeiros socorros e os professores da educação infantil são os mais vulneráveis por estarem mais tempo com as crianças e os que realizam um cuidado integral a criança (BÖES, 2007).

Assim, orientar o educador infantil para lidar com os imprevistos de qualquer acidente pode diminuir a demanda do serviço de atendimento móvel de urgência e bombeiros para as urgências e a mortalidade infantil. O ideal seria que, no que diz respeito ao primeiro atendimento da criança, que houvesse uma análise rápida e intervenção no ambiente, para isso pais, funcionários de creches e professores deveriam ter treinamento em reanimação cardiopulmonar básica e primeiros socorros, além de conhecerem a rotina de encaminhamento aos serviços médicos de atenção básica ao de emergência (OLIVEIRA JUNIOR; SILVA JUNIOR; TOLEDO, 2013).

Neste sentido, objetivou-se avaliar o conhecimento de funcionários de educação infantil sobre a prática de primeiros socorros antes e após intervenção educativa em uma escola municipal. Espera-se desenvolver ações de capacitação, visando aumentar o conhecimento em primeiros socorros dos professores e demais funcionários de educação infantil.

Método

Estudo de intervenção, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em uma escola pública no município de Maceió, Estado de Alagoas.

O estudo foi realizado com uma amostra de 42 profissionais de educação infantil, selecionados por conveniência a partir dos seguintes critérios de inclusão: funcionários da educação na instituição, que participassem do treinamento sobre primeiros socorros. Considerou-se como critérios de exclusão: funcionários que estivessem de férias ou licenças médicas no período da coleta.

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2013. Antes de iniciar a intervenção educativa, foi realizada a primeira aplicação do instrumento (pré-teste) para verificar o conhecimento prévio dos profissionais sobre primeiros socorros. O instrumento utilizado foi um questionário composto por 24 questões objetivas de múltipla escolha, separadas por domínios envolvendo situações comuns de primeiros socorros (desmaio, convulsões, engasgo, queimaduras, choque elétrico, parada cardiorrespiratória, quedas e hemorragia), incluindo ainda dados sobre o perfil dos profissionais.

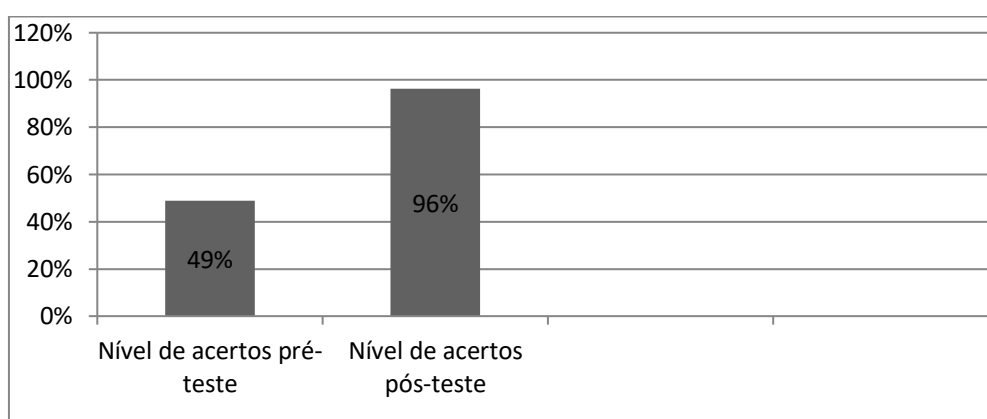
Em seguida, iniciou-se o treinamento de primeiros socorros desenvolvido pelos pesquisadores para os profissionais da referente instituição. O treinamento ocorreu em dois dias consecutivos, nos turnos matutinos e vespertinos, com duração de quatro horas em cada turno, totalizando dezesseis horas de atividades. As capacitações ocorreram por meio de palestras, utilizando recursos audiovisuais, além de demonstrações práticas. Ao final da intervenção educativa, o questionário foi administrado novamente, com intuito de avaliar o conhecimento obtido.

Para análise, os dados foram agrupados e tabulados, utilizando o Microsoft Excel, versão 2010. O teste utilizado na análise dos dados descritivos e inferenciais foi o McNemar Test e para avaliar a significância utilizou-se o Chi-Square Tests. O presente estudo foi submetido à coordenação pedagógica da instituição escolar e ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e, somente após a aprovação, com o número de protocolo nº 1929, iniciou-se a pesquisa. Os participantes da pesquisa receberam informações sobre o estudo e após se declararem esclarecidos, aceitando livremente a participação, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Participaram do presente de estudo todos os funcionários da equipe pedagógica, desde a direção escolar até auxiliar de serviços gerais. Dentre os participantes da pesquisa, quarenta foram do sexo feminino (95,2%) e dois do masculino (4,8%). Dentre estes, nove (21,4%) apresentam nível médio, quatro (9,5%) superior incompleto, oito (19%) superior completo, nove (21,4%) são especialistas e apenas um é mestre (2,4%).

Figura 1- Avaliação do conhecimento geral em primeiros socorros dos profissionais de educação infantil de uma escola pública (pré e pós-teste). Maceió, 2013 (n=42).



Fonte: autores, 2013.

Tabela 1 – Avaliação do conhecimento nos domínios de primeiros socorros dos profissionais de educação infantil de uma escola pública antes e após intervenção educativa. Maceió, 2013 (n=42).

Domínios	Pré-teste		Pós-teste	
	n	%	n	%
Desmaio	28	66,7	42	100
Convulsões	23	54,8	42	100
Engasgo parcial	4	10	33	78,6
Engasgo completo	26	61,9	42	100
Queimaduras	30	71,4	39	92,8

Choque elétrico	27	64,3	42	100
Parada cardiorrespiratória	24	57,1	39	92,8
Quedas	24	57,1	42	100
Hemorragia	24	57,1	41	97,6

Fonte: autores, 2013.

Após a intervenção educativa nesta comunidade escolar, observou-se aumento do nível de conhecimento dos profissionais, com percentual mais elevado nos domínios: convulsões, engasgo, reanimação cardiopulmonar, quedas e hemorragia.

Discussão

Nota-se, por meio dos dados apresentados, que as ações de educação e saúde na escola municipal analisada tiveram resultados bastante positivos, pois o percentual de conhecimento geral dos profissionais em primeiros socorros antes da intervenção educativa era de 49%, e após as capacitações o percentual ascendeu para 96%.

Observando a realidade desta comunidade escolar e mediante a revisão de literatura, constata-se o despreparo das instituições nas situações emergenciais e a falta de uma sequência para os atendimentos iniciais e direcionamento ao socorro. Em um estudo realizado com professores de uma escola de educação primária em Córdoba - Espanha observou-se o déficit de conhecimento sobre primeiros socorros antes da intervenção, apresentando 38,6% de respostas corretas antes da intervenção, com incremento do conhecimento para 76,2 (MARTÍN, 2015).

Percebe-se também uma deficiência no conhecimento dos profissionais de educação em medidas básicas de primeiros socorros, mediante essa realidade é importante realizar nestas instituições ações que avaliem o conhecimento prévio, quanto à prestação de primeiros socorros, uma vez que a maioria já teve alguma informação, certa ou errada, sobre a maneira de proceder em casos de acidentes mais comuns em seu dia a dia na educação infantil (SOUZA; TIBEAU, 2008). Assim, é fundamental neste cenário que sejam desenvolvidas ações de educação e saúde para esses profissionais durante a graduação e no decorrer da atividade profissional, para que eles sintam-se capacitados e possam prestar os cuidados imediatos quando for necessário.

Na instituição pesquisada, todos os participantes referiram que as aulas e treinamentos realizados atenderam as suas expectativas quanto ao conteúdo e didática, refletindo a avaliação positiva da intervenção educativa e destacando a importância da abordagem do conteúdo. Em outro estudo realizado com professores e funcionários de uma escola de Botucatu – São Paulo, a maioria mostrou-se bastante interessada principalmente por não terem participado de nenhum trabalho relacionado ao tema anteriormente, e relataram ainda que os conhecimentos adquiridos podem ser aplicados não só com alunos da escola, mas também no dia-a-dia, podendo assim, com procedimentos simples, salvarem vidas e amenizarem danos (FIORUC; MOLINA; VITTI JUNIOR; LIMA, 2008).

Nos casos de desmaios, 33,3% dos participantes desta pesquisa não saberiam o que fazer ou realizariam um procedimento incorreto. Após o treinamento, o resultado apresentou-se de forma bastante positiva, pois 100% dos participantes consideraram que estariam aptos a prestar atendimento correto frente a essa situação.

No domínio convulsões, 54,8% dos participantes teria uma atitude correta, sendo que após a intervenção, este valor aumentou para 100% de acerto. Resultado este maior quando comparado com o nível de acertos dos profissionais de estudo realizado no interior de São Paulo, que ficou em torno de 79,4%, ressaltando a importância do conhecimento nas condutas de emergência e a necessidade de uma maior ênfase no atendimento da vítima de convulsão, tendo em vista a gravidade da situação (FIORUC; MOLINA; VITTI JUNIOR; LIMA, 2008).

O domínio engasgo, também caracterizado como obstrução das vias aéreas por corpo estranho, recebeu duas classificações, considerando o nível de gravidade, sendo divididos em: engasgo parcial e engasgo completo. Em situações de engasgo parcial, quando não há fechamento das vias aéreas, apenas 10% dos treinandos teriam a conduta adequada, já no período pós-treinamento o percentual de acerto passou a ser 78,6%. Neste caso, embora a conduta correta seja simples, envolvendo incentivar a tosse e acalmar a criança, uma parcela dos participantes ainda sentiu-se insegura.

Em pesquisa realizada com 1700 pessoas que trabalhavam em instituições públicas e privadas de diferentes cidades de Portugal, o percentual de acertos das questões sobre o que deve ser feito diante da situação de engasgo variou de 33% a 68,1%, com menor taxa para aplicação da manobra de Heimlich, reforçando a necessidade de capacitação da população leiga em primeiros socorros (DIXE; GOMES, 2015). Na instituição pesquisada, 61,9% dos profissionais tinham noção da conduta correta nos casos de engasgo completo e esse índice se elevou, após o treinamento, para 100%.

Analisando o domínio queimaduras, observou-se que 71,4% dos profissionais afirmaram que teriam a conduta correta no primeiro atendimento à criança vítima de queimadura, onde se deve irrigar a área queimada com água na temperatura ambiente de forma abundante, retirar acessórios e depois protegê-la com gaze ou pano limpo. Os principais erros, no percentual de 28,6% dos respondentes que erraram a conduta, foram: usar gelo, agentes tópicos ou só solicitar socorro e não tomar nenhuma medida de primeiro atendimento. Após o treinamento, o resultado foi bastante positivo, pois o percentual de acerto se elevou para 92,8%, percentual similar ao encontrado em um estudo semelhante desenvolvido por enfermeiros docentes da Universidade Federal de Goiás em uma instituição escolar (ANDRAUS; MINAMISAVA; BORGES; BARBOSA, 2005).

Em relação ao choque elétrico, nota-se que 64,3% dos participantes, antes do treinamento, agiriam corretamente ao se deparar com um aluno vítima de choque elétrico. O socorrista ao se deparar com uma situação desta natureza deve desligar a fonte de energia, após o desligamento observar a criança, e se necessário realizar reanimação e acionar socorro. Neste

tema, após o treinamento todos os participantes se mostraram aptos para prestar o primeiro atendimento, atingindo percentual de 100% de acertos.

O ambiente escolar deve adotar ações que visem evitar choques elétricos, cujas medidas de prevenção incluem a proteção das tomadas, a retirada de extensões elétricas expostas, além de guardar aparelhos elétricos longe do alcance das crianças (BÖES, 2007).

Os profissionais participantes se mostraram apreensivos em relação aos primeiros socorros em uma parada cardiorrespiratória (PCR). Houve muitas dúvidas em relação à frequência das compressões e técnica adequada, demonstrando bastante despreparo e muito temor na realização do primeiro atendimento. A parada cardíaca é um evento incomum em crianças. Diferentemente dos adultos, onde a parada cardíaca súbita geralmente apresenta origem cardíaca, em crianças saudáveis não ocorre como resultado dessa causa. A parada cardiorrespiratória em crianças é raramente um evento súbito e resulta, muitas vezes, de causas secundárias, principalmente, da falta de substratos celulares. Em crianças, as paradas cardíacas, geralmente, estão associadas à morte ou a um resultado negativo, no que diz respeito a comprometimento neurológico (RIBEIRO, 2011).

Os resultados da reanimação cardiopulmonar neste público apresenta uma maior efetividade a partir de uma combinação de ventilações e compressões torácicas, uma vez que a principal causa da parada nas crianças é a asfixia (RIBEIRO, 2011). Evidenciando a importância de ações de educação em saúde, para os profissionais que mais lidam com a faixa etária infantil, aqueles que atuam em instituições escolares.

Dentre os treinandos, o nível de acerto na conduta mediante uma parada cardiorrespiratória no pré-teste foi de 57,1%, após o treinamento o percentual de acerto dos participantes se elevou para 92,8%. Os resultados iniciais divergiam do estudo realizado com crianças em Goiás, o qual teve maior nível de conhecimento antes do curso de primeiros socorros, embora também tenha obtido aumento do valor, com 91% após a intervenção, evidenciando a importância de estudos desta natureza nas escolas (ANDRAUS; MINAMISAVA; BORGES; BARBOSA, 2005).

As medidas de Suporte Básico de Vida (SBV), iniciadas precocemente, aumentam a chance de sobrevivência e diminuem o risco de sequelas das vítimas de PCR, e abrange etapas que podem ser iniciadas fora do ambiente hospitalar por leigos devidamente capacitados e informados, revelando a fundamental importância da participação do leigo no reconhecimento da PCR. Desse modo, é essencial a adoção precoce das etapas de SBV, incluindo o reconhecimento rápido da PCR, manobras de Reanimação Cardiopulmonar e acionamento do serviço médico de emergência por socorristas leigos. No contexto escolar, o treinamento de em PCR e uso de protocolos de atendimento podem melhorar os desfechos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

No domínio queda, abordou-se no presente estudo a forma de avaliação da vítima, mediante uma queda grave. Antes das ações de educação em saúde nesta escola, o nível de acerto, no primeiro atendimento em quedas, foi de 57,1%, e após o treinamento o percentual aumentou para 100%. Diante das particularidades das crianças, que estão vulneráveis a sofrerem

quedas, as quais também podem ocorrer em ambiente escolar, destaca-se que é essencial trabalhar as informações relativas à incidência desses agravos à saúde no ambiente escolar, principalmente atuando em conjunto com professores na prevenção e promoção da saúde, proporcionando conhecimento e aprendizagem às crianças e aos adolescentes (POLL; HECK; ENGEL; BORGES; RIOS; CARPES, 2013).

No domínio hemorragia, nota-se que 51,7% dos participantes, antes da intervenção educativa, relataram conduta correta ao se deparar com um aluno apresentando hemorragia externa. Após o treinamento, este conhecimento aumentou para 91,6%, resultado este compatível com estudo no interior de São Paulo, que variou de 42,8% no período anterior as capacitações para 90,5% após o treinamento. Isso mostra a importância do conhecimento das condutas de emergência em caso de hemorragia externa grave, uma vez que, se esta ocorrer de forma abundante e não controlada pode causar morte de 3 a 5 minutos (FIORUC; MOLINA; VITTI JUNIOR; LIMA, 2008).

Os educadores e outros funcionários que atuam próximo à criança no cenário escolar devem estar capacitados para iniciar ações de primeiros socorros diante de uma hemorragia, utilizando técnicas adequadas para o controle de sangramento, incluindo medidas como compressão direta, elevação do membro afetado, uso de terapia fria localizada para o sangramento fechado nas extremidades, uso de curativos hemostático quando não se consegue controlar o sangramento com os outros métodos, e em último caso, o uso de torniquetes para situações mais graves. Além destas medidas, a escola dependendo da gravidade deve acionar o resgate imediatamente (SINGLETERY *et al.*, 2015).

Destaca-se ainda a importância de ações continuadas no ambiente escolar tanto para funcionários como para as crianças. Estudo realizado na China, que avaliou os efeitos da formação em primeiros socorros pediátricos entre os professores, constatou que houve aumento significativo no pós-teste, no entanto, com diminuição nos escores de pós-teste para 6 meses, 9 meses e 4 anos após o treinamento (LI; SHENG; ZHANG; JIANG; SHEN, 2014).

Assim, considera-se como limitação do estudo a aplicação do instrumento de avaliação ter sido realizada em um único momento após a intervenção, não podendo se afirmar a apreensão do conhecimento com o tempo, o que aponta para a necessidade de atividades educativas para reforçar o aprendizado em primeiros socorros.

Os enfermeiros como educadores são desafiados não só a fornecer assistência específica, como também a focar as necessidades educacionais da sociedade. Sabemos que o cuidado de enfermagem é dirigido à promoção, manutenção, restauração e educação em saúde. O enfermeiro no papel de educador tem como propósito levar às informações necessárias a população, no intuito de preparar a mesma para as diversas situações, dentre elas acidentes, sendo, portanto, um facilitador nas tomadas de decisões em diversos ambientes como o escolar (RODRÍGUEZ; KOLLING; MESQUIDA, 2007). Assim, destaca-se a relevância da inserção do enfermeiro no ambiente escolar visando discutir questões de saúde com professores e alunos e

atuando nas atividades educativas para a prevenção de acidentes e agravos à saúde das crianças, contribuindo assim para redução de sua incidência.

Conclusão

Neste estudo, verificou-se que a maioria dos participantes no pré-treinamento demonstrou um conhecimento insuficiente para a realização de procedimentos em primeiros socorros como: desmaios, convulsões, engasgos, queimaduras, choque elétrico, parada cardiorrespiratórias, hemorragias e quedas. Já no período pós-treinamento, observou-se que houve incremento do aprendizado dos participantes, pois todos os domínios abordados tiveram elevação de seus percentuais.

Este estudo mostra a importância da educação em saúde, na comunidade, especialmente no ambiente escolar e que o enfermeiro inserido neste cenário é indispensável na prevenção de acidentes. Mediante esta realidade, verifica-se também a importância em se continuar realizando treinamento sobre os princípios básicos de primeiros socorros nas escolas, promovendo assim educação em saúde.

Atualmente, preconiza-se que o ensino de primeiros socorros seja amplamente disponibilizado e democratizado. No entanto, na prática aprender sobre primeiros socorros é restrito aos profissionais de saúde ou àqueles que estão próximos de universidades, hospitais e outros centros que promovem tais cursos. Além de conferir aos usuários maior segurança para tratar de seus problemas de saúde, reduzindo sua vulnerabilidade, a produção e socialização de conhecimentos sobre primeiros socorros, a educação em saúde pode gerar a diminuição da demanda considerada não pertinente aos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, tornando mais eficiente e otimizando o atendimento de urgências desse serviço.

Os resultados sugerem, ainda, a necessidade de implantação de um programa de treinamento de urgências e emergências com professores e funcionários do sistema de ensino infantil, visando desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde do escolar, a fim de minimizar danos advindos da incorreta manipulação com a vítima ou a falta de socorro imediato, visto que estes fatores citados, não só contribuem com o agravamento do estado da vítima, como resultam em maior tempo de permanência hospitalar devido a complicações.

Evidencia-se a necessidade de realização de outros estudos na área, para identificação dos acidentes mais frequentes bem como a adoção de medidas preventivas e de condutas de emergência no âmbito escolar, para que a equipe pedagógica em parceria com os profissionais de saúde possam construir um protocolo de segurança e de prevenção de acidentes, visando à construção de uma escola segura.

Referências

- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques da American Heart Association 2015:** Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. 2015. Disponível em: <http://www.perc.ufc.br/wp-content/uploads/2016/02/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>. Acesso em: dez. 2016.
- ANDRAUS, L. M. S.; MINAMISAVA, R.; BORGES, I. K.; BARBOSA, M. A. Primeiros Socorros para crianças: relato de experiência. **Acta Paul Enferm [Internet]**, 18(2):220-5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a16v18n2.pdf>. Acesso em: fev. 2013.
- BÖES, A. A. **Conhecimento e conduta dos professores acerca do atendimento de primeiros socorros em escolas do município de novo Hamburgo.** Centro universitário Feevale, 2007. Disponível em: <http://ged.feevale.br/bibvirtual/Monografia/MonografiaAdilsonBoes.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Óbitos por causas externas – Brasil.** [Online]. Brasília, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes.** [Online]. Brasília, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?viva/2011/viva11.def>. Acesso em: dez. 2016.
- DIXE, M. A. C. R.; GOMES, J. C. R. Knowledge of the Portuguese population on Basic Life Support and availability to attend training. **Rev esc enferm USP [Internet]**, 49(4): 640-649, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400015>. Acesso em: set. 2016.
- FIORUC, B. E.; MOLINA, A. C.; VITTI JUNIOR, W; LIMA, S. A. M. Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo. **Rev Eletr Enf [Internet]**, 10(3):695-702, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a15.htm>. Acesso em: jan. 2016.
- LI, F.; SHENG, X.; ZHANG, J.; JIANG, F.; SHEN, X. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China. **BMC Pediatrics [Internet]**, 14:209, 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/14/209>. Acesso em: set. 2016.
- MARTÍN, R. A. Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito escolar. **Enfermería Universitaria [Internet]**, 12(2):88-92, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.004>. Acesso em: set. 2016.
- OLIVEIRA JUNIOR, M. A.; SILVA JUNIOR, C. J.; TOLEDO, E. M. O Conhecimento em Pronto-Socorrismo de Professores da Rede Municipal de Ensino do Ciclo I de Cruzeiro-SP. **ECCOM [Internet]**, 4(7): 39-47, 2013. Disponível em: <http://publicacoes.fatea.br/index.php/eccom/article/viewFile/591/421>. Acesso em: dez. 2016.
- POLL, M. A.; HECK, T. W.; ENGEL, R. H.; BORGES, T. A. P.; RIOS, A. O.; CARPES, V. A. C. Quedas de crianças e de adolescentes: prevenindo agravos por meio da educação em saúde. **Rev Enferm UFSM [Internet]**, 3(Esp.):589- 598, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/11021-57192-1-PB.pdf>. Acesso em: set. 2016.
- RIBEIRO, F. B. Destaque das Novas Diretrizes Internacionais para o Suporte Básico de Vida em Pediatria - Parte 2. **Emergência clínica [Internet]**, 06 (31): 122-128, 2011. Disponível em: <http://www.cvist.com.br/arquivos-artigos/12/diretrizes.pdf>. Acesso em: set. 2016.
- RODRÍGUEZ, C. A.; KOLLING, M. G.; MESQUIDA, P. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Rev Bras Educ Med [Internet]**, 31(1):60-66, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000100009>. Acesso em: mai. 2012.
- SINGLETARY, E. M.; ZIDEMAN, D.A.; BUCK, E. D. J. D.; CHANG, W-T.; JENSEN, J. L.; SWAIN, J. M. *et al.* International Consensus on First Aid Science With Treatment Recommendations.

Circulation [Internet], 132(16 suppl 1):S269-S311, 2015. Disponível em: http://circ.ahajournals.org/content/132/16_suppl_1/S269. Acesso em: set. 2016.

SOUZA, P. J.; TIBEAU, C. Acidentes e primeiros socorros na educação física escolar. **Rev. Digital - Buenos Aires [Online]**, 13(127), 2008. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd127/acidentes-e-primeiros-socorros-na-educacao-fisica-escolar.htm>. Acesso em: dez. 2016.

VENÂNCIO, M. A. V. D. **Prevalência dos acidentes em espaço escolar e percepção dos agentes educativos**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária) – Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2559/1/VENANCIO%2c%20Maria%20Alice%20Varanda%20Duarte%20-%20DissertMestrado.pdf>. Acesso em: dez. 2016.

Capítulo 32

ELEMENTOS COMUNICACIONAIS UTILIZADOS POR LÍDERES NO GERENCIAMENTO DE CONFLITOS NAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE

COMMUNICATION ELEMENTS USED BY LEADERS IN CONFLICT MANAGEMENT IN BASIC HEALTH UNITS

Délia Figueredo Carvalho¹
Lisandra Santana Oliveira Reis²
Marks Passos Santos³

RESUMO: Esse estudo objetivou identificar os elementos de comunicação utilizados por líderes no gerenciamento de conflitos entre seus liderados nas Unidades Básicas de Saúde, para isso foi realizado uma revisão bibliográfica. Os resultados alcançados inferem que foram utilizadas duas estratégias na gestão de conflitos – Mediação e Motivação. Sendo a primeira mais vantajosa, por se tratar de uma ferramenta fácil de ser aplicada, além de rápida e econômica, conta com três elementos, os envolvidos que buscam de forma voluntária e um mediador, sendo imparcial e neutro. Sugere ainda a criação de espaços que favoreçam a mediação, assim como a estratégia de negociação que aponta para a criação de núcleos de gestão de conflitos, responsabilizando os gestores assumirem tais responsabilidades ao possibilitar esta negociação. Em suma, os elementos de comunicação que são utilizados são a mediação e a motivação, frutos do diálogo aberto o que transforma o conflito em oportunidades.

Palavras Chave: Liderança; Gestão de conflitos; Comunicação; Serviços de saúde.

ABSTRACT: This study aimed to identify the communication elements used by leaders in conflict management among their followers in the Basic Health Units, for which a bibliographic review was carried out. The results achieved infer that two strategies were used in conflict management - Mediation and Motivation. Being the first most advantageous, as it is an easy tool to be applied, in addition to being quick and economical, it has three elements, those involved who seek voluntarily and a mediator, being impartial and neutral. It also suggests the creation of spaces that favor mediation, as well as the negotiation strategy that points to the creation of conflict management nuclei, making managers responsible for assuming such responsibilities when making this negotiation possible. In short, the communication elements that are used are mediation and motivation, fruits of open dialogue, which turns conflict into opportunities.

Keywords: Leadership; Conflict management; Communication; Health Services.

Introdução

Na gestão de conflitos, os líderes ou gestores têm a comunicação como ferramenta para transformar conflitos em oportunidades. O campo da comunicação é muito vasto, nas organizações de serviços de saúde, ela envolve a multidisciplinaridade e recebe contribuições de diversas áreas como a Antropologia, Sociologia, Linguística, Retórica, a Semiótica e até mesmo a Matemática (ALVES, 2002).

A comunicação deve ter uma postura mental e emocional, além das habilidades de expressão necessárias para atingir uma comunicação eficiente. Cabe ainda analisar nesse processo as diferenças reais entre experiências, crenças e sentimentos, seja nas relações pessoais ou nas negociações corporativas da equipe. Fugir dos conflitos é a maneira mais comum de nos tornarmos reféns do nosso próprio ato, o conflito se manifesta como uma diferença entre

1 Cirurgiã Dentista, Especialista em Gestão da Saúde. E-mail: delia.fcarvalho@gmail.com

2 Bacharel em Enfermagem, Especialista em Saúde da Família. E-mail: lisandrasoreis@gmail.com.

3 Mestre em Enfermagem, Professor da Faculdade AGES de Medicina. E-mail: enfer.marks@hotmail.com.

duas ou mais pessoas, caracterizada por tensão, desacordo, emoção ou polarização, quebrando assim o vínculo entre elas. Este faz parte dos relacionamentos interpessoais e gera sensações de perda, desapontamento e frustração (KOHLRIESER, 2008).

O líder deve ser capaz de reconhecer que o conflito causa dor e, por isso, através da razão e da comunicação, identifica o problema para mediar os conflitos nas organizações de saúde. Recorrendo à escola clássica, define-se organização como um conjunto de duas ou mais pessoas que realizam tarefas, de forma coordenada e controlada, atuando num determinado contexto ou ambiente, liderados ou não por alguém com as funções de planejar, organizar, liderar e controlar. No ambiente de organização em serviços de saúde a comunicação deve ser utilizada estrategicamente para solucionar conflitos, através de seus líderes (KOHLRIESER, 2008).

Cabe enaltecer que algumas habilidades são necessárias para que um conflito, dentro de uma organização, seja transformado de fracasso em oportunidade, habilidades estas que podem modelar problemas que isolam os membros de uma equipe e nortear o trabalho do líder da equipe.

Para que haja o processo de comunicação, requer que alguns elementos essenciais sejam considerados, tais como controle – o respeito as hierarquias da organização de um serviço, sempre se reportando ao superior imediato; motivação – quando se faz o que se deve ser feito, se avalia e busca meios para aperfeiçoar cada vez mais, como contrapartida dar feedback do processo; expressão emocional – expressão de frustrações, sentimentos de satisfação e necessidades sociais de cada indivíduo do grupo e; informações – fruto da comunicação, que facilita as tomadas de decisão (ROBBINS, 2002).

Alinhado aos elementos essenciais, o aspecto do vínculo que se estabelece no processo de comunicação, assim que estabelecido, deve-se fortalecer a relação por meio de novos objetivos, buscando principalmente o equilíbrio entre razão e a emoção, para que dessa forma não ocorra a perturbação da racionalidade (KOHLRIESER, 2008, p.16).

No ambiente dos serviços de saúde, as incertezas macroeconômicas, os conflitos em busca de poder e a concorrência são fatores influenciadores do ambiente e cultura organizacional. Assim, as competências interpessoais são apontadas como fator determinante para o sucesso e os indivíduos que conseguem se adaptar, redefinindo prioridades e promovendo crescimento e desenvolvimento organizacional, são os verdadeiros líderes.

O poder conferido ao líder nada mais que que concedido pelos seus liderados, ora, pelo reconhecimento de sua autoridade moral (WAGNER, 2010). A liderança é o processo de conduzir as ações ou influenciar o comportamento e a mentalidade de outras pessoas; é a realização de metas por meio da direção dos colaboradores. A pessoa que comanda com sucesso seus colaboradores para alcançar finalidades específicas, é líder. Um grande líder tem essa capacidade dia após dia, ano após ano, em uma grande variedade de situações (MAXIMIANO, 2012).

Muito além dos elementos essenciais e do vínculo que os líderes devem prezar com seus liderados, ter altos níveis de percepção e empatia são competências da inteligência emocional fundamentais para o exercício da liderança. A percepção das próprias atitudes permite ao

indivíduo adequar-se ao estilo do outro, além disso, a empatia é essencial para compreender como os outros se sentem e direcionar suas ações mediante essa compreensão (BAR-ON, 2017).

O líder deve ser proativo, antecipando os conflitos sempre que possível, mesmo nas equipes que sejam motivadas e harmoniosas. Antecipar-se ao surgimento do conflito é o principal objetivo da gestão. A maioria dos conflitos destrutivos iniciam numa incompatibilidade dos comportamentos dos profissionais da equipe, principalmente, em relação à personalidade. Os conflitos são abordados quando já instalados (evidência de um problema). Neste estágio, já existe a decepção e a desconfiança. Isso torna mais difícil uma ação que anule as consequências já instaladas (TOEGEL; BARSOUX, 2016).

Entende-se que a comunicação é uma ferramenta inerente à liderança, com papel fundamental no processo de gerenciamento de conflitos. Dessa forma pretende-se com este estudo identificar os elementos de comunicação utilizados por líderes no gerenciamento de conflitos entre seus liderados nas Unidades Básicas de Saúde.

Desenvolvimento

O presente estudo trata-se de uma revisão da literatura que consiste em uma revisão crítica das literaturas especializadas mais importantes publicadas acerca de determinado tema em específico, tendo em vista a responder à pergunta norteadora da presente pesquisa (CARROLL-JOHNSON, 1992).

Esse método determina o que foi ou não produzido sobre determinado assunto, conceito ou problema. Ademais, identifica lacunas, consistências e inconsistências existentes, além de possibilitar a criação de protocolos, políticas e projetos/atividades de práticas novas (KRAINOVICH-MILLER, 2001).

Para a realização desta revisão, percorreu os dez passos descritos por Krainovich-Miller (2001) a saber: 1) Determinar o conceito/questão/tema/problema; 2) Identificar variáveis/termos-chaves; 3) Conduzir a busca no computador; 4) Descartar fontes irrelevantes antes de imprimir; 5) Organizar as fontes impressas para arquivamento; 6) Arquivar fontes relevantes; 7) Fazer cópias dos artigos; 8) Conduzir a leitura preliminar e descartar as fontes irrelevantes; 9) Ler criticamente cada fonte (sintetizar e criticar cada fonte); e por último 10) Sintetizar e fazer uma crítica resumida de cada artigo.

Tendo em vista, a pergunta de pesquisa descrita anteriormente, cabe apontar que a estratégia de busca para identificação e seleção dos estudos foi através do levantamento bibliográfico de publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Scielo e Google Acadêmico.

Os critérios adotados para seleção dos artigos foram: apenas artigos publicados nos últimos anos (2014 – 2019); excluindo editoriais de revista e revisões, considerando os idiomas português e inglês que continham os seguintes descritores/palavras-chave: "liderança", "comunicação", "gestão de conflitos", "Unidade Básica Saúde". Foi utilizado o booleano AND para

estabelecer a relação entre os termos e encontrar o maior número de artigos possíveis para responder à pergunta norteadora da pesquisa.

Com relação a organização, arquivamento e cópia dos artigos que atenderam aos critérios descritos acima, aconteceram ao mesmo tempo. Já os passos finais corresponderam: a leitura mais profunda e crítica dos artigos, além de realizar a síntese do que foi encontrado.

Para a organização e tabulação dos dados foi realizada uma leitura minuciosa de cada artigo destacando aqueles que responderam ao objetivo do estudo. O instrumento de coleta de dados utilizados tinha as seguintes informações: Autores, Ano de publicação, País onde foi desenvolvido; Tipo de estudo (quantitativo/qualitativo; descritivo/outro método); objetivos dos trabalhos e desfecho (principais resultados); e estratégias utilizadas no processo de comunicação.

Foram encontrados 719 artigos, distribuídos em duas plataformas, sendo Scielo e no Google Acadêmico. Após leitura dos títulos foram excluídos 697 por não conter nenhum elemento que remetesse ao objeto pesquisado, dessa forma restaram 22 artigos que foram lidos seus resumos, após essa leitura foram excluídos mais 13 estudos, restando 9 artigos para leitura na íntegra os quais permaneceram 8 para a construção deste trabalho. Os artigos selecionados estão identificados no Quadro 1.

Quadro 1 – Identificação das publicações que compõem o estudo

Nº	Autores	Ano	País	Tipos de estudo	Objetivos e desfechos	Estratégia de comunicação
01	BAZZO-ROMAGNOLI, A.P.; GIMENEZ-CARVALHO, B.; ALMEIDA-NUNES, E.F.P.	2014	Colômbia	Quantitativo	<p>Objetivo: analisar o cotidiano do trabalho de gerentes e o uso de instrumentos para o gerenciamento de unidades básicas de saúde (UBS).</p> <p>Desfecho: O gerente pode se constituir como elemento fundamental para a implementação de mudanças</p>	Mediação

					tendo em vista sua destacada atuação, tanto na organização do trabalho como na gestão dos trabalhadores.	
02	FERNANDES HN, THOFEHRN MB, PORTO AR et al.	2015	Brasil	Qualitativo	<p>Objetivo: Conhecer as relações interpessoais estabelecidas pela equipe multiprofissional em uma Unidade de Saúde da Família.</p> <p>Desfecho: Evidenciam-se a relevância em dar ênfase aos relacionamentos interpessoais e as subjetividades dos profissionais no processo de trabalho.</p>	Motivação
03	RODRIGUES, A.P.; SANTOS, F.R.; ABREU, M.Q.; SILVA, Q.R.E.; PINTO, D.R.M.	2015	Brasil	Qualitativo	<p>Objetivo: Conhecer a percepção dos enfermeiros a respeito da boa gestão na ESF.</p> <p>Desfecho: Compete ao enfermeiro demonstrar claramente seu papel de</p>	Motivação

					cuidador da comunidade e líder da equipe, requerendo que o mesmo conheça e incorpore à sua prática profissional as competências necessárias para estar à frente do serviço.	
--	--	--	--	--	---	--

A leitura dos estudos selecionados nos permite inferir que existem alguns elementos de comunicação que são adotadas para a resolução dos conflitos, tais estudos encontrados apontam para dois: mediação e negociação, apresentadas a seguir.

Bazzo-Romagnoli, et al (2014) destacam que para acontecer a mediação dos conflitos requer algumas estratégias e instrumentos, mas que os resultados poderão ser influenciados por fatores como o preparo do gestor, a política partidária e diretamente com o compromisso dos profissionais de saúde que formam. Percebe-se dessa forma que não se trata propriamente de haver ou não a mediação, já que o diálogo em si não atingi o objetivo desejado, ou seja, gerir o conflito, mas de haver um conjunto de elementos intrínsecos e extrínsecos dos envolvidos.

Rothebarth et al (2016), apresenta que os profissionais mais adequados para a mediação de conflitos é o enfermeiro, este pode resolver tais situações de forma adequada e equilibrada, o que faz com que não haja a diminuição da qualidade dos serviços prestadas. A enfermagem desenvolve um papel fundamental não somente na assistência ao paciente, como também na administração dos serviços e na liderança de toda uma equipe e por isso, requer que este profissional desenvolva habilidades que minimizem as situações que causem mal-estar interpessoal.

Claro (2017) relata que a mediação é a técnica mais vantajosa na gestão de conflitos, destaca ainda que é pertinente para a área da saúde, por ser de fácil aplicação, sendo aceita pelos profissionais por compreenderem sua eficácia. É ainda considerado célere e econômico, sua agilidade se dá por conta da busca voluntária de ambas as partes, por contar com um mediador, que se apresenta de forma neutra e imparcial. A partir da mediação surgem acordos que devem ser benéficos para todos os envolvidos.

Ainda sobre a mediação, sugere-se a criação de serviços próprios para essas ações nos diversos serviços de saúde, com o propósito de ser utilizado não somente pelos profissionais, ou em seus conflitos, mais para todos as pessoas que utilizam os diversos serviços de saúde. Outra sugestão, é a capacitação de gestão de conflitos para todos os profissionais, com o intuito de

adotarem posturas mais adequadas, conseqüentemente melhorando a assistência prestada aos pacientes, assim como o relacionamento interprofissional (CLARO, 2017).

Várias situações criam barreiras interpessoais, tais como a falta de colaboração nos espaços de trabalho, o desrespeito nas relações assimétricas entre os profissionais, problemas externos ao trabalho, assimetrias com a hierarquia, assim como também quanto a infraestrutura deficitária do local de trabalho, nessas situações o coordenador. Como já apresentado o enfermeiro, realiza a mediação dos conflitos utilizando recursos de reconhecimento, comunicação, sabedoria do dia a dia e de sua autoridade, sendo estas características inerentes do enfermeiro (RIBEIRO; ALMEIDA; OLIVEIRA et al. 2018).

Dessa forma, nota-se os estudos supracitados apontam para que as unidades de saúde se utilizem dos profissionais da enfermagem como agente mediador de conflitos e que criem espaços próprios para haver tais discussões, não somente por parte dos profissionais, mas também dos pacientes, quando estes também estiverem envolvidos em conflitos com os profissionais. A escolha do enfermeiro como agente apaziguador se dá pelas habilidades que este deve ter na resolução de situações conflituosas.

Além da mediação, outra ferramenta utilizada para a gestão de conflitos é a motivação, habilidade essa exercida nas UBS e demais serviços de saúde. Essa habilidade envolve a capacidade de discernimento de trabalho individual e em coletividade, dessa forma requer que o profissional enfermeiro pratique seu papel de liderança e esteja a frente de sua equipe e dos serviços, buscando por meio do diálogo criar um ambiente com interações interpessoais mais saudáveis (RODRIGUES; SANTOS; ABREU; et al, 2015).

Para se estabelecer um ambiente de trabalho saudável, o líder deve motivar o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais por meio do diálogo, sendo este aberto e transparente, baseado no respeito e confiança com os colegas de trabalho, assim como também propiciar ambientes de discussão que visem além de discutir assuntos voltados diretamente a assistência, trabalhar também os conflitos motivando a chegarem a uma solução que seja confortável para ambas as partes (FERNANDES; THOFERN; PORTO, 2015).

Os líderes desenvolvem papéis importantes, exemplo disso é a motivação e o controle a sua equipe, nessa perspectiva de liderança, este deve ser referência para os demais profissionais da equipe. Servir de exemplo para os demais requer do profissional postura, elemento que favorece no relacionamento interpessoal, na atuação de mediador, facilitador e articulador do processo de trabalho, assim como na mediação de conflitos (FARAH, 2017). A liderança desenvolvida pelo gestor da unidade básica de saúde tem características autocráticas e democráticas, o que facilita nessa abordagem com sua equipe.

Lanzoni et al (2016) também destaca o diálogo como elemento fundamental para a motivação da categoria, que diretamente contribui para a gestão de conflitos, uma vez que o enfermeiro motiva sua equipe de forma dinâmica permitindo trocas constantes entre os indivíduos. Liderar é um recurso de cuidado e de gerência que visa atuar na organização e à qualificação do trabalho em saúde de forma a possibilitar um ambiente saudável para todos desenvolverem suas

atividades de forma harmônica, sem que haja conflitos maiores, já que é impossível haver interação interpessoal e não haver conflitos.

Entre estudos, percebeu-se que para a gestão de conflitos foram utilizadas ferramentas de comunicação, tais como: negociação e mediação; os conflitos como problemas chave e os gestores como responsáveis pela busca de soluções, sempre enaltecendo o seu papel como líder e mediador. O líder ou gestor, protagonista nessa situação, como responsável direto por executar medidas de negociação bem como de mediação, sempre em busca de um ambiente que seja favorável para todos.

A comunicação foi vista como ferramenta associada tanto a mediação como na negociação, vale destacar que não é qualquer tipo de comunicação, mas a não-violenta (CNV) (CNV) como ferramenta para desenvolver um diálogo de qualidade. O que demonstra a existência de uma lacuna, a ser trabalhado, uma vez que a CNV faz parte de uma gestão construtiva de conflitos nas equipes de saúde.

Entende-se que o líder ou gestor desenvolve papel primordial nas Unidades Básicas de Saúde, principalmente no que se diz respeito ao gerenciamento, por esse motivo cabe a estes profissionais desenvolverem habilidades comunicacionais que possibilite mediar e negociar impasses interpessoais, mas para isso se faz premente um contexto mais complexo, pois a gestão de conflitos ultrapassa a má relação entre os indivíduos.

Considerações Finais

O conflito é inerente ao relacionamento interpessoal e para que esses resultem em consequências menos negativas, cabe ao papel do líder fazer uso de ferramentas comunicacionais que gerenciem estas situações nas Unidades Básicas de Saúde. Portanto, ao líder, cabe desenvolver atividades gerenciais complexas. A comunicação é uma ferramenta que faz parte do caminho que se leva à gestão de conflitos e por ora, não existe outra medida se não pelo diálogo para haver a negociação ou a mediação desses conflitos (comunicação não violenta). A gestão dos conflitos vem exigindo cada vez mais dos líderes o desenvolvimento de habilidades que visem proporcionar ambientes saudáveis em prol de uma convivência afetiva e de confiança mútua entre profissionais da equipe (clima organizacional favorável). Em suma, os elementos da comunicação que são utilizados pelos líderes ou gestores das Unidades Básicas de Saúde na gestão de conflitos são a mediação e a motivação, frutos do diálogo aberto, o que transforma os conflitos em oportunidades para toda a equipe.

Referências

- ALVES, Mário Aquino. Terceiro Setor: o dialogismo polêmico. 2002. 348p. Tese de Doutorado - Escola De Administração De Empresas de São Paulo, São Paulo, 2002.
- BAR-ON, Reuven. The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI). *Psicothema*, v.18, supl. pp. 13-25, 2006.

- BAZZO-ROMAGNOLLI, Ana Paula; GIMENEZ-CARVALHO, Brígida; FÁTIMA, Elisabete; de ALMEIDA-NUNES, Polo. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* V. 13, n. 27, pp. 168-180, 2014.
- CLARO, Filipa Soares Claro; CUNHA, Pedro Fernando Santos Silva da. Estratégias de gestão construtiva de conflitos: uma perspectiva dos profissionais de saúde. *Psic., Saúde & Doenças*, v.18, n.1, pp.65-68, 2017.
- FARAH, Beatriz Francisco; DUTRA, Herica Silva; SANHUDO, Nádia Fontoura and COSTA, Lorena Montan. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. *Rev Cuid, Bucaramanga*, v. 8, n. 2, pp. 1638-1655, 2017.
- FERNANDES, Helen Nicoletti; THOFEHRN, Maira Buss; PORTO, Adrize Rutz; AMESTOY, Simone Coelho; JACONDINO, Michelle Barboza; SOARES, Mariana Rodrigues. Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 7, n. 1, pP. 1915-1926, jan. 2015.
- KOHLRIESER, George. Seis habilidades essenciais para resolver conflitos - HSM Management, vol. 70 setembro-outubro, 2008.
- KRAINOVICH-MILLER, B. Revisão de literatura. In: LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. *Pesquisando em enfermagem, método, avaliação crítica e utilização*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogam, 2001.
- LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; CUMMINGS, Greta. Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 25, n. 4, e4190015, 2016.
- MAXIMIANO, Antônio Cesar Amaru. *Teoria geral da administração: da revolução urbana a revolução*. Edição: 3. ed. 2012.
- RIBEIRO, Flávia Cristina; ALMEIDA, Denize Alves de; OLIVEIRA, Iácara Santos Barbosa. et al. Percepção do enfermeiro da Unidade de Saúde da Família em relação ao gerenciamento de conflitos. v. 8, n. 1, PP. 46- 58, 2018.
- ROBBINS, Stephen. *Comportamento organizacional*. – 11 ed. São Paulo: Pearson Pretice Hall, 2002.
- RODRIGUES, Adriana Do Prado; SANTOS, Flávia Rabelo; ABREU, Maiza Oliveira; SILVA, Quezia Regina Evangelista; PINTO, Dayse Rosa Mota. "Boa Gestão de Enfermagem na Percepção dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família". *Revista Brasileira de Saúde Funcional [Online]*, v. 2, n. 1, pp. 12-22, 2015.
- ROTHERBARTH, Alexandra de Paula; CESÁRIO, Juleandrea Bido; LIMA, Luciana Portes de Souza; RIBEIRO, Mara Regina Rosa. O trabalho em equipe na enfermagem: da cooperação ao conflito. *Rev. Gest.Saúde(Brasília)*. V. 07, N. 02, PP. 521-34, 2016.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. *Rouquayrol: epidemiologia e saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. 719 p.
- TOEGEL, Ginka; BARSOUX, Jean-Louis. Como antecipar um conflito na equipe. Disponível em <https://hbrbr.com.br/como-antecipar-um-conflito-na-equipe/>
- WAGNER, Jonh.; HOLLENBECK, JJonh. *Comportamento Organizacional: criando vantagem competitiva*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

Capítulo 33

EMPREGO DE DIFERENTES MEDIDAS NA AVALIAÇÃO DO EXCESSO DE PESO NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

EMPLOYMENT OF DIFFERENT MEASURES IN THE EVALUATION OF WEIGHT IN THE CLIMATE AND MENOPAUSE

Fernanda Keila Valente Batista¹
Roseane Saraiva de Santiago Lima²
Anakláudia Sombra Santos³
Débora Bezerra Xavier⁴
Luís Clenio Jário Moreira⁵
Nayane Valente Batista⁶
Scarlett Valente Batista⁷

RESUMO: OBJETIVO: Investigar o excesso de peso em mulheres no climatério e menopausa de um município do interior cearense, utilizando diferentes métodos antropométricos. MÉTODOS: Pesquisa realizada com 67 mulheres. Para coleta de dados foi utilizado um formulário contendo dados de identificação e antropométricos. RESULTADOS: Os resultados demonstraram que a maior parte das mulheres foram diagnosticadas com excesso de peso, na maioria dos métodos. A correlação do IMC com os demais métodos foi positiva. Ao se analisar a associação entre o IMC e demais variáveis, observou-se a presença de associação com CC e %GC, porém a adequação da CB e da DCT, divergem com o IMC. CONCLUSÃO: IMC, CC e %GC foram as melhores medidas para diagnosticar o estado nutricional da população, embora todos os índices tenham apresentado correlação com o IMC, referente a associação, CC e %GC obtiveram associação positiva, sendo esses capazes de refletir melhor o perfil antropométrico dessa população.

Palavras-chaves: Menopausa. Antropometria. Sobrepeso. Obesidade.

ABSTRACT: OBJECTIVE: To investigate excess weight in women in the climacteric and menopause of a municipality in the interior of Ceará, using different anthropometric methods. METHODS: Research carried out with 67 women. For data collection, a form containing identification and anthropometric data was used. RESULTS: The results showed that most women were diagnosed with excess weight in most methods. The correlation between BMI and other methods was positive. When analyzing the association between BMI and other variables, the presence of an association with WC and% BF was observed, but the adequacy of CB and DCT differ with the BMI. CONCLUSION: BMI, WC and% BF were the best measures to diagnose the nutritional status of the population, although all indexes showed a correlation with BMI, referring to the association, WC and% BK obtained a positive association, which were able to better reflect the anthropometric profile of this population.

Keywords: Menopause. Anthropometry. Overweight. Obesity.

¹ Graduada em Bacharelado em Nutrição pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – *Campus* Limoeiro do Norte. E-mail: fernandakvb@hotmail.com

² Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – *Campus* Limoeiro do Norte. E-mail: roseane.saraiva@ifce.edu.br

³ Graduada em Bacharelado em Nutrição pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – *Campus* Limoeiro do Norte. E-mail: anaklaudiaprojovem@gmail.com

⁴ Graduada em Bacharelado em Nutrição pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – *Campus* Limoeiro do Norte. E-mail: bezerraxavierdebora@gmail.com

⁵ Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – *Campus* Limoeiro do Norte. E-mail: cleniojario@gmail.com

⁶ Graduada em Zootecnia pela Universidade Federal Rural do Semiárido-UFERSA – *Campus* Mossoró. E-mail: nayanne_batista@hotmail.com

⁷ Graduada em Bacharelado em Nutrição pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – *Campus* Limoeiro do Norte. E-mail: scarlett_valente@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As mulheres a partir dos 45 anos são acometidas pelo climatério e posteriormente a menopausa. Entende-se como climatério o período final do ciclo reprodutivo da mulher, sendo caracterizado pela falência funcional dos ovários, que são responsáveis pela síntese dos hormônios sexuais femininos (PANAZZOLO et al., 2014). Já a menopausa é a interrupção permanente da menstruação, que marca o fim da fertilidade feminina. O diagnóstico é realizado após 12 meses consecutivos de amenorreia, geralmente entre os 48 e 50 anos de idade, podendo também ocorrer antes dos 40 anos, sendo chamada de falência ovariana precoce (BRASIL, 2016).

A redução do metabolismo, é uma das alterações fisiológicas que ocorre no organismo durante a menopausa, podendo levar à maior tendência ao sobrepeso e obesidade. O aumento ponderal que ocorre após a menopausa pode ser ocasionado pela ausência ou diminuição do estrogênio, que é o efeito natural do climatério (ALENCAR et al., 2017).

Existem diferentes métodos capazes de quantificar e classificar o grau de obesidade. A antropometria é um desses métodos por ser um método de fácil aplicação, é frequentemente mais utilizado na prática clínica e em estudos, destaca-se o cálculo do índice de massa corporal (IMC) como um dos indicadores antropométricos mais utilizados para identificar estado nutricional (COUTO et al., 2016). O IMC pode ser empregado para determinar a prevalência de obesidade em uma população, porém por não levar em consideração a variação de distribuição da gordura corporal, pode não corresponder ao mesmo risco para a saúde de cada indivíduo. Por isso devem-se ser utilizados outros indicadores antropométricos, para complementar o diagnóstico (NOTTO et al., 2017).

A adiposidade abdominal pode variar rapidamente dentro de um estreito intervalo de IMC, desse modo, outro indicador valioso e que também reproduz o risco aumentado para doenças relacionadas a obesidade é a circunferência da cintura (CC) que permite mensurar a distribuição central da gordura corporal. É considerada um indicador do tecido adiposo na região abdominal (NOTTO et al., 2017). Outra circunferência importante é a do braço (CB), representa a soma das áreas formadas pelos tecidos ósseo, muscular e gorduroso do braço, através dessa medida é possível a obtenção do percentual de adequação da CB (CORTEZ; MARTINS, 2012). Além dos métodos citados pode-se utilizar também, as dobras cutâneas que representam um meio relativamente simples para estimativa da porcentagem de gordura corporal (CARNEIRO et al., 2015).

O excesso de peso é fator de risco para o surgimento de outras patologias. Sendo assim, o estudo teve como objetivo, investigar o excesso de peso em mulheres no climatério e menopausa de um município do interior cearense, utilizando-se de diferentes métodos antropométricos.

METODOLOGIA

Pesquisa de caráter quantitativo, descritivo e transversal, realizado no Centro de Saúde do município de Quixeré no Estado do Ceará (CE), que é composto pelo Programa Saúde da Família (PSF) Sede I e Sede III, localizados na zona urbana do município.

A coleta de dados foi realizada de janeiro a abril de 2019 com uma população de 261 mulheres no climatério e menopausa, sendo a amostra definida, segundo cálculo amostral com 95% de confiança e margem de erro de 5%, em 150 mulheres. Dessas 150 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, estar dentro da faixa etária e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), 16 rejeitaram o convite, 30 não compareceram na data agendada para a coleta de dados e 37 já haviam feito histerectomia, sendo a realização de histerectomia o critério de exclusão, ao final após aplicado os critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta por 67 mulheres, que tinham entre 46 e 65 anos, com média de idade de 54,4 ($\pm 5,27$ anos).

Com isso, as agentes comunitárias de saúde (ACS) convidaram as selecionadas para participar da pesquisa, mediante entrega de convite, onde foi esclarecido os objetivos do estudo. Após a aceitação cada participante teve seu momento individual, para realização da entrevista e mensuração das medidas antropométricas.

Como instrumento de coleta utilizou-se um formulário contendo dados de identificação e antropométricos (peso, estatura, Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência da Cintura (CC), Circunferência Braquial (CB), Dobra Cutânea Tricipital (DCT), Dobra Cutânea Bicipital (DCB), Dobra Cutânea Subescapular (DCSE) e Dobra Cutânea Supra Iliaca (DCSI).

A aferição do peso e estatura foram realizadas segundo Rossi, Caruso e Galante (2015). As participantes foram pesadas e medidas em balança antropométrica digital *Filizola*®, com capacidade de 150kg e intervalo de 100g, com antropômetro acoplado, cuja sua capacidade é de 2 metros e sensibilidade de 1 centímetro. Após a obtenção do peso e estatura realizou-se o cálculo do IMC ($\text{peso}/\text{estatura}^2$), sendo o estado nutricional classificado para as mulheres na faixa etária adulta, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS,2000) e para as mulheres idosas a classificação do IMC se deu de acordo com *Lipschitz* (1994).

Para aferição da CC e da CB, utilizou-se uma fita antropométrica inelástica, com 2 metros de comprimento, da marca *Cescorf*®. A medida da CC e da CB foi aferida segundo Rossi, Caruso e Galante (2015). Com a medida da CC realizou-se o diagnóstico segundo a OMS (2000). O resultado da CB foi usado para calcular o percentual de adequação da (%CB) e realizar o diagnóstico segundo Blackburn GL e Thornton PA (1979).

A aferição das dobras cutâneas foi realizada com o auxílio de um adipômetro clínico da marca *Cescorf*®, com amplitude de leitura de 75 mm e sensibilidade de 1 mm. As dobras cutâneas foram aferidas segundo Rossi, Caruso e Galante (2015). A composição corporal (percentual de gordura corporal (%GC) foi avaliada de acordo com o protocolo de Durnin e Wormersley (1974) que utiliza quatro dobras cutâneas, o resultado encontrado foi classificado utilizando a tabela de Lohman (1992). Ainda com o valor da DCT foi feito o percentual de

adequação da DCT (%DCT) e o resultado encontrado classificado de acordo com Blackburn GL e Thrnton PA (1979).

A análise das variáveis foi realizada com o auxílio do software *SPSS Statistics*, versão 22.0, onde foi aplicado o teste exato de *Fisher* ($p < 0,05$), para realizar a associação entre o IMC e as demais variáveis, e calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* (r) ($p < 0,01$) entre o IMC e os índices CC, %GC, %CB e %DCT. Os dados IMC e dos demais métodos da população amostral foram submetidos a estatística descritiva para obtenção da frequência relativa. Os resultados foram considerados significativos em um nível de significância máximo de 5% ($p \leq 0,05$).

O estudo só foi iniciado após parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), na data de 04 de outubro de 2018, com número 2.941.017.

RESULTADOS

A partir dos dados foi possível determinar o estado nutricional das participantes através de diferentes métodos antropométricos, IMC, CC, %GC, %CB e % DCT. A partir do IMC observou-se que a maior parte da população estudada, considerando adultas e idosas, tiveram seu estado nutricional classificadas em eutrofia, entretanto, quando somado o número de participantes, que apresentam sobrepeso ou obesidade, observou-se que houve um alto percentual de mulheres com excesso de peso, 62,69% ($n = 42$). Em relação a CC e o %GC, a maioria das mulheres se encontram em risco, no entanto, o %CB, diagnosticou que a maior parte das mulheres estavam eutróficas, em contrapartida o % DCT diagnosticou desnutrição grave na maioria das participantes (Tabela 1).

Tabela 1- Classificação do estado nutricional através do IMC, CC, %GC, % CB e % DCT, das mulheres avaliadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Quixeré, Ceará, Brasil, 2019.

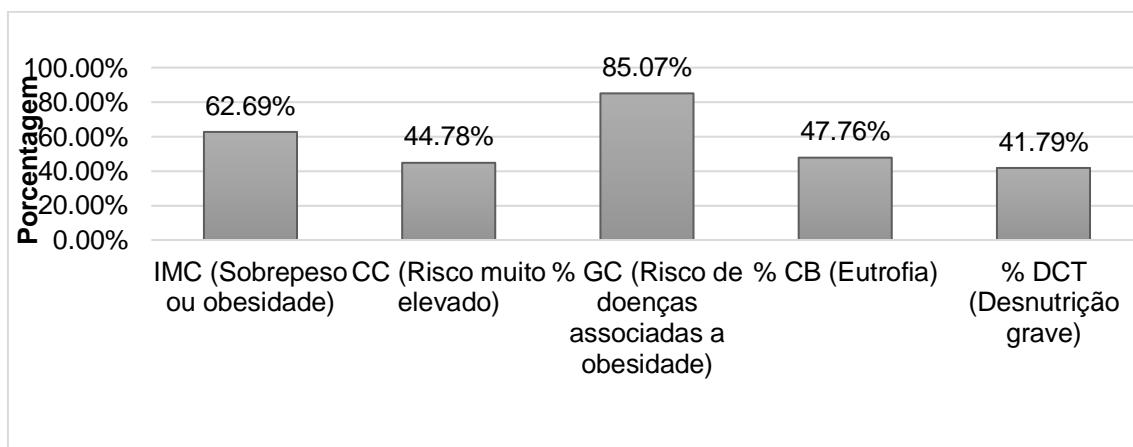
Classificação do IMC	Número de mulheres (n)	Percentual (%)
Eutrofia	23	34,33
Desnutrição leve	2	2,99
Sobrepeso	20	29,85
Obesidade	22	32,84
Classificação da CC	Número de mulheres (n)	Percentual (%)
Sem risco	16	23,88
Risco elevado	21	31,34
Risco muito elevado	30	44,78
Classificação %GC	Número de mulheres (n)	Percentual (%)
Média	2	2,98
Acima da média	8	11,94
Risco de doenças associadas a obesidade	57	85,07
Classificação % CB	Número de mulheres (n)	Percentual (%)
Desnutrição leve	15	22,39

Desnutrição moderada	5	7,46
Desnutrição grave	1	1,49
Eutrofia	32	47,76
Sobrepeso	12	17,91
Obesidade	2	2,98
Classificação % DCT	Número de mulheres (n)	Percentual (%)
Desnutrição leve	9	13,43
Desnutrição moderada	17	25,37
Desnutrição grave	28	41,79
Eutrofia	13	19,40

Fonte: Própria (2019). Legenda: IMC: índice de massa corporal; CC: circunferência da cintura; %GC: percentual de gordura corporal; % CB: percentual de adequação da circunferência do braço; % DCT: percentual de adequação da dobra cutânea tricipital.

O Gráfico 1 representa um resumo do estado nutricional prevalente segundo cada método antropométrico.

Gráfico 1- Prevalência do estado nutricional através do IMC, CC, %GC, % CB e % DCT, das mulheres avaliadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Quixeré, Ceará, Brasil, 2019.



Fonte: Própria (2019). Legenda: IMC: índice de massa corporal; CC: circunferência da cintura; %GC: percentual de gordura corporal; % CB: percentual de adequação da circunferência do braço; % DCT: percentual de adequação da dobra cutânea tricipital.

De acordo com Teste de Correlação de *Pearson* (*r*), todos os métodos demonstraram ter uma correlação significativa com o IMC, porém os índices CC e %CB foram os que apresentaram maior correlação, $r=0,877$ e $r=0,874$, respectivamente.

Nesse estudo também foi analisado a existência de associação entre o IMC as demais variáveis. O teste empregado mostrou que existe relação entre CC e o IMC, quando comparado as classificações destas medidas, constatou-se que a maior parte das mulheres estavam com obesidade para o IMC e risco muito elevado para CC. (Tabela 2).

Tabela 2- Associação entre o IMC e CC das mulheres avaliadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Quixeré, Ceará, Brasil, 2019.

IMC CC	Eutrofia		Des leve		Sobrepeso		Obesidade		Total
	%	n	%	n	%	n	%	n	
Sem risco	17,9	12	3,0	2	3,0	2	0	0	23,9
Risco elevado	11,9	8	0	0	14,9	10	4,5	3	31,3
Risco muito elevado	4,5	3	0	0	11,9	8	28,4	9	44,8

Fonte: Própria (2019). Legenda: IMC: índice de massa corporal; CC: circunferência da cintura; n: número de mulheres; %:percentual. Des: desnutrição

Identificou-se uma concordância entre o IMC e %GC, como pode-se observar na Tabela 3, que a maior parte da população amostral, foi considerada obesa, de acordo com IMC e apresenta risco de doenças associadas a obesidade de acordo com o %GC.

Tabela 3- Associação entre o IMC e o % GC das mulheres avaliadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Quixeré, Ceará, Brasil, 2019.

IMC %GC	Eutrofia		Des leve		Sobrepeso		Obesidade		Total
	%	n	%	n	%	n	%	n	
Média	1,5	1	1,5	1	0	0	0	0	3,0
Acima da média	7,5	5	1,5	1	3,0	2	0	0	11,9
Risco de doenças	25,4	17	0	0	26,9	18	32,8	22	85,1

Fonte: Própria (2019). Legenda: IMC: índice de massa corporal; %GC: percentual de gordura corporal; n: número de mulheres; %: percentual. Des: desnutrição

O teste estatístico empregado mostrou que há associação inversa entre o IMC e %CB, assim como para IMC e o %DCT, constatou-se que a maior parte da população com sobrepeso, segundo o IMC apresenta eutrofia para %CB. Ao se analisar a associação do IMC e %DCT, 20,9% das participantes, tiveram seu estado nutricional classificado como eutrófica, segundo o IMC, no entanto, de acordo com a classificação do %DCT, essa mesma população se encontra em desnutrição grave. (Tabela 4).

Tabela 4 - Associação entre o IMC, % CB e %DCT das mulheres avaliadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Quixeré, Ceará, Brasil, 2019.

(Continua)

IMC % CB	Eutrofia		Des leve		Sobrepeso		Obesidade		Total
	%	n	%	n	%	n	%	n	
Des leve	19,4	13	0	0	1,5	1	1,5	1	22,4
Des moderada	4,5	3	1,5	1	1,5	1	0	0	7,5
Des grave	0	0	1,5	1	0	0	0	0	1,5
Eutrofia	10,4	7	0	0	23,9	16	13,4	9	47,8
Sobrepeso	0	0	0	0	3,0	2	14,9	10	17,9
Obesidade	0	0	0	0	0	0	3,0	2	3,0

IMC % DCT	Eutrofia		Des leve		Sobrepeso		Obesidade		Total
	%	n	%	n	%	n	%	n	

Tabela 4 - Associação entre o IMC, % CB e %DCT das mulheres avaliadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Quixeré, Ceará, Brasil, 2019.

	(Conclusão)								
Des leve	3,0	2	0	0	7,5	5	3,0	2	13,4
Des moderada	10,4	7	0	0	7,5	5	7,5	5	25,4
Des grave	20,9	14	3,0	2	10,4	7	7,5	5	41,8
Eutrofia	0	0	0	0	4,5	3	14,9	10	19,4

Fonte: Própria (2019). Legenda: IMC: índice de massa corporal; % CB: percentual de adequação da circunferência do braço; % DCT: percentual de adequação da dobra cutânea tricipital; n: número de mulheres; %: percentual. Des: desnutrição

DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados no presente estudo, percebeu-se que a maioria das participantes, 62,69% (n=42), tiveram seu estado nutricional classificado com sobrepeso ou obesidade, segundo o IMC. Além disso, 76,12% (n=51) das participantes apresentaram CC elevada ou muito elevada, e 85,07% (n=57) apresentou risco de doenças associadas a obesidade, ao ter o estado nutricional classificado de acordo com o %GC. Em relação a classificação do estado nutricional segundo a %CB e % DCT, a maioria das mulheres teve o estado nutricional classificado como eutrofia (47,76% n=32) e desnutrição grave (41,79% n=28) respectivamente.

Esses achados corroboram com resultados encontrados por outros autores. Em um estudo realizado, com 68 mulheres no período pós-menopausa, constatou-se que, 44,12% (30 mulheres) apresentavam excesso de peso, e 39,71% algum grau de obesidade. Foi possível concluir, ainda, que 79,04% das participantes estavam com a CC elevada (CONTE; FRANZ, 2015). Vieira et al., (2017) em estudo realizado com 866 mulheres na fase climatérica, encontrou uma prevalência de sobrepeso e obesidade de 74,1%. Já o estudo realizado por Gonçalves et al., (2016) com 253 mulheres, revelou que 66% das participantes encontravam-se com sobrepeso ou obesidade, segundo o IMC.

Silva et al., (2012) em estudo, onde foram avaliadas 32 mulheres com idades 40 e 65 anos, constatou que 71,8%, encontrava-se com excesso de peso, sendo que 18,7% estava com sobrepeso e 53,1% com obesidade. Ainda no mesmo estudo, ao avaliar a gordura corporal, através da mensuração das dobras cutâneas, 96,8% apresentaram excesso de gordura corporal e 96,7% das mulheres avaliadas apresentaram risco cardiovascular, de acordo com a CC.

Ambikairajah et al., (2019) em revisão de literatura, onde foram incluídos 201 artigos, publicados até maio de 2018, observou que os principais achados mostraram que a massa gorda aumenta significativamente entre mulheres no período que envolve a pré e a menopausa propriamente dita, esse aumento foi observado na maioria das medidas, IMC, peso corporal, %GC e CC.

Não foi encontrado na literatura estudos que classificassem sobrepeso e obesidade a partir do % CB e %DCT, nesse público, se devendo pelo fato dessas duas medidas serem mais utilizadas e sensíveis para classificar baixo peso.

Esses resultados comprovam que nos últimos anos ocorreu um aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade na população feminina, sobretudo em mulheres climatéricas. Uma das explicações possíveis para esse aumento ponderal, pode ter relação com os mecanismos de alterações hormonais que ocorre nessa fase, como a queda do estrogênio que pode estar relacionada com a diminuição de receptores de leptina, comprometendo assim, os mecanismos de controle de fome e saciedade, resultando em uma redução da saciedade e, conseqüentemente, maior ingestão de alimentos e maior ganho peso (VIEIRA et al., 2017).

Mulheres na meia idade podem ganhar em média 2kg/ano, ao longo de três anos, esse ganho de peso pode estar relacionado, além da questão hormonal, a hábitos alimentares inadequados aliado a falta de exercício físico, levando ao aumento da densidade energética, e esse desequilíbrio energético tem como consequência o risco de obesidade nessa população (GONÇALVES et al., 2016). A obesidade favorece o aparecimento de diversas doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes, entre outras. Por isso, o diagnóstico nutricional e o acompanhamento precoce do excesso de peso são fundamentais para reverter o quadro, visto que quanto mais tempo o indivíduo for obeso, maior o risco de adquirir doenças crônicas que se relacionam com o ganho de peso (CONTE; FRANZ, 2015).

O presente estudo também investigou a existência de correlação entre o IMC e as demais variáveis, como também a existência de associação entre elas. O teste estatístico empregado mostrou existir forte correlação ($r = 0,877$) entre o IMC e CC. Comparando as duas classificações destas medidas, foi possível constatar que a maior parte das participantes, 28,4% ($n=19$), apresentaram obesidade para o IMC e risco muito elevado para CC.

Medeiros et al., (2015) encontrou resultado semelhante em um estudo realizado com 80 indivíduos adultos de ambos os gêneros, onde o IMC apresentou forte correlação com CC ($r = 0,936$). Já o teste empregado por Carvalho et al., apontou uma correlação forte, entre o IMC e CC ($r = 0,80$), em seu estudo com 138 adultos, em sua maioria mulheres (87%). Em um estudo transversal com 120 mulheres, Morais et al., (2015), encontrou uma correlação moderada ($r=0,47$) entre o IMC e CC.

Quando realizado a associação entre as duas variáveis Meller et al., (2014) em um estudo com 15.575 mulheres, mostrou que ampla maioria das participantes (94,2%), que apresentavam excesso de peso, segundo o IMC, apresentou também CC elevada. Em um estudo do tipo transversal com 460 crianças, o teste de correlação utilizado por Batalha et al., (2017) mostrou uma correlação forte (0,903) entre as variáveis IMC e CC. Isso demonstra que essas medidas podem ser utilizadas em várias faixas etárias e auxiliar no diagnóstico nutricional.

A presença de correlação entre IMC e circunferência da cintura considera-se um resultado esperado, visto que, à medida que o IMC aumenta, a CC aumenta (MEDEIROS et al., 2015). Essa maior deposição de gordura visceral, é algo que ocorre nas mulheres conforme a idade avança,

sendo mais intensa nos anos pós menopausa, fato esse que conseqüentemente leva a um aumento da CC (MORAES et al., 2015). O acúmulo de gordura na região abdominal está diretamente relacionado a alterações metabólicas. Desse modo, para identificação e prevenção destas alterações, essa medida tem ganhado importante atenção na avaliação do risco cardiometabólico por ser uma forte preditora da quantidade de gordura visceral (SILVA et al., 2012). Frente aos achados, a medida da CC se mostrou ser um método alternativo e fidedigno para a predição da composição corporal, sendo recomendado realização dessa medida, por sua simplicidade de manuseio e aceitabilidade. Além de ser, um método de baixo custo quando comparado a outros métodos antropométricos (SCHNEIDERS; RIBEIRO, 2017).

Em relação ao IMC e o %GC, nesse estudo, as duas medidas mostraram possuir uma forte correlação ($r=0,716$), além da correlação positiva, IMC e %GC demonstram concordância, a maior parte da população amostral, 32,8%, foi considerada obesa, de acordo com IMC, e apresenta risco de doenças associadas a obesidade de acordo com o %GC. Apesar da literatura ainda ser escassa em estudos que realizem a associação entre as duas variáveis, alguns autores acharam resultados que compravam o que foi encontrado nesse trabalho. Ferrareze, Piccoli e Souza (2014), encontraram associação positiva ao cruzar o IMC e percentual de gordura ($r=0,806$). Batalha et al., (2017) também analisou a correlação entre IMC e %GC, encontrando uma forte correlação (0,867).

A associação positiva entre IMC e % GC é explicada levando em consideração que, o maior acúmulo de gordura corporal normalmente leva a um aumento de peso, o que se reflete nos valores do IMC, no entanto, o excesso de peso corporal, dependendo da população, pode ser em consequência da alta massa livre de gordura (GUEDES; BISCUOLA; LIMA, 2015) sendo mais comum em atletas, logo não era o caso população estudada.

Nesse estudo o teste de correlação mostrou existir correlação positiva entre as variáveis IMC e %CB assim como, IMC e % DCT, no entanto, tanto o %CB quanto o % DCT, demonstraram ter uma associação inversa com o IMC, pois a maior parte da população do estudo, apresentou sobrepeso, segundo o IMC e eutrofia ao se analisar o %CB, resultado semelhante foi encontrado ao realizar associação entre IMC e %DCT, onde, a maioria das participantes, tiveram o estado nutricional classificado como eutrófica, segundo o IMC, no entanto, de acordo com a classificação do %DCT, essa mesma população se encontra em desnutrição grave, acredita-se que isso ocorreu por essas duas medidas, serem mais sensíveis para classificar o grau de desnutrição.

Batista et al., (2019) avaliou 65 idosos, maioria do gênero feminino (73,8%), observou a prevalência de excesso de peso, segundo IMC, de 53,1%, e risco aumentado para doenças cardiovascular, de acordo com a CC, de 87,6%, no entanto a partir do percentual de adequação da CB e da DCT, foi verificado considerável prevalência de desnutrição, sendo 24,6%, 38,4% respectivamente. Nesse mesmo estudo, ao realizar a associação entre IMC e %CB, foi notado 31,2% ($n=20$) apresentou eutrofia segundo o % CB e excesso de peso segundo o IMC, já em relação a associação entre IMC e % DCT 21,9% ($n=14$) apresentou eutrofia no IMC e desnutrição % DCT.

Não existe um método único e incontestável para avaliação da composição corporal, dado que nenhum possibilita todas as informações, entretanto, cada um proporciona informações específicas da composição corporal de um indivíduo (GUEDES; BISCUOLA; LIMA, 2015).

CONCLUSÃO

Foi possível concluir que o IMC, CC e %GC foram as melhores medidas para diagnosticar o estado nutricional da população estudada, embora todos os índices tenham apresentado correlação com o IMC, referente a associação, a circunferência da cintura e o percentual de gordura foram os que mostraram uma maior concordância com o IMC, sendo esses capazes de refletir melhor o perfil antropométrico dessa população.

Esses resultados comprovam que, ao se realizar o diagnóstico nutricional, é de extrema importância fazer a associação de mais de um método antropométrico, visto que, todos os métodos têm suas limitações. O IMC que se apresenta como um dos métodos mais utilizados, tem muitas limitações, não sendo capaz de apresentar informações da composição corporal de um indivíduo, além demonstrar uma baixa sensibilidade na identificação do excesso de gordura corporal, desse modo, é necessário cautela uma vez que em alguns tipos de população os resultados não refletem a realidade, sendo necessários outros métodos complementares para uma avaliação mais completa e fidedigna.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Andressa Bandeira; ROCHA, Natália Bento; CALLES, Ana Carolina do Nascimento; LOURENZI, Vaneska da Graça Cruz Martinelli. Avaliação do nível de atividade física e dos sintomas climatérios em mulheres em menopausa acometidas por síndrome coronariana aguda. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Alagoas, v.4, n.2, p. 227-238, 2017.

AMBIKAIKAJAH, Ananthan; WALSH, Erin; TABATABAEI-JAFARI, Hossein; CHERBUIN, Nicolas. Fat mass changes during menopause: a metaanalysis. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, [S.L.], v. 221, n. 5, p. 393-409, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.023>. Acesso: em 05 de dez de 2019.

BATALHA, Sabine Basso; BENDL, André Luiz; FIJTMAN, Adam; BISNELLA, Augusto Carvalho; PILZ, Klaus; WALZ, Júlio César. Análise da correlação de três medidas antropométricas de peso corporal em escolares. **Ciência Cuidado e Saúde**, [S.L.], v.16, n.3, 1-7,2017.

BATISTA, Victor Oliveira; VASCONCELOS, Marcel Monteiro; MONTEIRO, Mirelle Heloisa Costa; OLIVEIRA, Carolina Cunha de; JESUS, Janicleide Mendonça de. Risco cardiovascular, indicadores antropométricos e mini avaliação nutricional reduzida: associação com índice de massa corporal na avaliação nutricional de idosos. **Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria**, [S.L.], n. 1, p. 69-75, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, 2016.

BLACKBURN, G.L.; THORNTON, P.A. Nutritional assessment of the hospitalized patient. **Medical Clinic of North America**, New York, v.63, p.1103-1115, 1979.

CARNEIRO, José Ailton Oliveira; VILAÇA, Karla Helena Coelho; PFRIMER, Karina; FERRIOLLI, Eduardo. Composição corporal de jovens e idosas eutróficas e com sobrepeso avaliada pelo método óxido de deutério e diferentes equações antropométricas. **Revista de Nutrição**, [S.L.], v. 28, n. 5, p. 465-473, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000500001>. Acesso em: 05 de out 2019.

CARVALHO, Eloah Vidigal; COSTA, Vanessa Vieira Lourenço; ARÁUJO, Maríliade Souza; MARTENS, Irlandbarroncas Gonzaga; SÁ, Naiza Naila Bandeira; SILVA, Rosiane Angelim da. Correlação entre o estado nutricional e o risco coronariano de adultos atendidos em uma ação educativa em Belém Pará. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 10, n. 55, p. 40-49, fev. 2016. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/407/376>. Acesso em: 20 set. 2019.

CONTE, Francieli Aline; FRANZ, Lígia Beatriz Bento. Estado nutricional e de saúde em mulheres pós-menopausa. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria-RS, v.41, n.1, p.85-92, 2015.

CORTEZ, Antônio Leal; MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho. Indicadores antropométricos de estado nutricional em idosos: Uma revisão sistemática. **UNOPAR científica. Ciências Biológica da Saúde**, Londrina-PR, v.14, n.4, p.271-277, 2012.

COUTO, Analie Nunes; DUMMEL, Kely Lisandra; RENNEN, Jane Dagmar Pollo; POHL, Hildegard Hedwig. Métodos de avaliação antropométrica e bioimpedância: Um estudo correlacional em trabalhadores da indústria. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul-RS, v.6, p.96-107, 2016.

DURNIN, J.V.A.; Womersley, J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. **British Journal of Nutrition**.v.32, p. 77, 1974.

FARRAREZE, Matheus Elias; PICCOLI, João Carlos Jaccottet; SOUZA, Rafael Machado de. Gordura corporal e função pulmonar: Um estudo em idosos de Novo Hamburgo, RS, Brasil. **Revista Universitaria de La Educación Física y El Deporte**, [S.L.], v. 7, n. 7, p. 69-75, nov. 2014.

GUEDES, Alisson Carlos Ferraz; BISCUOLA, Alexandre Perciani; LIMA, Mariana Carvalheiro Cotrim. Comparação entre índice de massa corporal e índice de adiposidade corporal em adultos do sexo masculino. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 9, n. 54, p. 235-242, nov. 2015.

GONÇALVES, Jaqueline Teixeira Teles; SILVEIRA, Marise Fagundes; CAMPOS, Maria Cecília Costa; COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. Sobrepeso e obesidade e fatores associados ao climatério. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 1145-1156, 2016.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**. [S.L.], v.21, n.1, p.55-67, 1994.

LOHMAN, T.G. Advances in body composition assessment. Human kinetics Publishers. **Champaign**, Illinois, 1992.

MEDEIROS, Karine Feitosa; SILVA, Aline Lustosa Sales da; FERNANDES, Ana Caroline de Castro Ferreira; MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho. Composição corporal e avaliação antropométrica de adultos. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 10, n. 9, p. 1453-1460, dez. 2015.

MELLER, Fernanda de Oliveira; CIOCHETTO, Carla Ribeiro; SANTOS, Leonardo Pozza dos; DUVAL, Patrícia Abrantes; VIEIRA, Maria de Fátima Alves; SCHÄFER, Antônio Augusto. Associação entre circunferência da cintura e índice de massa corporal de mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 75-82, 2014.

MORAES, Keisianny Diniz de; ARAÚJO, Allanne Pereira; SANTOS, Alexsandro Ferreira dos; BARBOSA, Janaina Maiana Abreu; MARTINS, Maylla Luanna Barbosa. Correlação entre o índice de massa corporal e indicadores antropométricos de risco cardiovascular em mulheres. **Revista de Pesquisa em Saúde**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 175-181, set. 2015.

NOTTO, Vinícius Oliveira; BRANDÃO, Valéria de Lemos; ALVES, Amanda Freitas; SILVA, Loianny Moraes; D'AISSANDRO, Walmirton Bezerra. Associação entre índice de massa corporal e circunferência da cintura com hipertensão arterial sistêmica em caminhoneiros. **Cereus**, Gurupitô, v.9, n.1, p.163-177, 2017.

PANAZZOLO, Diogo; SILVA, Lúcia da; LEÃO, Lenora Maria; AGUIAR, Luiz Guilherme Kraemer de. Efeitos da terapia hormonal da menopausa sobre a gordura corporal. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 47-53, 17 mar. 2014.

ROSSI, Luciana; CARUSO, Lúcia; GALANTE, Andrea Polo. **Avaliação Nutricional: Novas perspectivas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SCHNEIDERS, Karine; RIBEIRO, Andréa Jaqueline Prates. Índice de Massa Corporal (IMC), percentual de gordura (%g), circunferência de pescoço (CP) e circunferência de cintura (CC) de escolares de 11 a 15 anos da rede municipal de Iporã do Oeste, SC. **Unoesc & Ciência**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 143-152, out. 2017.

SILVA, Marta de Assis; FRANCESCHI, Raquel Jacobs; PAGANOTTO, Mariana; PASSONI, Cynthia Renata de Matos Silva. Perfil nutricional e sintomatológico de mulheres no climatério e menopausa. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 8, p. 96-113, mar. 2012.

VIEIRA, Fernanda Muniz; FONSECA, Alenice Aliane; SOUSA, Aldelaine Oliveira; FREITAS, Ronilson Ferreira; CUNHA, Leticia Diniz; RESENDE, Luiza Carvalho Babo de; REIS, Vivianne Margareth Chaves Pereira; ROCHA, Josiane Santos Brant. Prevalência de sobrepeso e obesidade e associação entre as fases do climatério. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 6, n. 6, p. 437-441, maio 2017.

WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization. **WHO Obesity Technical Report Series**, n. 284, 2000.

Capítulo 34

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E A IMPORTÂNCIA DA PERCEPÇÃO DOS
PACIENTES SOBRE SUA DOENÇA

Danielle C. Ferrarezi. Barboza¹
Lorena Correia da Cruz²
Maria José C. F. Damaceno³
Rafaela de Cerqueira Souza⁴
Vanessa P. Fagundes⁵

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial capaz de comprometer a qualidade de vida do indivíduo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória e compreensiva com delineamento transversal. Objetivou-se compreender a percepção dos hipertensos acerca de sua doença pertencentes às Estratégias de Saúde da Família de um município do interior paulista. Para a coleta de dados utilizou-se o grupo focal e os dados foram analisados pela técnica de Bardin, elencando os núcleos de sentido: sentimento/definição/impacto/expectativa. Observou-se número considerável de hipertensos que desconheciam sua condição de saúde, fato relacionado com comprometimento do tratamento. Fez-se relevante monitorar as variáveis associadas, valorizando o cuidado centrado na pessoa. Concluiu-se que a percepção que o indivíduo tem sobre sua doença influencia diretamente no acompanhamento, adesão e evolução do tratamento e qualidade de vida.

Palavras-chave: hipertensão arterial sistêmica. assistência integral a saúde. estratégia saúde da família; doença crônica. educação em saúde.

ABSTRACT: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a multifactorial clinical that's capable to compromise the individual's quality of life. This project is an exploratory, embracing and qualitative research with a cross-sectional. The objective was to understand the perception of hypertensive patients about their disease, assisted in the ESFs in the city of Assis/SP. The data collection was made by contact group and the results analyzed by the Bardin technique, listing nuclei of meaning: feeling / definition / impact / expectations. There was a considerable number of hypertensive patients who were unaware of their health condition, related to the treatment's compromising. It was relevant to monitor the related variables, valuing person-centered care. The conclusion was that the perception whom participants have about their disease directly influences in the monitoring, adhesion, evolution of the treatment and life quality.

Keywords: hypertension. comprehensive health care. family health strategy. chronic disease. health education.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é caracterizada por pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, além de ser uma doença crônica com condições clínicas multifatoriais, tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

¹Mestra em Educação em Saúde pela Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. Professora da Coordenação de Medicina de Marília e da Coordenação de Fisioterapia, Ciência Gerenciais, Comunicação Social e Ciências Contábeis da Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA. E-mail: danielle@psicorienta.com.br.

²Graduanda em Medicina pela Fundação Educacional do Município de Assis. E-mail: lorenacruz@gmail.com.

³Mestra em Saúde e Envelhecimento pela Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. Professora dos Cursos de Medicina e Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA. E-mail: marin.mjcf@hotmail.com.

⁴Graduanda em Medicina pela Fundação Educacional do Município de Assis. E-mail: rafa.c.souza@hotmail.com.

⁵Mestranda em Ciências da Saúde - Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde do IAMSPE. Professora dos Cursos de Medicina e Fisioterapia da Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA. E-mail: vpfagundes@gmail.com.

Os principais fatores de risco são: idade - com relação diretamente proporcional, ou seja, quanto mais avançada é a idade mais prevalente é a doença - excesso de peso e obesidade, assim como alta ingestão de sal e uso frequente de bebidas alcoólicas. Além disso, sedentarismo, fatores socioeconômicos e hereditariedade também se encontram nesse grupo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A Hipertensão Arterial Sistêmica faz parte do grupo de doenças que possui a maior porcentagem de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto do Miocárdio Agudo (IAM). Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, também é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, em sua maioria, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (BRASIL, 2013). Contudo, nem todos os indivíduos diagnosticados aderem às diferentes formas de tratamento propostas ou, quando aderem, não procedem de forma adequada.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2015), estudos clínicos evidenciam que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Sobre o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil (2006) relata que há basicamente duas abordagens terapêuticas principais: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável) e o tratamento medicamentoso.

Apesar da crescente evolução científica expressa no tratamento não farmacológico e na indústria farmacêutica da produção de medicamentos, ainda há um número considerável de indivíduos hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente (FIGUEIREDO e ASAKURA, 2010).

No Brasil, estudos realizados nos últimos anos demonstraram um melhor controle dos agravos relacionados às doenças cardiovasculares nos municípios do interior com ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família, revelando a importância da Atenção Primária e sua equipe multiprofissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Rocha (2017) acrescenta ainda que a adesão à terapêutica pode ser influenciada não somente por fatores fisiológicos ou sociais, mas também pelo número de medicamentos prescritos, pelo esquema terapêutico, pelos efeitos adversos dos medicamentos, pela dificuldade de acesso ao sistema de saúde, pela inadequação da relação médico-paciente, ou ainda pela caráter assintomática da doença e a sua cronicidade.

Os fatores supracitados podem estar relacionados ao desconhecimento do paciente quanto a sua doença, uma vez que, um possível quadro assintomático da HAS contribui para que haja essa não compreensão da doença. Por conseguinte, cada vez mais está sendo abordada a importância da Medicina Clínica Centrada na Pessoa (MCCP), aspirando acompanhar os indivíduos em seu tratamento de maneira integral. Método esse, oposto ao modelo biomédico, organicista associado a um atendimento centrado na doença e não na integralidade do paciente. O indivíduo ao invés de ser protagonista acaba por ser coadjuvante da própria saúde, dificultando assim o proceder do tratamento de maneira realmente eficaz.

Nesse sentido, uma das estratégias utilizadas no MCCP é o SIFE (Sentimento, Ideia, Funcionamento e Expectativa) que visa abordar não somente a doença e seu tratamento medicamentoso, durante a consulta, mas também, a valorização da Clínica Ampliada, buscando incorporar princípios norteadores da Política Nacional da Humanização, como a coparticipação e a corresponsabilidade. (BRASIL, 2010).

Assim, vislumbra-se que o indivíduo participando da elaboração de seu Plano Terapêutico e compreendendo a sua doença terá maiores possibilidades de aceitação desta e da adesão do tratamento medicamento e do não medicamentoso. Portanto, inquestionavelmente se faz necessário que os profissionais da saúde reflitam sobre sua práxis, almejando atuar na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de doença, ampliando o conceito de saúde.

A partir deste contexto, este estudo ampara-se nas seguintes perguntas norteadoras: Como o indivíduo define HAS, e qual a percepção que a pessoa com HAS tem sobre sua doença e o seu tratamento? Ter HAS gera quais emoções/sentimentos? Qual o impacto que esta doença gera na vida do indivíduo e da família? Quais as expectativas que os indivíduos criam em relação a HAS e tratamento?

Tomar nota de tais perguntas norteadoras é necessário, uma vez que, o acompanhamento inadequado da doença está relacionado com o modo de pensar e viver do paciente, atrelados à ausência de conhecimento quanto a própria doença e tratamento e/ou quanto a dimensão dos inúmeros riscos e consequências da HAS não tratada.

Logo, se faz necessário novas formas de cuidar, e para isto é primordial se ater ao fato de que, atualmente, ainda as atuações profissionais estão pautadas no modelo biomédico, no qual se valorizam os procedimentos e técnicas que interferem no cuidado indiretamente, e como resultado ocorre custos elevados e crescentes pelo uso de recursos tecnológicos centrados em exames, medicamentos, procedimentos, sem uma articulação entre a tecnologia dura e a leve, sem enfatizar a importância da autonomia dos profissionais de saúde e dos usuários, pautados numa relação de compartilhamento (MALTA; MERHY, 2010).

Esta pesquisa também se justifica por contribuir para a formação profissional das pesquisadoras, uma vez que as diretrizes além de fomentar uma formação acadêmica generalista e humanista, crítica e reflexiva, colabora para ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo.

Findamos a significância deste estudo futuramente ao meio científico por prover a reflexão da importância do Método Clínico Centrado na Pessoa, uma vez que ele tem grande impacto em diversas áreas como assistência e gestão.

Portanto, antepor a Promoção da Saúde e Prevenção de doenças gera impactos em todo o sistema de saúde, evitando altos gastos no Nível Terciário, permitindo maiores investimentos na Atenção Primária.

Por conseguinte, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). O estabelecimento de uma relação de proximidade entre a equipe multiprofissional de saúde com o usuário possibilita que ele seja conhecido em sua integralidade, bem como sua

família, seu contexto socioeconômico e cultural bem como a vizinhança e o próprio território. Tal conhecimento garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos propostos bem como às interferências propostas, repercutindo, assim, na resolução de problemas de saúde na Atenção Primária (BRASIL 2019).

Essa proximidade dos profissionais de saúde em relação ao paciente, permitem acompanhamento mais regular dos níveis pressóricos por exemplo, repercutindo no estado de saúde do hipertenso. Diante desse contexto, um estudo feito por Araújo e Guimarães (2007) indica uma melhora significativa dos níveis de pressão arterial em pacientes que tinham acompanhamento por equipes de ESF em detrimento daqueles que não tinham tal acompanhamento. Assim, fica evidente a capacidade que a ESF tem de propiciar impactos positivos sobre o controle dos indicadores de mortalidade contra os agravos da HAS. Para tais autores, independentemente das divergências de casa localidade do Brasil, as equipes multiprofissionais da ESF têm grande influência no controle da hipertensão.

Logo, é possível depreender o quanto a ESF é de suma importância para o soergimento das ações de promoção em saúde no cuidado integral de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica. Uma vez que, seus serviços se fundamentam na execução da integralidade, do encorajamento da participação da população popular e do controle social, das relações de vínculo e responsabilização, e, especialmente, da promoção da equidade. Desse modo, a Atenção Primária consolida sua importância à medida que as atividades de suas equipes abarcam a interdisciplinaridade, a territorialidade, integralidade, intersetorialidade. Buscando, assim, diminuir a prevalência dos principais fatores de risco de doenças como a HAS (BRASIL, 2008).

Diante do exposto, esta pesquisa tem como objetivo compreender a percepção que indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica têm acerca de sua doença e tratamento. Busca também identificar o(s) sentimento(s) que eles têm em relação à sua doença e como a definem. Além disso, esta pesquisa almeja identificar as dificuldades e expectativas em relação a HAS e ao tratamento, bem como os demais impactos que essa doença gera em suas vidas.

Desenvolvimento

Metodologicamente, foi conduzida uma pesquisa qualitativa exploratória, a qual permitiu compreender as informações e conhecimentos quanto ao objeto de pesquisa, trabalhando com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores, das crenças e das atitudes, inerentes à realidade social (MINAYO, 2012).

O delineamento da pesquisa foi transversal, caracterizado pela exposição ao fator ou causa já presentes ao efeito no mesmo período analisado. Foi aplicado às investigações dos efeitos por causas permanentes (HOCHMAN, 2005).

Foram convidados indivíduos com hipertensão arterial de duas Estratégias de Saúde da Família do município de Assis/SP. Em cada ESF foram convidados 13 pacientes com sexo e idades variadas, escolhidos aleatoriamente, os quais formariam dois grupos de pesquisa. Essas

duas ESF foram escolhidas, pois são as mesmas acompanhadas pelas pesquisadoras na unidade curricular de suas graduações.

Contudo, os convidados de uma das ESF não compareceram para a realização do grupo em nenhuma das duas datas oportunizadas, sendo, portanto, esta pesquisa aplicada somente em uma ESF. Dez pessoas compareceram e participaram da pesquisa.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi o grupo focal, ou seja, uma entrevista coletiva, norteada por questões sobre a percepção dos pacientes acerca da doença e do tratamento, sentimentos, impactos e expectativas, com duração de aproximadamente uma hora em cada grupo, as informações adquiridas pela entrevista foram gravadas com o consentimento dos participantes (TRAD, 2009).

As questões aplicadas durante o grupo focal foram elaboradas tomando como referência o SIFE, o que possibilitou avaliar as quatro dimensões da experiência dos participantes com sua própria doença, ou seja, o sentimento, a ideia, o funcionamento e a expectativa (FUZIKAWA, 2018).

Os resultados obtidos foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), a qual consiste em uma metodologia que pode ser usada em formas de comunicação com o intuito de compreender o que o conteúdo apresentado nos discursos realmente apresenta. A análise ocorreu em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (interferência e interpretação).

A organização dos dados coletados foi por categorias que consideraram a exclusão mútua dos elementos que se repetiam, a homogeneidade da dimensão da categoria, a pertinência com os objetivos da pesquisa, a objetividade e finalidade bem definidas, bem como a produtividade dos dados com as hipóteses definidas.

A análise do grupo focal elencou-se os seguintes núcleos temáticos: sentimento, ideia/definição, impactos e expectativa. Além desses núcleos norteados pelas pesquisadoras, nas respostas dos participantes, durante a entrevista, surgiram também: causas, consequências e sintomas (manifestações clínicas) relacionadas com o fato de ser portador da HAS.

Sobre os sentimentos e as emoções que a hipertensão gera em suas vidas, as respostas dos participantes demonstraram que eles não gostam de possuir a doença, que é algo ruim e, que causa preocupação e medo, porém, quando tratada gera bem-estar. Conforme as falas dos participantes, dispostas a seguir:

Não gostaria de ter pressão alta; mas é hereditário, porque meu pai morreu de infarto [...] minha mãe também (morreu) de pressão alta. (P4)

Não é bom (ter hipertensão) [...]. (P2)

Eu sempre fico preocupado se a minha pressão subir demais. (Chegar a) 15mmHg [...] (P7)

Eu só tenho medo de duas coisas: de dar um derrame e de ficar em cima de uma cama [...]. (P10)

Eu acho muito ruim ter pressão alta, [...] mas, bom é quando ela chega a 12 (mmHg) e fica só nisso [...]. (P6)

Eu estou bem, [...] diagnosticado, [...] tomo o remédio na hora certa [...], não tenho mais aquela tensão. (P9)

Almeida, Paz e Silva (2011) afirmam que a possibilidade de ocorrência de complicações clínicas como infarto, “derrame” ou até mesmo morte, podem debilitar o estado emocional do hipertenso.

Em relação ao medo, autores Péres, Magna e Viana (2003) em sua pesquisa evidenciaram que 41% dos participantes hipertensos também demonstravam medo de depender dos outros por invalidez ou de infarto.

Muitas vezes, o medo dentre outros sentimentos negativos, acabam por dificultar a adesão ao tratamento, ou até mesmo a proporcionar a realização dele de maneira adequada e fidedigna ao Projeto Terapêutico proposto. Matta (2010), afirma que o medo, a raiva da própria doença ou o fato de os pacientes acreditarem que a doença é incontrolável podem corroborar com a não adesão ao tratamento, prejudicando assim, a saúde e qualidade de vida dos pacientes.

Para Luz et. al (2019), a medida que os pacientes percebem os benefícios de controlar os fatores de risco da hipertensão, aumenta-se a chance de adesão, e, após iniciarem o tratamento, ficam mais despreocupados com os fatores de risco associados, melhorando, assim, o bem estar e a qualidade de vida desses indivíduos.

Quanto ao conceito ou ideia que eles tinham a respeito da doença, foi possível compreender que os participantes com Hipertensão Arterial Sistêmica a percebem como um sinônimo de nervoso, pressão alta, mortal, associada a ansiedade e complicações clínicas cardiovasculares. Como mostra as falas a seguir:

Ah não sei (o que é hipertensão arterial) [...]. (P1)

Eu também acho (que hipertensão) é nervoso [...]. (P10)

É Pressão alta [...]. (P1)

Hipertensão é uma doença que pode matar, dar infarto, [...] derrame. (P4)

Não sei se eu vou morrer da pressão, do coração ou da diabetes [...]. (P2)

Em relação a definição, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) conceitua a HAS como uma doença multifatorial caracterizada por pressão arterial sistólica a partir de 140 mmHg e / ou pressão arterial diastólica maior ou igual a de 90mmHg. Conceito que não parece ser clara nas falas dos participantes.

De fato, é consistente a relação da hipertensão com outros eventos cardiovasculares. Segundo Fuchs e Wannmacher (2017), alguns desses eventos, entre os mais relacionados com a hipertensão, estão a insuficiência cardíaca crônica, o acidente vascular cerebral e o aumento das chances de infarto do miocárdio.

Percebe-se que os participantes do grupo focal não demonstraram o verdadeiro conceito de hipertensão. Os entrevistados não relataram o que de fato é a doença, desconhecendo até mesmo esse próprio termo, atribuindo, portanto, a hipertensão meramente como sinônimo de “nervoso” ou de nervosismo.

Na literatura, pode-se encontrar outras pesquisas revelando pacientes que apontam para a possível relação entre o estresse e a hipertensão. Dentre elas, em uma entrevista realizada com hipertensos, segundo Luz et. al (2019), os indivíduos participantes também alegaram que os

níveis de pressão arterial podem estar associados ao estresse, uma vez que, afirmaram que o controle do nível de estresse pode beneficiar, conseqüentemente, o controle da pressão arterial. Alegaram ainda, que “evitar preocupação” e “ter horas de lazer e diversão” podem auxiliar na diminuição dos níveis pressóricos.

Confrontando com a literatura, pode-se verificar o quanto é comum que portadores da HAS realmente não saibam de fato qual é o conceito da doença. Segundo a pesquisa dos autores Péres, Magna e Viana (2003), ao entrevistarem uma amostra de 32 hipertensos, 38% deles não souberam definir o que é a hipertensão arterial mesmo com os pesquisadores ofertando aos participantes alternativas de possíveis respostas; 41% dos indivíduos atribuiu o conceito de Hipertensão Arterial como sinônimo do conceito de pressão alta.

No que se refere aos impactos surgiram tanto a necessidade de mudar seus hábitos a partir do diagnóstico da doença, como nenhuma alteração da rotina.

- [...] tem que diminuir muito o sal [...] tem que fazer atividade física. (P4)
- [...] faço tudo normal. Pressão alta mudou nada na minha vida, sinto nada. (P5)
- Até hoje não me atacou em nada, está controladinha [...]. (P3)
- [...] quando está para eu viajar, por exemplo, ou quando tem algum evento, assim. Essas emoções assim, eu já fico agitada a pressão sobe. (P2)
- Eu não posso estar nem muito alegre e nem muito triste, porque minha pressão sobe. (P2)

Logo, nota-se que os participantes vivenciam mudanças diárias em suas vidas desde o diagnóstico de HAS, afetando inclusive em seus momentos de lazer e no estado emocional. Para Bezerra et. al (2014), o efetivo tratamento e controle da doença em questão, deve refletir mudanças significativas no estilo de vida da pessoa envolvida. Essas mudanças, no entanto, são diretamente relacionadas aos hábitos de uma vida saudável, ou seja, numa alimentação adequada e balanceada, ingestão hídrica e a prática de exercícios físicos regular, contrapondo a fala de que a HAS não afetara na vida de seu portador.

Silva et. al (2013) acrescentam que a cronicidade da HAS é um dos fatores de maior impacto na vida das pessoas, impondo adaptações no cotidiano de seus portadores com mudanças significativas em suas práticas de vida.

Além disso, Péres, Magna e Viana (2003), demonstraram em seu estudo que cerca de 75% dos hipertensos associam sua condição com aspectos emocionais, como nervosismo, preocupação e ansiedade, culminando na dificuldade do controle da pressão arterial.

No que concerne a expectativa de conviverem com a HAS e mantê-la estável para o conforto e bem-estar, verificou-se que os participantes não esperam a cura da doença, mas sim, um controle eficiente do nível pressórico que para possam ter qualidade de vida.

- [...] eu sei que não vai sarar, então eu controlo ela [...]. (P3)
- [...] conviver com ela, manter ela bem e baixa sempre [...] poder ter uma vida melhor [...]. (P5)
- Eu penso [...] em melhorar. Fazer de tudo para ver se (a pressão) diminui. (P5)

[...] Tomo certinho os comprimidos para ficar feliz, porque eu sei que está normal, e não está alterada [...]. (P9)

Ficou evidente que os participantes definham o conhecimento sobre a cronicidade da doença que os acomete, assim como de suas possíveis complicações. Segundo Silva et. al (2013), doença crônica é algo impossível de cura, mas com possibilidade de ser gerenciável, ou seja, de amenizar ou até mesmo evitar suas expressões clínicas e consequências para que aquele acometido por ela possa viver satisfação, conforto e bem-estar.

Porém, de acordo com Barreto et. al (2015), as condições crônicas representam um grande problema de saúde justamente por exigir monitoramento contínuo com necessidade de cuidados permanentes, o que acarreta gastos aos seus portadores e familiares. Ele inclui que esse fato, pode gerar angústia e estresse pessoal e familiar, levando o paciente hipertenso a não adesão das formas de tratamento proposta e, assim, culminando em consequências de saúde mais graves.

Os entrevistados, apontaram ainda, para a núcleo temático dos sintomas da HAS, ou até mesmo da ausência dele:

Eu sinto que quando ela está alta, faz barulho no meu ouvido e dói muito muito a minha cabeça [...]. Então é por ai que eu sei que ela está alta, mesmo tomando medicamento. (P4)

Aquela dorzinha chata de cabeça. É difícil minha cabeça doer, mas quando sinto essa dorzinha chata pode saber[...] As vistas começam a embaçar. (P2)

Tem muita gente que não sente nada[...]. (P10)

Eu não percebo quando a pressão está alta. Mas ao medir vejo que ela está. (P2)

Eu não sinto nada, nem dor de cabeça. Eu não tenho nada. [...] só sei (que a pressão está alta) quando chego aqui para medir. (P5)

A pressão alta não dá sintomas, não sinto nada. Só sei se medir. (P5)

De fato, nem sempre a HAS apresenta manifestações clínicas, como aponta Pierin et. al (2016), esta é uma doença que na maioria das vezes não possui um quadro sintomatológico específico, e somente os valores pressóricos possibilitam o diagnóstico. Os autores adicionam ainda quanto ao indispensável tratamento por toda a vida, tanto o medicamentoso quanto não medicamentoso (mudança nos hábitos de vida).

As falas dos entrevistados apontam como sintomas da HAS: dores de cabeça, zumbidos no ouvido e visão turva ou embaçada. Apesar de, na maioria das vezes, a HAS configurar-se como uma doença crônica assintomática, os sintomas dessa doença podem surgir quando o valor da pressão arterial subir muito.

Em conformidade com o apontamento dos participantes, Brasil (2019) aborda que em situações de grande elevação da pressão arterial, os sintomas mais comuns são: dores no peito, dores de cabeça, zumbidos no ouvido, fraqueza, visão embaçada, tonturas e sangramento nasal.

Além de abordarem quanto aos sintomas da HAS, os participantes falaram sobre as possíveis causas da elevação da pressão, alegando que emoções mais intensas podem desencadear no aumento pressórico, seja ficando nervoso, ansioso, muito alegre ou muito triste.

Alegaram também que alimentação rica em sal pode elevar a pressão, bem como fatores extrínsecos como a variação de temperatura para um clima frio.

A minha pressão [...] altera a partir do momento que eu fico nervoso. (P9)

Muita alegria também [...] sobe a pressão. É o que eu falo: nem muita alegria nem muita tristeza. (P2)

[...] a pessoa usar muito sal, muita pimenta [...] pode subir a pressão. Pode ser que o que complica é isso. (P10)

Depende do tempo, se estiver mais frio [...] (a pressão) pode subir mais. (P2)

Em convergência com as falas dos entrevistados, de acordo com Brasil (2019), além do fator genético, há outras causas influenciadoras nos níveis pressóricos como: estresse, elevado consumo de sódio. Além desses, aponta-se também para o tabagismo, etilismo, obesidade, altos níveis de colesterol e falta de atividade física como os principais fatores que elevam a pressão. Além desses fatores de risco há também o avanço da idade e a maior incidência em pessoas negras.

Quanto às consequências da Hipertensão Arterial em suas vidas, tais como: Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico e demais complicações cardiovasculares; ou ainda outras doenças crônicas como diabetes e própria ansiedade.

Tem que controlar (a pressão) senão dá infarto. (P2)

Hipertensão pode dar infarto, [...] derrame. (P4)

Porque (a pressão alta) vai atacando o coração. (P10)

Eu tenho problema nas válvulas do coração, as válvulas não funcionam mais. [...] a causa é por eu ter hipertensão há muitos, a cardiologista me falou. (P4)

A pressão já sobe e eu já fico agitada, então, a diabetes também já sobe. Não dá um infarto porque não tem de dar. [...] (Ter hipertensão) dá muita ansiedade em mim, fico muito ansiosa. (P2)

Sobre as complicações associadas a HAS, Santos (2012), constatou que cerca de 47% dos homens e 43% das mulheres apresentam pelo menos uma das complicações da doença. Dentre as consequências, o Infarto Agudo do Miocárdio destaca-se como a principal causa de óbito no país. O autor também revelou que o Acidente Vascular Encefálico (AVE) está cada vez mais frequente em idades precoces, onde cerca de 50% dos acometidos vão a óbito, justificando a preocupação e temores dos hipertensos entrevistados em relação a esse tema.

Em relação a adesão ao tratamento e a ocorrência de complicações, Lima (2016) observou que os hipertensos que não seguem a terapêutica correta têm aproximadamente 3 vezes mais chance de ocorrer AVE, pois os níveis pressóricos elevados persistentes modificam a histologia da parede das artérias cerebrais deixando-as mais propensas a rupturas.

Considerações Finais

Este trabalho concluiu que os portadores de HAS a definem como uma doença crônica, mortal, sinônimo de pressão alta, associada a ansiedade e congruente a complicações clínicas cardiovasculares.

Por meio da pesquisa identificou-se que a HAS quando não tratada gera emoções como medo e preocupação. Porém, observou-se que, quando os níveis pressóricos estão estáveis e a doença controlada, gera bem-estar.

O impacto na vida dos portadores dá-se, a partir do momento em que são diagnosticados, ocasionando mudanças que afetam desde seus hábitos alimentares até a inserção de práticas regulares de atividade física e uso de medicamentos diariamente.

Portanto, as expectativas em relação à doença não são de cura, mas sim de conviver com a HAS a fim de mantê-la estável, buscando melhora na qualidade de vida através da manutenção de níveis pressóricos estáveis.

Compreende-se que aderir às diferentes formas de tratamento para HAS depende da percepção que seus portadores têm da gravidade da doença e, que o alcance da qualidade de vida está diretamente associado a realização adequada da terapêutica.

Considerando que a amostra pesquisada, apesar de ser representativa, pode significar pouca parte do universo das ESF existentes e do número de pacientes portadores da doença, o trabalho não teve o intuito de esgotar o assunto referente a HAS, portanto outras pesquisas podem ser realizadas para complementar o estudo abordando as diversas abordagens que esse tema oferece.

Referências

- ARAÚJO, Jairo; GUIMARÃES, Armênio. **Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família**. Revista Saúde Pública. Salvador, v. 41, n. 3, p. 368-74, 2007.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.
- BARRETO, Mayckel. et al. **Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública**. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 325 – 339, 2015.
- BEZERRA, Amanda et. al. **Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso**. Revista Brasileira de Enfermagem. São Paulo, v. 67, n. 4, p. 550 - 555, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Estratégia Saúde da Família (ESF): Implantação da Estratégia**. Brasília, DF, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão/Pressão Alta: Sintomas e Tratamento**. Portal do Governo Brasileiro 2019. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>> Acessado em 29/11/2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Brasília. DF, v. 8, 2008.
- FUZIKAWA, Alberto. **Método Clínico Centrado na Pessoa: um resumo**. UFMG, Minas Gerais. 2018.
- GUEDES, José; SANTOS, Rosa; DI LORENZO, Rosicler. **A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002)**. Saúde Soc, v. 20, n. 4, p. 875 - 883, 2011.

HOCHMAN, Bernardo. et al. **Desenhos de pesquisa**. Acta Cirúrgica Brasileira. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 2 – 9, 2005.

LIMA, Daniele. et al. **Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial**. Texto Contexto Enfermagem, v. 25, n. 3, 2016.

LUZ, Matheus et al. **O impacto das crenças em saúde sobre o controle da hipertensão arterial sistêmica em idosos**. Rev. SocCardiol Estado de São Paulo, v. 29, n. 1, p. 72 – 77, 2019.

MATTA, Samara. **Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético**. Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

MINAYO, Maria Cecília. **O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.

PÉRES, Denise; MAGNA, Jocelí; VIANA Luis. **Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas**. Revista Saúde Pública. Ribeirão Preto, v. 37, n. 5, p. 635 – 642, 2003.

SANTOS, Jênifa. et al. **Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional do nordeste brasileiro**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 5, p. 1125 – 1132, 2012.

SILVA, Fernanda et al. **Hipertensão: condição de não doença. O significado da cronicidade na perspectiva dos sujeitos**. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 123 – 131, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. **7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. BRASIL**. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. **REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO**. BrazilianJournalofHypertension. Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, 2015.

TRAD Leny. **Grupos Focais: Conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde**. Physis. Bahia, v. 19, n. 3, p. 777 – 796, 2009

Capítulo 35

**IMPLANTAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO PARA PACIENTES HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL**Maria Helena Marques Magalhães¹Ana Yasmin Vasconcelos de Oliveira Melo²Carolina Chaves Bittencourt de Albuquerque³Natália Bezerra de Menezes Cruz⁴Thais de Alencar Montenegro⁵Thais Ferreira Campos⁶Antônio Eusébio Teixeira Rocha⁷

RESUMO: O aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) vem alterando o perfil de morbimortalidade da população, tornando necessário a implantação de medidas, como as linhas de cuidado. Este estudo objetivou avaliar a qualidade de atendimento na atenção primária voltada para o cuidado de hipertensos e diabéticos. Realizou-se, portanto, uma revisão sistemática que incluiu pesquisa de artigos, com base em descritores específicos. A busca foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando bases de dados como LILACS e SCIELO. A coleta de dados foi feita entre os anos 2015-2020. O estudo mostrou a importância das linhas de cuidados para uma eficaz promoção de saúde e melhoria terapêutica. Assim, conclui-se que é necessário um maior empenho, para melhoria das linhas de cuidado, proporcionando um melhor atendimento aos portadores de HAS e DM.

Palavras-chave: Linhas de Cuidado (Integralidade). Hipertensão/Diabetes e Atenção Primária.

ABSTRACT: The increase of chronic non-communicable diseases, such as systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes mellitus (DM) has been changing the population's morbidity and mortality profile, making it necessary to implement measures, like the lines of care. This study aimed to evaluate the quality of care in primary care focused on hypertensive and diabetic patients. Therefore, a systematic review which includes research of articles was carried out, based on specific descriptors. The search was made at the Virtual Health Library, using databases such as LILACS and SCIELO. The data collection was done between the years 2015-2020. The study showed the importance of lines of care for effective health promotion and therapeutic improvement. It was concluded that a greater effort is needed to improve lines of care in order to promote better care for patients with SAH and DM.

Keywords: lines of care (completeness), hypertension/diabetes and primary care.

1. Introdução:

Nas últimas décadas, pode-se notar um aumento das doenças por causas crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM).

¹ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: mariahelenamm7@gmail.com

² Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: yasminvmelo@hotmail.com

³ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: carolalbuquerque998@gmail.com

⁴ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: Nataliabezerram@hotmail.com

⁵ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: thais.damr@gmail.com

⁶ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: thais.fcamos18@gmail.com

⁷ Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba, especialização em Gestão Empresarial de Cooperativismo de Crédito pela Universidade Federal do Ceará, especialização em Administração Hospitalar e Gestão em Saúde pela Universidade Gama Filho, especialização em MEDICINA DO TRABALHO pela FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ, mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza e residência médica pelo Instituto Dr. José Frota. E-mail: eusebiorocha.professor@gmail.com

Em consequência disso, foi observada uma mudança drástica no perfil de morbimortalidade da população. Desse modo, o aumento da incidência e prevalência das DCNT é associado a um maior risco de desenvolvimento de complicações, como o aparecimento das doenças cardiovasculares. Tal situação coloca as unidades básicas de saúde como papel fundamental para conter o avanço dessas morbidades, uma vez que são consideradas portas de entrada para todo o sistema de saúde e devem garantir uma melhor estratégia de prevenção (SOUTO,2009).

De acordo com o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, foi exposto que essas doenças são responsáveis pelo maior problema de saúde pública e correspondem a 70% das causas de mortes. Atingem com bastante intensidade a classe mais pobre e os grupos mais vulneráveis. Porém, na última década com a expansão e o aumento da qualidade da atenção básica, ocorreu um desenvolvimento de políticas voltadas a estratégias que visam ao enfrentamento de DCNT e, diante disso, esses óbitos vêm diminuindo (BRASIL, 2011).

Uma das políticas de extrema importância no combate dessas doenças são as linhas de cuidados voltados para hipertensos e diabéticos. Essas linhas

de cuidados visam buscar ações que qualifiquem e organizem políticas de saúde, com o intuito de promover uma integralidade da atenção. Assim, para proporcionar essa integralidade, a atenção básica precisa articular-se com os demais níveis de atenção à saúde (VANANCIO,2016).

De acordo com o ofício nº 56\2020 da Secretária de Saúde do Município de Fortaleza, no Ceará, que versa sobre as linhas de cuidado HAS e DM nas Policlínicas, as linhas de cuidado possuem um fluxograma de atendimento que se inicia na consulta do paciente na unidade básica de saúde, na qual vai ser realizada a estratificação de risco, baseado nas diretrizes clínicas. Os pacientes de alto/muito alto risco são encaminhados para a atenção secundária, dando seguimento com a linha de cuidado, que inclui consulta com endocrinologista, cardiologista, nutricionista, angiologista, enfermeiro, farmacêutico e psicólogo, caracterizando um plano de cuidado integral e multidisciplinar. Depois de terminado o Plano de Cuidados, os pacientes retornam para a Atenção Primária de Saúde (APS), que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, este trabalho tem como objetivo avaliar, por meio de uma revisão sistemática, a qualidade de atendimento na atenção primária voltada para cuidado de hipertensos e diabéticos, com o intuito de promover uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos.

2.Desenvolvimento

2.1 Métodos

Trata-se de um estudo de revisão sistemática, a qual é feita com o intuito de obter consenso sobre algum tema em particular e fazer um resumo sobre o conhecimento de uma área por meio de etapas metodológicas que incluem a pesquisa de artigos, com base em descritores específicos, identificação, seleção e avaliação de estudos científicos já existentes em bases de dados eletrônicas, de forma crítica e rigorosa.

As perguntas da pesquisa foram: quais são as linhas de cuidado voltadas para hipertensos e diabéticos na atenção primária? E os resultados dessa linha de cuidado estão sendo exitosos?

A busca dos trabalhos foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que possui bases de dados prestigiadas cientificamente, como a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Para a busca dos artigos, foram utilizados descritores como indexadores da busca, em português, os quais foram: linhas de cuidado em hipertensão e diabetes na atenção primária, atenção e cuidado de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária, resultados dos programas de cuidado em hipertensão e diabetes na unidade básica de saúde, hipertensão e diabetes.

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro de 2015 a junho de 2020. Para a seleção dos artigos, foi feita, em primeiro lugar, a leitura dos trabalhos com o intuito de refinar a amostra por meio de critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram temas relacionados às linhas de cuidado em hipertensão e diabetes com ênfase na atenção primária, publicados entre os anos de 2015 a 2020. Os artigos encontrados em mais de uma base de dados foram considerados apenas uma vez, sendo este o critério de exclusão.

Pelo fato de o trabalho ser uma revisão sistemática, não foi preciso submeter o projeto à avaliação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

2.2 Resultado:

Nas bases de dados pesquisadas, utilizando os descritores selecionados, foi encontrado um total de 20 trabalhos. Por meio dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados dez artigos.

Dos dez artigos selecionados, sete foram encontrados em língua portuguesa e três na língua inglesa.

Quanto ao tipo de estudo, foram encontradas pesquisas focadas em estudos descritivos, transversais, exploratórios, avaliativos e revisão de literatura. Na tabela abaixo se encontra um resumo dos principais resultados encontrados nos artigos selecionados para serem utilizados nessa revisão sistemática (tabela 1).

Tabela 1- Características dos estudos selecionados (título, ano, país, tipo de estudo e resultados)

Artigo	Ano/país	Tipo de estudo	Resultados
A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil	2019, Brasil	Transversal, de caráter descritivo	Verificou-se que a maioria dos domicílios era cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF), correspondendo a um total de 63,3%, sendo

			<p>predominantemente formado por adultos com baixas condições socioeconômicas.</p> <p>Ademais, notam-se prevalências semelhantes de consultas médicas e hospitalizações em relação aos adultos sem registro na ESF e com melhores condições de vida e saúde.</p>
<p>Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil</p>	<p>2019, Brasil</p>	<p>Transversal, de caráter longitudinal e descritivo</p>	<p>Notou-se, após a implementação do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC), melhora significativa na estratificação de risco e realização de consultas e exames para pacientes diabéticos. Já para pacientes hipertensos, as melhorias clínicas não foram tão evidentes.</p>
<p>Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da linha de cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil</p>	<p>2016, Brasil</p>	<p>Relato de caso, com caráter qualitativo e quantitativo</p>	<p>Identificaram-se insuficiências e falhas no contexto macropolítico; por exemplo, na utilização de protocolos e na organização da vigilância, informação e comunicação em</p>

			saúde. Ademais, no contexto micropolítico, também há falhas em relação à atuação das equipes de atenção básica na coordenação do cuidado e vinculação e responsabilização do cuidador.
Prática de autocuidado de pacientes com hipertensão arterial na atenção primária de saúde	2016, Brasil	Descritivo, com delineamento transversal	Identificou-se como prática de autocuidado: ingestão hídrica adequada, consumo de sal e café restrito, abstinência ao tabagismo e etilismo, continuidade do tratamento farmacológico e comparecimento às consultas. Todavia, em relação às demandas de autocuidado, evidenciou-se alimentação inadequada, sedentarismo, estresse autorreferido, conhecimento limitado sobre a doença e seu controle e não participação em atividades educativas.
Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde	2017, Brasil	Revisão integrativa	Evidenciou-se que o protocolo permite acompanhamento mais expressivo e sistemático do hipertenso, sendo

			<p>composto por 50 itens divididos em sete dimensões, como: caracterização do paciente, indicadores de saúde e psicossociais, sinais de cifras pressóricas elevadas, ocorrência de complicações, solicitação de exames e condutas.</p>
<p>The impact of an intervention to improve diabetes management in primary healthcare professionals practices in Brazil</p>	<p>2017, Brasil</p>	<p>Transversal comparativa não aleatória</p>	<p>Evidenciou-se que o envolvimento multidisciplinar no tratamento do diabetes, a solicitação de eletrocardiogramas, a quantidade de encaminhamentos para especialistas e a proporção de equipes que avaliaram a adesão ao tratamento e desenvolveram atividades educativas sobre o controle de situações de alto risco ou a prevenção de complicações foram significativamente mais frequentes no grupo controle. Já no grupo de intervenção, as diferenças favoráveis foram a maior proporção de enfermeiros e agentes comunitários de saúde</p>

			treinados para o tratamento do diabetes e uma maior frequência de discussão dos casos de pacientes diabéticos nas reuniões da equipe.
Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos	2018, Brasil	Transversal, de base populacional	Evidenciou-se expressiva utilização dos serviços públicos de saúde (80,7%). A utilização do serviço público de saúde com regularidade envolveu indivíduos com baixa ou média escolaridade, empregados ou aposentados e/ ou pensionistas, com alto impacto do diabetes na qualidade de vida e que realizavam a quantidade recomendada de exames de glicemia em jejum ao ano.
Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea	2016, Brasil	Transversal, de caráter qualitativo	Notou-se a necessidade de acesso, acolhimento, assistência e vínculo no contexto da atenção primária, a fim de êxito no tratamento da hipertensão.
Correlates of physical activity counseling by health providers to patients with diabetes and hypertension	2017, Brasil	Transversal	O aconselhamento sobre atividade física foi recebido por 59,4% dos diabéticos e 53,0% dos hipertensos e apareceu

attended by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil			restrito a indivíduos com excesso de peso e/ou fatores de risco cardiovascular.
Care for Patients with Type 2 Diabetes in Primary care	2020, Brasil	Transversal, de caráter descritivo e retrospectivo	A Unidade Básica de Saúde, com desempenho no Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, apresentou resultados mais significativos na maioria dos itens estudados.

Fonte: Os autores

2.3 Discussão:

Na análise do atual cenário das Linhas de Cuidado (LC), observamos que o princípio da integralidade proposto pelo SUS no Brasil, que considera atender a todas as necessidades dos indivíduos por meio de um atendimento ampliado entre todos os setores de saúde por, muitas vezes, não é aplicado. Visto que, para o alcance da integralidade, a atenção básica deve-se articular com os demais níveis de atenção à saúde, de média e alta complexidade (VENANCIO, 2016, p. 114). No entanto, muitos estudos revelaram que essa comunicação é falha, o que coloca em questão a eficácia da LC, pois, conforme (MALTHA; MERHY, 2010, p. 595), para a efetiva implantação da LC, é preciso ordenar tanto demandas de organização do sistema de saúde e suas interfaces, quanto o processo de trabalho em saúde.

Neste mesmo contexto, muitos estudos revelaram que, embora haja a implantação da LC, a maioria das equipes de saúde não adere ao sistema oferecido para o planejamento, evidenciando que não há garantia de que o sistema cumpra seu objetivo (VENANCIO, 2016, p. 126). Isso se pode dar em decorrência da falta de divulgação desse modelo de serviço tanto à população como aos próprios profissionais de saúde. No caso dos indivíduos da comunidade, percebe-se que poderia haver um maior engajamento em práticas de autocuidado, como a educação no que diz respeito à mudança de hábitos de vida, por exemplo.

Para isso, é importante que haja um bom acolhimento na atenção primária para viabilizar a criação e o fortalecimento de vínculos (GIRÃO, 2016, p. 6) e permitir que os indivíduos adquiram mais informação sobre a doença e consigam tomar as decisões certas sobre o próprio corpo (RODRIGUES, 2020, p. 855).

Ainda no mesmo cenário, os profissionais de saúde são orientados a seguir protocolos que são pensados e construídos como um instrumento para consulta e acompanhamento dos indivíduos (DANTAS; RONCALLI, 2019 p. 301) e que, à luz de (MALTHA; MERHY, 2010 p. 598), devem contemplar a análise de custo efetividade, os programas e as recomendações já

existentes, definir insumos estratégicos e diagnósticos disponíveis e embasar-se nas melhores evidências científicas. Entretanto, embora, em muitos estudos, se observe um empenho na elaboração destes, na maioria dos casos, verificou-se pouca adesão e um desconhecimento do material elaborado, como citado por (VENANCIO, 2016, p. 127), o que pode refletir na falha do processo integral e, conseqüentemente, na desestruturação da linha de cuidado.

Com relação ao fluxo ativo da população na APS, é notório um cenário preocupante, pois, mesmo com o conhecimento sobre a importância do acesso, vínculo, acolhimento e acompanhamento por parte dos profissionais da saúde (GIRÃO, 2016) e com uma melhoria na adesão aos serviços em saúde pelos diabéticos que possuíam cadastro nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) (RODRIGUES, 2018, p. 852), continua sendo necessária a implementação de medidas que tornem as informações sobre tal tema mais acessível e elucidado para toda a população, pois, de acordo com a Revista Gaúcha de Enfermagem, a maioria dos indivíduos busca atendimento na atenção básica em momentos de crise da doença, enquanto essa procura deveria ser feita anterior a essa situação, com o agendamento de consultas contínuas para o controle das DCNT, como HAS e DM, e dos fatores de riscos para elas (GIRÃO, 2016, p. 04).

Tendo em consideração o acesso aos serviços de saúde, pode-se observar uma disparidade entre as regiões do País, ao observar que maiores taxas de morbimortalidade por DM e HAS estão mais presentes na população com baixas condições socioeconômicas. Tal situação advém da maior dificuldade dessa parcela de indivíduos no acesso aos serviços de saúde, ocorrendo um diagnóstico mais tardio, possíveis complicações e descontinuidade no tratamento (ANDRADE, 2019, p. 02).

Em relação à compreensão de cada integrante da comunidade, foi evidenciado que o acesso, o acolhimento, a assistência e o vínculo, no contexto da APS, foram fundamentais para o êxito no tratamento da hipertensão. Essa compreensão torna-se essencial para que as necessidades dos usuários sejam plenamente atendidas, promovendo a satisfação de cada paciente. Com isso, a relação estabelecida, a troca de experiências, o acolhimento e a escuta qualificada poderão atuar como elementos que ampliam a qualidade da assistência, proporcionem a segurança do cuidado e favoreçam o desenvolvimento e o fortalecimento de afetos, contribuindo para o processo terapêutico entre usuários, trabalhadores e gestores do sistema de saúde. (GIRÃO; FREITAS, 2016).

No tocante aos exames necessários e/ou solicitados na APS para avaliação de diabéticos e hipertensos no município de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais, foi verificada uma melhora significativa na realização de exames, especialmente pelos diabéticos, após a implantação do LIACC. O município de Fortaleza segue esse exemplo ao começar a implantação dessas LC. Diante desse panorama, um estudo, realizado entre os anos de 2012 e 2017, mostra que houve um aumento no número de exames requisitados, tanto para o controle lipídico, quanto para o controle glicêmico. Com referência ao primeiro, mesmo com tal ascensão, ainda 9% dos usuários com DM e 13% com HAS não realizam os exames necessários, como colesterol total,

LDL e triglicérides. No caso do controle glicêmico, os valores são parecidos com os acima, quando abordamos os indivíduos que não realizam exames como glicemia e/ou hemoglobina glicada (ANDRADE, 2019, p. 07,08 e 09). Essa situação reflete em pacientes que cronificam, além de virem a apresentar complicações como doenças renais, cardiovasculares e neuropatias, por exemplo.

3. Considerações finais:

Diante do que foi exposto neste trabalho, observou-se um grande aumento no número de casos de doenças crônicas não transmissíveis; desse modo, sendo necessária a criação de linhas de cuidado, com o intuito de melhorar a qualidade nos atendimentos dos pacientes com HAS e DM, propiciando um acompanhamento mais individualizado para cada portador.

A utilização da linha de cuidado comprova a importância da sistematização do sistema de saúde, tendo em vista que ela é capaz de organizar e qualificar as políticas de saúde, promovendo o princípio da integralidade, proporcionando, então, uma melhor qualidade de vida a esses pacientes.

Todavia, mesmo com políticas de promoção como essa, o Brasil ainda enfrenta desafios no que diz respeito ao pleno funcionamento dessas redes de estruturação, dificultando a melhoria do atendimento, visto que há necessidade de uma plena integralidade com outros setores da saúde, para que haja êxito na diminuição da morbimortalidade. Com isso, acreditamos que a cidade de Fortaleza acerta ao implantar essas linhas principalmente melhorando a comunicação entre a atenção primária e a atenção secundária.

Referências:

- ANDRADE, Monica Viegas et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, 2019.
- BARBOSA, Jessyka Mary Vasconcelos et al. Correlates of physical activity counseling by health providers to patients with diabetes and hypertension attended by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil. **Primary Care Diabetes**, v.11, p.327-336, 2017.
- DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 295-306, 2019.
- FREITAS, Consuelo Helena Aires de. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, 2016.
- Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Ofício circular 56. Fortaleza, CE: Secretaria Municipal de Saúde, 07 fevereiro 2020. GIRÃO, Ana Livia Araújo;
- HERRERA, Sávila Denise Silva et al. Care for Patients with Type II Diabetes in Primary Care. **Journal of Advances in Medicine and Medical Research**, p. 119-125, 2020
- MARINHO, MichellyGeorgia Da Silva et al. The impact of na improve diabetes management in primary healthcare professionals practices in Brazil. **Primary Care Diabetes**, v.11, p. 538-545, 2017

MENDES, Cláudia Rayanna Silva et al. Prática de autocuidado de pacientes com hipertensão arterial na atenção primária de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 52-59, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL 2011-2022. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL 2011-2022. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.>

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de et al. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200006, 2020.

RODRIGUES, AnnyMirene Moreira et al. Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n. 3, p. 845-858, 2020.

SOUTO, Claudio Oliveira et al. Avaliação da assistência a diabéticos e ou hipertensos em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 4, n. 16, p. 260-269, 2009.

VENANCIO, Sonia Isoyama; ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 113-135, 2016.

Capítulo 36

INFECÇÕES BACTERIANAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UM DESAFIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

BACTERIAL SEXUALLY TRANSMISSIBLE INFECTIONS: A PRIMARY HEALTH CARE CHALLENGE

José Nyedson Moura de Gois¹
Davi Lincon de Souza Mendonça²
Jéssica Costa de Oliveira³
Luanne Eugênia Nunes⁴

RESUMO: Tratando-se de infecções provocadas por micro-organismos, as sexualmente transmissíveis (IST) são de alta prevalência na Atenção Primária de Saúde (APS). Assim, faz-se necessário adotar medidas preventivas e educacionais acerca da temática. Dessa forma, através de uma análise exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, baseada na literatura existente, este estudo visa contribuir com o conhecimento sobre as IST causadas por bactérias, a fim de compilar e elucidar informações quanto as características clínicas e os métodos de diagnósticos apropriados, possibilitando o acesso pelos profissionais da área da saúde, principalmente. Observou-se que cada agente etiológico possui uma singularidade quanto ao diagnóstico. Contudo, a sintomatologia pode ser similar ou ausente, o que limita a detecção precoce, possibilitando a disseminação. Portanto, o saber científico para padronizar os procedimentos clínicos, sobretudo no nível de atenção básica, torna-se fundamental para o manejo adequado do paciente.

Palavras-chave: Bactéria. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Atenção Primária de Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT: In the case of infections caused by microorganisms, sexually transmitted (STIs) are highly prevalence in Primary Health Care (PHC). Thus, it is necessary to adopt preventive and educational measures about the theme. Thereby, through an exploratory and descriptive analysis, with a qualitative approach, based on the existing literature, this study aims to add knowledge to health professionals about STIs caused by bacteria, in order to compile and elucidate information regarding clinical characteristics and appropriate diagnostic methods, enabling access by health professionals, especially. It was observed that each etiological agent has its uniqueness regarding the diagnosis. However, the symptomatology may be similar or absent, which limits early detection, enabling dissemination. Therefore, scientific knowledge to standardize clinical procedures, especially at the level of primary care, becomes fundamental for the proper management of the patient.

Keywords: Bacteria. Sexually Transmitted Infections. Primary Health Care. Health Education

Introdução

Antes designadas Doenças Venéreas e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são, em uma definição literal, doenças que podem ser transmitidas principalmente através da prática sexual (AZEVEDO, 2008), sendo ela anal, oral ou vaginal, sem o uso de preservativo, masculino ou feminino, com uma pessoa infectada, que apresente ou não a sintomatologia. A transmissão ainda pode ocorrer durante a gestação,

¹ Graduando de Farmácia pela Faculdade Nova Esperança. E-mail: josenyedson@hotmail.com

² Graduando de Biomedicina pela Faculdade Nova Esperança. E-mail: davilsm27@gmail.com

³ Biotecnologista. Prof. Esp. da Faculdade Nova Esperança. E-mail: jesssicacostaoliveira@gmail.com

⁴ Farmacêutica. Prof. Dra. da Faculdade Nova Esperança. E-mail: luanne_87@hotmail.com

lactação ou parto (chamada transmissão vertical) ou por compartilhamento de materiais perfurocortantes (AZEVEDO; SÁFADI, 2018).

Bactérias, vírus, fungos, protozoários e parasitos constituem os diversos agentes etiológicos que podem ocasionar múltiplos sintomas e manifestações clínicas, embora, na maioria dos casos, apresentem sinais e sintomas específicos. Em outros casos, contudo, são assintomáticos, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento precoce, favorecendo a propagação do agente e/ou agravamento da situação clínica do paciente (BRASIL, 2015).

As IST são atualmente um problema mundial de saúde pública, não apenas pelo quantitativo de infectados e pela taxa de incidência nos países, mas, sobretudo, pela gravidade das consequências a nível da saúde do indivíduo, estando esses mais susceptíveis a infecção por outras IST (AZEVEDO; SÁFADI, 2018). Ademais, essas estão entre as patologias transmissíveis mais comuns (BRASIL, 2019).

Dentre as implicações, pode-se citar a título de exemplo a esterilidade, a doença inflamatória pélvica, o câncer de colo uterino e a gravidez ectópica. Dessa forma, torna-se relevante o completo entendimento dos mecanismos fisiopatológicos pelos quais as principais infecções bacterianas (cancro mole, clamídia, donovanose, gonorreia, sífilis e vaginose bacteriana) são adquiridas e sua evolução patológica, bem como, as referidas estratégias de tratamento (BRASIL, 2015).

Portanto, este estudo objetiva analisar as informações sobre as IST, a fim de compilar, contribuir e discorrer acerca dessa problemática de saúde pública presente nos níveis primários de atenção à saúde. Buscou-se narrar informações quanto as características clínicas e os métodos de diagnósticos apropriados das IST causadas por bactérias de interesse médico, sendo elas: *Haemophilus ducreyi*, *Chlamydia trachomatis*, *Klebsiella granulomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Gardnerella vaginalis* e *Mycoplasma hominis*, causadoras das respectivas infecções citadas ao decorrer dos resultados deste trabalho.

Procedimentos Metodológicos

Este estudo configura-se como analítico exploratório, com caráter descritivo e abordagem qualitativa. Para o levantamento de dados, recorreu-se aos bancos eletrônicos da *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e *Scholar Google (Google Acadêmico)*, buscando pelos descritores específicos para cada uma das infecções descritas, sendo: “cancro mole”, “clamídia”, “donovanose”, “gonorreia”, “sífilis” e “vaginose bacteriana” e pesquisou-se também por “Atenção Primária de Saúde”. Além disso, foram incluídos arquivos disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) como: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis e Boletins Epidemiológicos de algumas infecções.

Atenção Básica de Saúde

A Atenção Primária de Saúde (APS) é uma estratégia organizacional da atenção à saúde, constituindo-se do nível inicial para o Sistema Único de Saúde (SUS). É por meio dela que os pacientes se inserem nos modelos de cuidado à saúde, sendo, deste modo, a “porta de entrada” para o complexo sistema de saúde pública, possuindo um papel estratégico na rede de atenção, alicerçando o ordenamento da rede (MATTA, MOROSINI, 2009; BRASIL, 2019).

Esse meio institucional caracteriza-se por atender às necessidades de saúde individuais e coletivas de uma determinada população, conferindo medidas preventivas, clínico-assistenciais e educacionais. Dessa forma, planeja-se solucionar grande parcela dos problemas de saúde, sem a necessidade de envolver centros de saúde secundários (MATTA; MOROSINI, 2009).

Para que isso ocorra, “é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas)” (Portaria nº 2.436, BRASIL, 2017). Com isso, subentende-se o papel das Unidades Básicas de Saúde (UBS), quanto instituições especializadas, em recepcionar os pacientes ao Nível Primário de Saúde.

Uma das intervenções realizadas pelos profissionais que ocupam o patamar inicial da hierarquização do SUS é a prevenção e controle das IST, utilizando metodologias e atividades educativas a fim de conscientizar a população (BRASIL, 2015). Apesar de haver uma vasta disseminação de medidas de profilaxia, as estimativas da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) é que cerca de 1 milhão de pessoas por dia se adquiram alguma dessas infecções. Nada obstante, especula-se ainda que 500 milhões de pessoas adquirem infecções cujo agente etiológico seja uma bactéria, como gonorreia, clamídia e sífilis.

Nessa perspectiva, é notória a seriedade retratada neste estudo, pois a difusão do conhecimento técnico-científico é de extrema relevância para a tomada de decisões clínicas, principalmente no que diz respeito ao tratamento e diagnóstico. No entanto, não houve resultados específicos que correlacionassem a Atenção Primária de Saúde com essa problemática de saúde pública. Sendo assim, optou-se por realizar um levantamento bibliográfico individualizado.

Infecções sexualmente transmissíveis

Cancro mole

Também denominada de cancroide, essa infecção é causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, sendo frequentemente encontradas em países tropicais, como o Brasil. Sua transmissão ocorre exclusivamente pela relação sexual com uma pessoa infectada sem o uso de preservativos. Dentre os sinais e sintomas iniciais estão múltiplas e dolorosas lesões, com bordas irregulares, contornos eritematoedematosos e fundo recoberto por exsudato necrótico, amarelado e de odor

fétido, de tamanho pequeno, não endurecidas (como o próprio nome sugere) e linfadenite local nos órgão genitais, que aparecem entre 4-10 dias (WHO, 2014; BRASIL, 2015; LEVINSON, 2016; AZEVEDO; SÁFADI, 2018).

O patógeno *H. ducreyi* é um bacilo Gram-negativo fastidioso, pequeno e imóvel, que morre rapidamente fora do hospedeiro humano, dificultando o teste diagnóstico usando métodos de cultura (ALFA, 2005). Dessa forma, para o isolamento desse microrganismo deve-se recorrer a uma coleta diretamente da úlcera ou do pus aspirado de um linfonodo, sendo então cultivado no meio do isolamento com ágar-sangue aquecido (também conhecido como ágar chocolate) suplementado com fator X (hemina) devido as exigências nutricionais da bactéria (LEVINSON, 2016).

O diagnóstico laboratorial do cancro mole é basicamente através do meio de cultura desse agente etiológico, podendo ser aeróbico ou anaeróbico, desde que esteja em condições ótimas de atmosfera saturada de vapor de água e temperatura entre 32-33°C. *H. ducreyi* é desprovido de singularidades bioquímicas, tornando o teste na placa de Petri a principal metodologia utilizada para reconhecimento da cepa (WHO, 2014).

Clamídia

A *Chlamydia trachomatis* é a bactéria etiológica de infecções oculares, dos tratos respiratórios e genital e apresentam mais de 15 imunotipos, variando de A a L; no entanto, essa espécie infecta apenas seres humanos, sendo transmitida verticalmente ou por contato sexual desprotegido, configurando-se, portanto, uma IST. A clamídia também denominada de linfogranuloma venéreo e está dentre as três IST mais comum, ocorrendo, majoritariamente, em países em desenvolvimento e em regiões secas e quentes, geralmente causando uretrites (BRASIL, 2015; LEVINSON, 2016).

Trata-se de uma bactéria intracelular obrigatória, ou seja, é incapaz de produzir energia para seu crescimento de forma independente, e, por esse motivo, crescem apenas no interior de células hospedeiras, sendo incapazes de crescer em meios artificiais, devendo ser cultivadas apenas em células vivas. Devido à essa dificuldade, métodos não bacteriológicos como ELISA e ensaios com sondas de DNA para ácidos nucleicos clamidiais são usados com maior frequência quando comparados aos métodos de cultivo em laboratório microbiológico (LEVINSON, 2016).

De acordo com Azevedo e Sáfadi (2018, p.4), a clamídia possui três estágios evolutivos:

- 1) inoculação: presença de pápula, pústula ou exulceração indolor; 2) disseminação linfática regional com linfadenopatia inguinal e unilateral; 3) sequelas: por supuração e fistulização com múltiplos orifícios dos gânglios. Pode ocorrer obstrução linfática crônica com elefantíase genital; fistulas retais, vaginais, vesicais e proctite com estenose retal.

Donovanose

A *Klebsiella granulomatis*, anteriormente chamada de *Calymmatobacterium granulomatis*, é um bacilo Gram-negativo com tamanho de 1,5 x 0,7µm, causadora da granuloma inguinal, também conhecido como donovanose, uma IST caracterizada por úlceras genitais de bordas planas ou hipertróficas, com fundo granuloso, vermelho, de fácil sangramento, lenta evolução, com tecido inchado e destruição óssea (WHO, 2014; LEVINSON, 2016).

O diagnóstico laboratorial da *K. granulomatis* é feito por meio da microscopia direta com coloração de *Giemsa* para visualizar os bacilos corados dentro dos macrófagos obtidos a partir de lesões clínicas ou cortes histológicos de tecidos de biópsia, denominados de Corpos de Donovan (WHO, 2014; AZEVEDO, SÁFADI, 2018).

O cultivo desse micro-organismo somente é possível, e com dificuldade, em grandes centros especializados, utilizando o meio de cultura de célula de monócito/Hep2, pois ainda não se pode cultivá-lo em ensaios artificiais (WHO, 2014), o que limita a sua identificação precoce.

Gonorreia

É uma infecção bacteriana causada por *Neisseria gonorrhoeae*, ou gonococo. Esse agente é um diplococo Gram-negativo, não flagelado, não esporulado, encapsulado, aeróbio e capnófilos (preferem concentrações aumentadas [3-7%] de dióxido de carbono) transmitido por contato íntimo direto (WHO, 2014; LEVINSON, 2016).

Os sintomas sugestivos da gonorreia: são micção dolorosa e corrimento purulento, que surgem de 2 a 5 dias após o contato inicial. A população do sexo feminino, na maioria das vezes, é assintomática, propiciando o agravamento da infecção, podendo ainda levar à quadros de esterilidade da paciente (MOREIRA, 2011).

A *N. gonorrhoeae* é um micro-organismo exigente, o que requer meios de cultura complexos e nutricionalmente enriquecidos para propiciar seu desenvolvimento *in vitro*. “O ágar-chocolate constitui meio de cultura satisfatório quando enriquecido com glicose e outros suplementos” (PENNA *et al.*, 2000, p.452-453). Os autores ainda mencionam que essa técnica apresenta interferentes, porém são facilmente solucionados ao adicionar antimicrobianos como a trimetoprima na tentativa de inibir o crescimento das demais espécies no meio de *Thayer-Martin*. Portanto, este é o meio universalmente empregado para o cultivo da referida bactéria.

Levinson (2016) afirma que o diagnóstico laboratorial de gonorreia se dá pela cultura do trato genital seguido de exame microscópico de um esfregaço submetido à coloração de Gram.

Sífilis

O agente etiológico da sífilis é o *Treponema pallidum*. Essa bactéria pode ser transmitida por relação sexual, durante a gravidez, contato com as lesões e por transfusão sanguínea (MOREIRA, 2011).

O primeiro sinal da infecção da sífilis surge entre 10 e 90 dias após a transmissão sexual, sendo caracterizada por ulceração única, indolor e de base endurecida que desaparece, mesmo sem tratamento, em duas semanas, aproximadamente, e sem deixar cicatriz. Quando não-tratada, pode acarretar em consequências graves (MOREIRA, 2011; AZEVEDO, SÁFADI, 2018).

Até os dias atuais, a *T. pallidum* ainda não foi cultivada em meio artificial; logo, é inviável a tentativa de detecção por metodologias de cultura *in vitro* que utiliza ágar e placa de Petri, por exemplo. O diagnóstico dessa infecção é então realizado por microscopia e sorologia (LEVINSON, 2016), classificando-se em dois grupos, e que, segundo Azevedo e Sáfadi, são:

Pesquisa direta do *T. pallidum*: microscopia de campo escuro do material de lesão. Testes sorológicos não-treponêmicos: VDRL, RPR. Testes sorológicos treponêmicos: imunofluorescência indireta (FTA-Abs), Testes de hemoaglutinação e aglutinação passiva (TPHA) e Testes imunocromatográficos (Testes rápidos) (AZEVEDO; SÁFADI, 2018, p. 5).

Vaginose bacteriana

Apesar de não ser plenamente considerada uma IST, acredita-se que sexo seja um fator desencadeante, segundo estatísticas mundiais, porém não se limita apenas a isso. Essa infecção está relacionada a alterações na microbiota vaginal e seu agente etiológico e mecanismo ainda não foram bem definidos (WHO, 2014).

Contudo, sabe-se que em vaginas saudáveis encontra-se uma alta concentração de lactobacilos e, na vaginose bacteriana, por outro lado, esse percentual é bastante reduzido. No entanto, observou-se que algumas bactérias anaeróbias, como a *Gardnerella vaginalis*, aumentavam exponencialmente. Assim, acredita-se que um dos agentes envolvidos nessa infecção seja justamente essa bactéria (WHO, 2014).

A *G. vaginalis* é uma bactéria anaeróbia, coco Gram-negativa que provoca uma secreção vaginal de odor forte, com coloração acinzentada e espessura rala ou ainda sem odor, sendo este um fator variante que sofre influência da carga parasitária (LEVINSON, 2016).

O diagnóstico da vaginose bacteriana se dá por “a) Coloração de Gram; b) Cultura para gonococo (meio de *Thayer-Martin* modificado); c) Teste de Amplificação de ácidos Nucleicos (NAAT) para gonococo e *Chlamydia*; d) *Trichomonas*: pesquisa direta com visualização dos protozoários móveis em material de endocérvice; e) secreção com teste de hidróxido de potássio a 10% (KOH), positivo se pH > 4,5” (AZEVEDO; SÁFADI, 2018, p. 5).

Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (2014) adverte que, apesar de ser frequentemente solicitados, o isolamento e identificação de micro-organismos não é adequado para

o diagnóstico clínico da vaginose bacteriana, aconselhando a realizar os critérios de Amsel (corrimento, pH, odor e células indicadoras), avaliação ou pontuação de bactérias em um esfregaço vaginal com coloração de Gram.

Conclusão

As diversas informações analisadas mostraram que a consolidação das estruturas organizacionais em saúde contribui com a correta determinação das opções básicas para o sucesso do programa prevenção e controle de transmissão dessas infecções.

Por se tratar de infecções relacionadas às bactérias, sabe-se que essas cepas possuem uma capacidade inerente ao seu metabolismo de adaptar-se ao meio, conhecido como resistência bacteriana, o que pode acarretar em prejuízos e dificuldades com a farmacoterapia para o manejo da situação clínica.

Dessa forma, a expansão e o desenvolvimento das medidas de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde da população vulnerável, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e oportuno configuram-se como as melhores alternativas para a profilaxia e diminuição da propagação, contribuindo ainda com o sistema público de saúde nos mais diversos aspectos.

Referências

ALFA, Michelle. The Laboratory Diagnosis of *Haemophilus ducreyi*. **Canadian Journal of Infectious Diseases And Medical Microbiology**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.31-34, 2005. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2005/851610>.

AZEVEDO, Jacinta. Infecções sexualmente transmissíveis. In: PACHECO, José. **Sexualidade & Planejamento Familiar**. 50. ed. Lisboa: Associação Para O Planejamento da Família, 2008. p. 43-45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF: 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. MS, SVS, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. DCCI, Brasília, 2019.

LEVINSON, Warren. **Microbiologia e imunologia médicas** [recurso eletrônico] / Warren Levinson; tradução: Danielle Soares de Oliveira Daian; tradução e revisão técnica: Flávio Guimarães da Fonseca. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

MOREIRA, L. M. A. Doenças sexualmente transmissíveis. In: **Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual** [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 139-142. Bahia de todos collection. ISBN 978-85-232-1157-8.

PENNA, Gerson Oliveira; HAJJAR, Ludhmila Abrahão; BRAZ, Tatiana Magalhães. Gonorréia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [s.l.], v. 33, n. 5, p.451-464, out. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0037-86822000000500007>.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência. In: AZEVEDO, Alda; SÁFADI, Marco; e colaboradores. **Guia prático de atualização**. Departamentos Científicos de Adolescência e Infectologia. 6ª ed. Ago. 2018.

World Health Organization (WHO). **Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus**. Traduzido por: Coordenação de Laboratório do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virias, 2014.

_____. **Sexually Transmitted Infections (STIs)**: The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. Geneva: WHO, 2013.

Capítulo 37

INFECÇÕES URINÁRIAS: UMA ANÁLISE DESCRITIVA ACERCA DO ASSUNTO JUNTO AO GRUPO DA TERCEIRA IDADE DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO EM SÃO JOSÉ DOS QUATRO MARCOS - MT¹Rafael Rodrigues Gomides²Ligia Karla Dos Santos Rezende³Marilza Garcia de Oliveira⁴Rosivania Aparecida dos Santos Rezende⁵Viktória Bandeira dos Santos⁶

RESUMO: As infecções urinárias causadas por bactérias estão entre as infecções mais comuns e que acometem indivíduos de todas as idades. Dentre as populações atingidas pelas infecções do trato urinário podemos citar os grupos de risco que são as gestantes e os idosos. O presente trabalho tem por objetivo analisar a percepção sobre infecção urinária no grupo da terceira idade do Centro de Convivência do Idoso de São José dos Quatro Marcos-MT. Os idosos que concordaram em participar do estudo responderam a um questionário que permitiu avaliar se eles tinham conhecimento do que era uma infecção urinária, se sabiam sobre tratamento, se já realizaram exames laboratoriais como forma de diagnóstico, entre outros. Constatou-se que mais da metade das mulheres entrevistadas já tiveram infecção urinária, entretanto, apenas 41,18% dos homens se recordam de já terem desenvolvido esta patologia. Os dados evidenciam não somente a falta de conhecimento dos idosos em relação aos perigos da infecção urinária e a automedicação, como também a falha de comunicação e o aconselhamento acerca deste problema.

Palavras-chave: Infecção Urinária. Saúde do Idoso.

ABSTRACT: Urinary infections caused by bacteria are among the most common infections that affect individuals of all ages. Among the populations affected by urinary tract infections we can mention the risk groups that are pregnant women and the elderly. This paper aims to analyze the perception of urinary tract infection in the elderly group of the Elderly Living Center of São José dos Quatro Marcos-MT. The elderly who agreed to participate in the study answered a questionnaire that allowed them to assess whether they were aware of what a urinary tract infection was, whether they knew about treatment, whether they had already undergone laboratory tests as a form of diagnosis, among others. It was found that more than half of the women interviewed already had a urinary tract infection, however, only 41.18% of men remember having already developed this pathology. The data show not only the lack of knowledge of the elderly regarding the dangers of urinary infection and self-medication, but also the lack of communication and advice about this problem.

¹ Artigo extraído do trabalho de Conclusão do Curso de Bacharel em Farmácia, da Faculdade de Quatro Marcos – FQM.

² Professor-Orientador: Docente do Curso de Farmácia da Faculdade de Quatro Marcos – FQM.
E-mail: rafael_sceu@hotmail.com

³ Acadêmico do curso de Bacharel em Farmácia da Faculdade de Quatro Marcos – FQM.
E-mail: liginharezende@gmail.com

⁴ Acadêmico do curso de Bacharel em Farmácia da Faculdade de Quatro Marcos – FQM.
E-mail: marilza.garcia4m@gmail.com

⁵ Acadêmico do curso de Bacharel em Farmácia da Faculdade de Quatro Marcos – FQM.
E-mail: rosivaniarezende4mmt@gmail.com

⁶ Acadêmico do curso de Bacharel em Farmácia da Faculdade de Quatro Marcos – FQM.
E-mail: victoriabandeira47@gmail.com

INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) é a segunda infecção mais comumente encontrada na população, ocorre desde o recém-nascido ao idoso, com uma diferenciação entre homens e mulheres. As ITU's nos homens ocorrem nas idades extremas (lactentes e idosos), enquanto que nas mulheres ocorre um acréscimo com o passar dos anos (SCHOR E HEILBERG, 2003, p. 110).

Desta forma, a infecção urinária aguda pode ser dividida em duas grandes categorias anatômicas: a infecção da via urinária baixa e a infecção da via urinária alta, podendo ser assintomática ou sintomática ou resultar em síndromes clínicas que poderão se estender (SILVA, *et al.*, 2006, p. 396).

Schor e Heilberg (2003, p. 111) ressaltam que a infecção nas duas vias está diretamente ligada às características da virulência bacteriana e a suscetibilidade do hospedeiro, que são determinadas por mecanismos de defesa e fatores predisponentes. Quando há quebra no equilíbrio entre o agente e hospedeiro, ocorre a infecção, mais frequentemente entre os idosos, essa quebra ocorre pela diminuição do mecanismo de defesa.

A incidência de infecções no trato urinário aumenta com a idade, existem – Schor e Heilberg ainda dizem – duas vias para o desenvolvimento da ITU: a ascendente, sem dúvida a principal responsável pela invasão microbiana, e a hematogênica, menos frequente, resultante de embolização via hematogênica do agente infeccioso como *Staphylococcus aureus* (2003, p. 111).

Araujo e Queiroz (2012, p. 8-10), dizem que o diagnóstico da infecção do trato urinário nem sempre é fácil, o que leva a maioria dos médicos a recorrerem a exames laboratoriais sendo assim aumenta a perfeição do diagnóstico, identificando a causa da infecção e verificando a sensibilidade e resistência bacteriana. O método mais importante para a detecção da ITU é a urocultura, pois esse método identifica a bactéria causadora da infecção, além de determinar o perfil de resistência desta aos antibióticos mais utilizados.

O tratamento da ITU é feito com antibióticos escolhidos após a urocultura, o que na maioria das vezes não acontece, seja por falta de consciência por parte do paciente ou falta de recursos, o que acarreta a automedicação, ou seja, sem prescrição médica ou até mesmo por indicação de terceiros trazendo seus diversos prejuízos (NICOLINI, *et al.*, 2008, p 690).

Neste sentido o farmacêutico está direcionado ao cuidado com a saúde do idoso e principalmente no uso racional do medicamento. Para isso, o farmacêutico pode com este direcionamento clínico, melhorar os resultados farmacoterapêuticos, seja através de aconselhamento, de programas educativos e motivacionais, prevenção da automedicação e uso racional de medicamentos (CARDOSO, D; PILOTO, J. A. R, 2015, p. 2).

O objetivo geral para esta pesquisa é analisar a percepção sobre infecção urinária no grupo da terceira idade do Centro de Convivência do Idoso de São José dos Quatro Marcos nos casos de infecção urinária.

DESENVOLVIMENTO

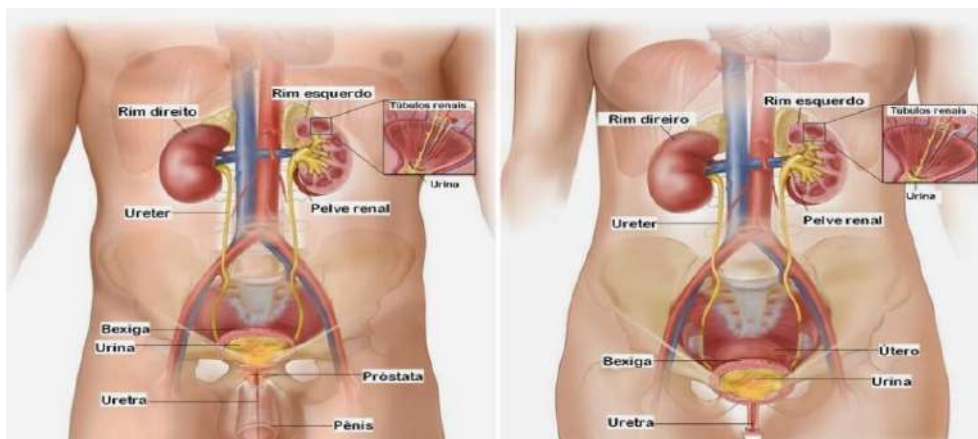
1.1 Anatomia do trato urinário

O sistema urinário é composto por dois rins e pelas vias urinárias que são formadas por dois ureteres, a bexiga urinária e a uretra atuando de maneira conjunta, garantindo a filtração do sangue, a produção da urina e sua eliminação (SINGI, 2001, p. 139).

De acordo com Singi (2001, p. 139) o sistema urinário é formado por diferentes órgãos, sendo eles: um par de rins (direito e esquerdo), ureteres, bexiga e uretra. Os rins são encontrados ao nível da coluna lombar, situados um de cada lado, tem o formato anatômico de um grão de feijão e constituídos pelos vasos, nervos e pelve renal.

Segundo Sleustjies (2008, p. 412) o ureter é definido como um tubo muscular que une o rim a bexiga. A bexiga urinária é uma bolsa, situada na parte inferior da cavidade da pelve, nos homens está situada anteriormente ao reto, nas mulheres, anteriormente ao útero e a porção superior à vagina. Quando cheia seu formato se assemelha á uma esfera, quando vazia à semelhante uma pirâmide invertida. Como se pode observar na imagem a seguir:

Figura do Sistema Urinário Masculino e Feminino



Fonte: <https://www.anatomiadocorpo.com/sistema-urinario/>.

1.2 Infecção do trato urinário

A infecção do trato urinário é comum e acomete indivíduos de todas as idades, porém as mulheres apresentam mais vulnerabilidade para desenvolver infecção urinária pela forma da sua estrutura genital onde a uretra é mais curta e mais próxima ao ânus, diferente do homem (SCHOR, *et al.*, 2003, p.109).

Conforme Araujo e Queiroz (2012, p. 10) “a ITU pode acometer pacientes sem anomalias estruturais que interfiram no fluxo de urina, e complicadas quando ocorre com lesão no trato urinário ou com enfermidades sistêmicas”.

As infecções do trato urinário estão associadas aos microrganismos como fungos, vírus e parasitas, em destaque com maior prevalência as bactérias que segundo Freitas e Py (2018, p. 780), as enterobacteriaceae é a família mais comumente responsável pela ITU em todas as faixas

etárias, sendo identificados vários fatores de virulência, alguns comuns a todos os gêneros, outros exclusivos de determinadas cepas.

Com relação à bacteriologia a *Escherichia coli* é o patógeno mais encontrado, porém a presença de outros agentes gram negativos como *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Serratia* e *Pseudomonas* se torna mais comum em comparação com a população jovem com grau crescente de cepas resistentes. Este fato é especialmente mais observado na modalidade da ITU complicada, que é mais frequente no idoso (FREITAS, *et al.*, 2016, p. 780).

O aumento da prevalência de organismos gram-positivos é consequência da mudança no padrão uropatógeno, que se deve principalmente á alguns fatores, como uso prévio de antibióticos, diabetes mellitus, aumento do pH vaginal, diminuição dos lactobacilos, manipulação do trato geniturinário com fins diagnósticos ou terapêuticos, uso de sonda vesical e institucionalização ou hospitalização. Entre os pacientes idosos, especialmente os asilados ou hospitalizados, a presença de flora polimicrobiana também é mais comum (COSTA, *et al.*, 2010, p. 174).

Os sintomas mais frequentes de ITU são disúria, polaciúria e urgência miccional. Na pielonefrite sintomas clássicos como febre alta e dor lombar geralmente estão presentes, mas pode ser mascarada por manifestações gastrintestinais, como náuseas, distensão abdominal. (FREITAS, *et al.*, 2016. p. 782).

Os exames mais comumente solicitados para o diagnóstico de infecção urinária são a Urina do Tipo 1 e urocultura. No exame comum de urina, a positividade de piúria e nitrito na fita reagente podem ser suficientes para a confirmação do diagnóstico, na urocultura com teste de sensibilidade confirma a presença de bacteriúria clinicamente significativa e identifica microorganismo causador da infecção urinária e sua sensibilidade aos antibióticos (LOPES e TAVARES, p. 307, 2005).

O diagnóstico correto da ITU se torna importante, pois permite a aplicação de um tratamento adequado, evitando uso indiscriminado dos antimicrobianos, pois o aumento da resistência bacteriana acarreta dificuldades no controle da infecção e contribui para o aumento do custo do tratamento comprometendo a qualidade de vida dos idosos (COSTA, *et al.*, 2010, p. 175).

1.3 Alterações fisiológicas do trato urinário decorrentes do envelhecimento

As alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento são extensas de redução lenta e gradual, assim como o bom funcionamento do corpo, quando associadas a algum fator genético e/ou ambiental, proporcionam ao idoso o desenvolvimento de doenças crônicas recorrentes e outras manifestações clínicas, que lhes conferem inúmeros prejuízos à saúde (LIMA, *et al.*, 2017. p.280)

Quanto mais debilitado, e dependente for o idoso, maior é a prevalência de ITU - ressalta Veronesi (2005, p. 2268), que há existência de outros fatores predisponentes que levam a infecção urinária no idoso, a maior incidência de anormalidade pélvica: cistocele, relaxamento do

assoalho pélvico; aumento prostático, prostatite, cateterismo vesical; incontinência vesical e fecal; alterações imunológicas; demência e comorbidades; uso prévio de antibióticos (p. 2269).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo de estudo que se caracteriza, segundo Gil (2007, p. 42) como a descrição das características de determinada população, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

A pesquisa foi realizada no Centro de Convivência do Idoso (CCI) de São José dos Quatro Marcos-MT dia 10 de outubro do ano de 2019. A cidade de São José dos Quatro Marcos se encontra no interior do estado de Mato Grosso e possui uma população estimada de 18.998 habitantes, segundo o IBGE 2010. A população idosa do município que envolve a faixa etária alvo desta pesquisa (60 a 94 anos de idade) compreende cerca de 2.140 pessoas segundo o IBGE 2010.

O CCI é um local de extensão da Secretaria Municipal de Assistência Social e é frequentado pelo grupo da terceira idade do município que abrange tanto a população urbana quanto a rural compreendendo um público de cerca de 100 idosos, no CCI os idosos desenvolvem atividades de lazer e recebem esclarecimentos sobre como cuidar de sua saúde individual e coletiva.

O instrumento da pesquisa é um questionário, a onde idosos que por ventura aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram computadas as respostas por meio do MICROSOFT EXCEL 2010®, dispostas e organizadas em linguagem resumida por meio de tabelas de frequência com dados absolutos (N) e relativos (%). Delineado por uma faixa etária de pesquisa para homens e mulheres acima de 60 anos de idade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entrevistamos um total de 68 pessoas que estavam presentes no CCI de São José dos Quatro Marcos no dia da aplicação do questionário, porém determinamos que nossos estudos seriam focados nos idosos, ou seja, as pessoas que tinham 60 anos ou mais. A presente pesquisa resultou em uma amostra de 47 entrevistados, destes entrevistados correspondem ao sexo feminino 64% e do sexo masculino 36%, dispostos em uma faixa etária que variou de 60 a 92 anos presente na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos entrevistados de acordo com o gênero, idade, escolaridade e renda familiar no Centro de Convivência do Idoso de São José dos Quatro Marcos – MT, 2019 (n= 47)

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	30	64
Masculino	17	36
Idade		
60 a 69 anos	23	49

70 a 79 anos	21	45
80 a 89 anos	2	4
90 a 92 anos	1	2
Escolaridade		
Analfabeto(a)	5	11
Ensino Fundamental	31	66
Ensino Médio	7	15
Ensino Superior	0	0
Não respondeu	4	8
Renda Familiar		
Um salário	37	79
Dois salários	6	13
Não respondeu	4	8

Fonte: Dados obtidos através do questionário.

Quando nos referimos ao nível de escolaridade, nota-se que parte dos entrevistados não concluiu o Ensino Fundamental (66%), e nenhum cursou o ensino superior. Quando se observou o rendimento familiar (79%) foi dito que recebem um salário mínimo, contrapondo à minoria de 8% que não souberam responder.

Tabela 2 - Distribuição dos entrevistados, quando questionados sobre infecções urinárias no Centro de Convivência do Idoso de São José dos Quatro Marcos – MT, 2019 (n= 47)

Questões sobre infecção urinária	MASCULINO						FEMININO					
	Sim		Não		NR		Sim		Não		NNR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você sabe o que é?	10	58,82	06	35,29	01	5,89	20	66,66	07	23,33	03	10,01
Você sabe quais são os sinais e sintomas?	07	41,17	09	52,94	01	5,89	20	66,66	07	23,33	03	10,01
Você já teve?	07	41,18	10	58,82	00	00	17	56,66	11	36,66	02	06,68

Fonte: Próprios autores. NR=Não responderam.

Na mulher idosa, o enfraquecimento do assoalho pélvico, a redução da capacidade vesical, a secreção vaginal, contaminação fecal e as alterações tróficas do epitélio pela queda dos níveis hormonais, a ausência de estrogênio (hormônio feminino) favorece o desaparecimento de lactobacilos vaginais, propiciando a colonização de enterobactérias, causando ITU (CORRÊA, 2010, p. 627).

Na tabela 2, foi colocado em pauta se eles tinham conhecimento sobre quais os sinais e sintomas de uma possível infecção urinária, cerca de 66,66% das idosas responderam que conhecem, porém apenas 41,17% dos homens responderam sim a esta questão. Quatro idosos não responderam. De acordo com Pronin (2019), quando o processo inflamatório é pequeno há a possibilidade de não causar sintomas, o que chamamos de bacteriúria assintomática, e é comum acontecer em pacientes de idade mais avançada.

Levantou-se a questão de quantos já estiveram em um quadro conhecido de infecção urinária, os resultados mostram que cerca de 56,66% das mulheres se recordam de já terem

desenvolvido este tipo de infecção, em contrapartida apenas 41,17% dos homens relataram já ter tido infecção urinária, dois dos entrevistados não souberam responder.

Como afirma Corrêa (2010, p. 627), as ITUs são mais frequentes nas mulheres, em comparação aos homens, e se estima que cerca de mais de 40% das mulheres terão ao menos um episódio de ITU ao longo da vida. Desta forma quando sondados sobre tratamento e diagnóstico presentes na tabela 3, os idosos.

Tabela 3 - Distribuição dos entrevistados quando questionados sobre o diagnóstico e tratamento de infecção urinária no Centro de Convivência do Idoso de São José dos Quatro Marcos – MT, 2019 (n=47)

Questões sobre o diagnóstico e tratamento da infecção urinária	MASCULINO			FEMININO		
	Sim	Não	NR	Sim	Não	NR
				N%	N%	N%
Foram realizados exames?	07 41,17	09 52,94	01 05,89	21 70	09 30	00 00
O tratamento foi concluído corretamente?	4 3,52	3 7,64	0 8,84	0 6,66	1 3,33	9 30,01
Sabe para que serve antibiótico?	8 7,05	9 2,94	0 0	0 6,66	5 6,66	5 16,68
Opção de resposta para que serve o antibiótico?						
Tratamento de infecção:			5 0,41		5 0	
Tratamento de infecção provocada por bactérias:			2 1,76		4 6,66	
Tratamento de tosse:			2 1,76		3 0	
Não sei:			7 1,17		6 0	

Fonte: Próprios autores. NR=Não responderam.

Os idosos quando questionados sobre a realização de exames laboratoriais para detectar a infecção urinária, observou-se uma grande diferença entre homens e mulheres a cerca das respostas. As mulheres procuram ajuda médica com maior frequência em relação aos homens, porém, foi analisado que 52,94% deles disseram não realizar exames laboratoriais.

Quando perguntados se o tratamento farmacoterápico da infecção foi concluído corretamente, observou-se que houve certo nível de imprecisão, pois do total de entrevistados 19 pessoas não souberam responder.

Analisou-se também se os participantes sabiam o que era um antibiótico, o principal medicamento utilizado nas infecções, responsável por matar ou impedir a multiplicação das bactérias. Dentre as mulheres, cerca 66,66% responderam que tinham este conhecimento, enquanto que entre os homens apenas 47,05% responderam sim.

Perguntou-se aos mesmos pacientes que supostamente disseram saber sobre a finalidade terapêutica dos antibióticos, com opções de confronto com a liberdade de escolher mais de uma opção, obtendo-se os seguintes resultados, a maioria dos homens que responderam

saber o que é antibiótico não sabe para que é utilizado o medicamento, enquanto que dentre as mulheres, 46,66% respondeu corretamente ser utilizado para infecção bacteriana.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, foi possível verificar que as mulheres estão mais atentas sobre ITU, pois as mesmas são mais suscetíveis a infecção e costumam procurar mais ajuda e orientações médicas do que os homens. Essa falta de cuidado entre os homens demonstra uma das consequências como agravamento da doença. O maior índice de automedicação está entre o público masculino, pois a maioria não sabe para que serve o medicamento. Ainda é necessário estudos que complementem a saúde dos idosos no que tange as infecções urinárias no município.

Posteriormente realizamos uma breve palestra sobre infecções urinárias, o uso irracional de medicamentos, apontando os riscos à saúde dessa população idosa que já utiliza poli farmácia e que ainda tem um agravamento natural que é o envelhecimento anatômico e fisiológico.

REFERÊNCIAS

ANATOMIA DO CORPO HUMANO. **Sistema Urinário Masculino e Feminino – Função Órgãos**. Disponível em: <https://www.anatomiadocorpo.com/sistema-urinario/>. Acessado em: 20 de outubro de 2019.

ARAUJO, K; QUEIROZ, A.C. **Análise do perfil dos agentes causadores de infecção do trato urinário e dos pacientes portadores, atendidos no Hospital e Maternidade Metropolitano-SP**. Revista de Ciências Biológicas / Biological Sciences, p. 7- 12, 2012. Disponível em: <http://www.unipobjetivo.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p7-12.pdf> Acessado em: 10 de maio de 2019.

BRASIL. Lei nº 6492 aprovada em 7 de abril de 2009. Dispõe sobre a dispensação de medicamentos contendo antimicrobianos. **PROJETO DE LEI Nº6492/06**, Câmara dos Deputados: Sra. Sandra Rosado, ano 2006, p. 01.

CARDOSO, Daiane Manoelina; PILOTO, Juliana Antunes da Rocha. **Atenção Farmacêutica ao Idoso: Uma Revisão**. Vol.9,n.1, p.60-66. 2015. Disponível em:<https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130_215818.pdf>. Acessado em: 10 de maio de 2019.

CORRÊA, E. F, MONTALVÃO, E, R. **Infeção do trato urinário em geriatria**. V. 37, p. 625-635, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/lsadora%20Bandeira/Downloads/1831-5499-1-PB%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/lsadora%20Bandeira/Downloads/1831-5499-1-PB%20(5).pdf)> Acessado em: 20 de outubro de 2019.

COSTA, L. C., *et al.* **Infecções urinárias em pacientes ambulatoriais: prevalência e perfil de resistência aos antimicrobianos**, p.250-260, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v12n3/02.pdf>>. Acessado em 10 de junho de 2019.

FREITAS, V. E; PY, L. **Tratado De Geriatria E Gerontologia**. 4. ed. São Paulo. Guanabara Koogan, p. 1-1696, 2016.

GIL, C.A. **Como elaborar objetos de pesquisas**. 4 ed. São Paulo. EDITORA ATLAS S.A, p. 1- 176, 2002.

LIMA, Tatiane Souza et al. **Perfil dos Pacientes Idosos Portadores de Diabetes Mellitus Tipo II**. Id online revista multidisciplinar e de psicologia, v. 11, n. 35, p. 279-289, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/online.v11i35.733>> Acesso em 27 de maio 2019.

LOPES, H. V; TAVARES, W. **Diagnostico da infecções do trato urinario**. Rev Assoc Med Bras, p. 306-308, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n6/27526.pdf>>. Acessado em: 20 de outubro de 2019.

MENDONÇA, C. P., et al. **Infecções hospitalares no município de Araraquara**. São Paulo (Brasil). Rev. de Saúde Pública, v. 10, p. 252, 1976. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101976000300004&script=sci_abstract&lng=pt. Acessado em:30 de junho de 2019.

NICOLINI, P. NASCIMENTO, J. W. L. GRECO, K. V., et al. **Fatores relacionados à prescrição médica de antibióticos em farmácia pública da região oeste da cidade de São Paulo**. Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro, a. 13, v. 13 (supl.), p. 689-96, abr. 2008.

SCHOR, N; HEILBERG, I. H. **Abordagem diagnóstica e terapêutica na Infecção do trato urinário – ITU**. São Paulo. Rev Assoc Med Bras, p. 109- 116, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-42302003000100043&lng=en&nrm=iso&lng=pt>. Acessado em 15 de junho de 2019.

SILVA, C. H. P. M.; NEUFELD, P. M. Bacteriologia e micologia. 1. Ed. Rio de Janeiro: Revinter, p. 512, 2006.

SINGI, Glenan. **Fisiologia Dinâmica**. 1. Ed. São Paulo: Atheneu, p. 334, 2001.

SLEUSTJES, Lucio. **Anatomia Humana**. 2. Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, p. 453, 2008.

VERONESI, R. F. Tratado de infectologia. 3. ed. São Paulo: Atheneu, p. 2489. 2005.

Capítulo 38

INFLUÊNCIA DAS DISTORÇÕES COGNITIVAS NO COMPROMETIMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS EM PESSOAS COM ALCOOLISMO

Daniel Devisom da Silva Rozado ¹
José Yago Barreiro da Silva ²

RESUMO: Mudanças importantes ocorridas no cenário nacional em relação à dependência alcoólica como um problema de saúde pública vem suscitar à importância de se estudar o alcoolismo como um fenômeno causador de um conjunto de distúrbios físicos e transtornos mentais devido ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Nesse contexto às distorções cognitivas e às habilidades sociais assume um papel relevante, pois as mesmas são um conjunto de comportamentos emitidos por uma pessoa em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos de um modo adequado à situação, respeitando os demais; contribuindo assim para o tratamento da dependência alcoólica. Nesse artigo objetivou-se estudar as influências das distorções cognitivas no comprometimento das habilidades sociais em alcoolistas por meio de uma revisão bibliográfica. Para tanto, utilizou-se como estratégia de investigação, a pesquisa bibliográfica em artigos científicos e livros na área. Resulta-se dessa compreensão que as distorções cognitivas exercem grande influência nos comprometimentos das habilidades sociais, pois são um fenômeno transformador e facilitador no processo de tratamento e recuperação de pessoas alcoolistas. Conclui-se que esses construtos estudados são de grande relevância para a saúde pública em especial para a saúde mental dos sujeitos implicados nessa patologia.

Palavras-chave: Distorções cognitivas. Habilidades sociais. Alcoolismo. Alcoolistas.

ABSTRACT: Important changes occurred on the national scene in relation to alcohol dependence as a public health problem have given rise to the importance of studying alcoholism as a phenomenon that causes a set of physical disorders and mental disorders due to the abusive consumption of alcoholic beverages. In this context, cognitive distortions and social skills play an important role, as they are a set of behaviors emitted by a person in an interpersonal context that expresses feelings, attitudes, desires, opinions or rights in an appropriate way to the situation, respecting the too much; thus contributing to the treatment of alcohol dependence. This article aimed to study the influences of cognitive distortions on the impairment of social skills in alcoholics through a literature review. For this purpose, bibliographic research in scientific articles and books in the area was used as an investigation strategy. It is clear from this understanding that cognitive distortions have a great influence on the impairment of social skills, as they are a transforming and facilitating phenomenon in the process of treating and recovering alcoholics. It is concluded that these studied constructs are of great relevance for public health, especially for the mental health of the subjects involved in this pathology.

Keywords: Cognitive distortions. Social skills. Alcoholism. Alcoholics.

INTRODUÇÃO

As distorções cognitivas decorrem de uma atividade cognitiva ligada à realização de interpretações acerca do que nos rodeia (do meio, dos outros e de nós próprios); é isso que permite nos adaptarmos ao mundo em que vivemos e às situações com que nos deparamos. Quando essas interpretações e significados são imprecisos ou distorcidos, interferem no bom funcionamento do indivíduo. Nesse contexto também se manifesta os relacionamentos sociais e conseqüentemente o desenvolvimento das habilidades sociais. Sendo assim a situação problema

¹ Bacharel em Psicologia, Especialista em Saúde Mental, Neuropsicologia e Psicomotricidade e Terapia Cognitiva e Comportamental. Mestre em Educação pela Eikon University Brasil. E-mail: devisom101@hotmail.com

² Graduando em Bacharelado em Biomedicina pelo Centro Universitário de Patos-UNIFIP.
E-mail: yagoys@hotmail.com

que motiva a presente pesquisa é: Quais são as influências das distorções cognitivas no comprometimento das habilidades sociais em alcoolistas?

Benjamin Rush (1849) diz que o conceito de alcoolismo surgiu no século XVIII logo após a crescente produção e comercialização do álcool destilado, conseqüente à revolução industrial. O alcoolismo é entendido como um conjunto de distúrbios físicos e transtornos mentais devido ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Tanto o comportamento do beber quanto os problemas associados a ele é determinado por diversos fatores individuais e ambientais (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999). Por outro lado, esse transtorno acarreta prejuízos, tanto ao indivíduo quanto ao meio social do qual ele faz parte. Não por acaso, o consumo abusivo de álcool, entre outras substâncias psicoativas, tem sido considerado um problema de saúde pública em escala global (RAMOS; BERTELOTE, 1997).

Nesse cenário as distorções cognitivas e as habilidades sociais possuem uma ligação com o alcoolismo tendo em vista que, os consumidores de álcool apresentam dificuldades em estabelecer relações sociais de acordo com o que se espera deles, gerando respostas sociais aprendidas de forma parcial e inadequada (CABALLO, 2010). Um ciclo vicioso se forma nesse contexto, em que o indivíduo que bebe com frequência seleciona amigos entre as pessoas que bebem muito, diminuindo a probabilidade de aprender um comportamento social adequado sem recorrer ao álcool, favorecendo problemas que interferem no funcionamento social e de trabalho do sujeito sendo assim o treinamento em habilidades sociais é uma ferramenta necessária para o tratamento e manutenção da dependência alcoólica (CABALLO, 2010).

No Brasil, os dados epidemiológicos disponíveis sobre o consumo de drogas caracterizam o uso abusivo de álcool como um grave problema de saúde pública no país (DÉA; SANTOS; ITAKURA; OLIC, 2004). O objetivo desse artigo é investigar a influência das distorções cognitivas no comprometimento das habilidades sociais em alcoolistas. Diante do exposto esse trabalho tem grande relevância científica e social, pois o álcool é um problema de saúde pública favorecendo assim pesquisas futuras.

O presente estudo ira contribuir para pesquisas futuras na área de psicologia e terapia cognitiva e comportamental voltando um olhar para os alcoolistas e sua relação com as distorções cognitivas e o desenvolvimento das habilidades sociais. Trarão dados epidemiológicos a cerca da patologia em estudo como também a relevância das técnicas cognitivas e comportamentais. Enquanto pesquisador ira me oferecer um aprofundamento enquanto profissional em uma perspectiva critica, moral, ética e científica. De ante do contexto apresentado anteriormente esse trabalho só tem a contribuir para a comunidade científica e para o aprofundamento do fenômeno estudado.

COMPREENDENDO UM POUCO SOBRE O SURGIMENTO E O DESENVOLVIMENTO DO ÁLCOOL E ALCOOLISMO

O álcool é uma das substâncias mais antigas usadas pela espécie humana, que acompanha a humanidade desde seus primórdios, sempre ocupando um local privilegiado em todas as culturas. Atualmente, o álcool é classificado como uma substância lícita, sendo um elemento fundamental em rituais religiosos, utilizado em momentos de comemoração ou confraternização (GIGLIOTTI & BESSA, 2004).

O alcoolismo é uma doença gerada pelo uso excessivo de álcool. Teve seu conceito descrito pela primeira vez no século XIX, por Magno Huss. A partir de estudos de Jellinek, em meados de 1960, a atribuição de doença ao uso problemático do álcool se difundiu (RAMOS & WOITOWITZ, 2004). Considera-se uma doença crônica, progressiva, além de ter se tornado um problema de saúde pública, visto que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007), 1,7 % da população mundial é diagnosticada com dependência de álcool. Ramos e Woitowitz (2004), ao realizarem uma revisão sobre o alcoolismo, constataram que cerca de 90% da população adulta no mundo ocidental consome bebida alcoólica e, entre esses, 10% fará um uso nocivo de álcool e outros 10% acabarão desenvolvendo uma dependência, o que pode ser compreendido da seguinte forma: de cada cinco bebedores, um terá problemas de saúde devido ao consumo de bebida alcoólica.

Segundo a 5ª edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-V 2014), da Associação Americana de Psiquiatria, os transtornos relacionados ao uso de álcool são definidos como a repetição de pelo menos, dois das onze áreas de funcionamento dos indivíduos decorrentes do uso do álcool que levam a prejuízos e/ou sofrimento clinicamente significativo, cuja gravidade varia de acordo com o número de sintomas. Incidindo conjuntamente, em um período mínimo de doze meses. Uma ênfase especial é atribuída à tolerância e/ou aos sintomas de abstinência, condições associadas a um curso clínico de maior gravidade.

As doenças físicas consequentes do alcoolismo são de origem gastrointestinal, como úlceras, varizes esofágicas, gastrite e cirrose; doenças neuromusculares, como câimbras, formigamentos e perda de força muscular; ou cardiovascular, como a hipertensão; além de impotência ou infertilidade. Os transtornos mentais, segundo o DSM-V(2014), associadas ao alcoolismo são o delírio, a demência de Korsakoff, as perturbações psicóticas do humor, da ansiedade ou do sono; e a disfunção sexual.

Para que se desenvolva o alcoolismo são necessárias certas características psicológicas ou determinados traços de personalidade. Todavia, isso não quer dizer que exista um “tipo alcoolista” determinado e bem definido, pois, além de variações de temperamento e de caráter (p.ex., tendência a reunir problemas ou a lidar de forma defensiva com situações de conflito), que produzem uma inclinação diferente para a bebida, ainda há variações que se referem ao padrão individual de consumo da bebida (RAMOS & WOITOWITZ, 2004).

Diante do exposto, percebe-se que o fenômeno alcoolismo pode ter uma ligação direta com as distorções cognitivas, pois tem sido identificada relação entre alcoolismo e comportamentos psicopatológicos. As distorções cognitivas têm sido propostas como um dos fatores mais importantes para prever e tratar comportamentos disfuncionais (CRICK & DODGE, 1994).

AS DISTORÇÕES COGNITIVAS E AS HABILIDADES SOCIAIS E SUA RELAÇÃO COM O ALCOOLISMO

As distorções cognitivas decorrem de uma atividade cognitiva ligada à realização de interpretações acerca do que nos rodeia (do meio, dos outros e de nós próprios); é isso que permite nos adaptarmos ao mundo em que vivemos e às situações com que nos deparamos. Quando essas interpretações e significados são imprecisos ou distorcidos, interferindo no bom funcionamento do indivíduo, os indivíduos podem refletir e atuar de forma desadequada (BRIERE, 2000; WALLINIUS, JOHANSSON, LARDÉN, & DERNEVIK, 2011), correspondendo ao que se entende por distorções cognitivas.

O conceito de distorção cognitiva foi inicialmente utilizado no contexto terapêutico da depressão para se referir a pensamentos idiossincráticos que indicavam conceptualizações irrealistas ou distorcidas (BECK, 1963). Contudo, de uma forma geral, as distorções cognitivas são caracterizadas por um enviesamento no processo que medeia à entrada de estímulos informativos e as respostas comportamentais (CRICK & DODGE, 1994). Assim sendo, as pessoas agem de acordo com aquilo em que acreditam, fazem atribuições causais e julgamentos de uma forma consistente com as suas crenças, reforçando-as (WARD ET AL., 2000).

Existem dois aspectos fundamentais no conceito das distorções cognitivas: a noção de estruturas cognitivas, que dizem respeito ao próprio conteúdo das distorções, como as crenças, atitudes e conceitos que se presumem estarem na mente do indivíduo; e a noção de processos cognitivos, que está relacionada com a forma como a mente utiliza esses conteúdos e os manipula, e na forma como as estruturas cognitivas interagem com as informações exteriores (CIARDHA & WARD, 2013). Acrescentam ainda o conceito de produtos cognitivos, que estão relacionados com as atribuições que os indivíduos fazem do que lhes rodeia, tendo assim influência nos seus comportamentos.

Então, as distorções são compostas por pensamentos que levam a determinados julgamentos e interpretações da realidade, pensamentos esses que são ativados automaticamente, não sendo necessária a intervenção de terceiros para tal acontecer (BECK, 2013). Esses pensamentos são construídos através de generalizações produzidas a partir da ocorrência de varíssimos eventos com que os indivíduos se deparam no seu dia-a-dia, levando por sua vez a interpretações que nem sempre são as mais acertadas relativamente à realidade (BALHS & NAVOLAR, 2004). Desta forma, as distorções possuem um caráter pessoal, formando-se com base em julgamentos individuais das situações e não no verdadeiro sentido objetivo dos

fatos (BALHS & NAVOLAR, 2004). Cada indivíduo possui assim as suas próprias estruturas, processos e respectivos produtos cognitivos, que resultam em diferenças ao nível do conteúdo das distorções e de todo o processo que as desencadeia (WARD ET AL, 2000).

Os estudos das distorções cognitivas não pararam nos escritos de Aaron Beck. A propósito, visando capturar dimensões múltiplas das distorções cognitivas descritas na literatura, De Oliveira (2011) desenvolveu o *Questionário de Distorções Cognitivas* (originalmente, *Cognitive Distortions Questionnaire, CD-Quest*). Especificamente, este instrumento teve como objetivo identificar equívocos cognitivos com o fim de auxiliar o terapeuta no acompanhamento clínico. Portanto, este questionário avalia a frequência e a intensidade de distorções e crenças de indivíduos tais como:

- ✓ Pensamento Dicotômico
- ✓ Previsão de Futuro
- ✓ Desqualificação dos Aspectos positivos
- ✓ Raciocínio Emocional
- ✓ Rotulação
- ✓ Ampliação/Minimização
- ✓ Abstração seletiva
- ✓ Leitura Mental
- ✓ Supergeneralização
- ✓ Personalização
- ✓ Afirmação do tipo “deveria”
- ✓ Conclusões Precipitadas
- ✓ Culpar
- ✓ E se?
- ✓ Comparações Injustas

Diante dessa dinâmica, o tratamento em alcoolistas envolve intervenções em vários níveis, já que a doença é bastante complexa, seja na etiologia ou nas implicações sociais, profissionais e familiares. A intervenção terapêutica destina-se tanto à dependência quanto à abstinência do álcool, contando com algumas intervenções psicoterapêuticas dentro das quais se encontram as terapias de grupo e as intervenções psicofarmacológicas.

Todavia uma abordagem terapêutica que tem se mostrado eficaz é a terapia cognitivo-comportamental que prioriza os relacionamentos funcionais entre fatores de desenvolvimento e de manutenção do problema. Diante deste contexto, os objetivos principais da avaliação clínica são identificar as variáveis controladoras dos comportamentos problemáticos e das distorções cognitivas buscando entender a interação funcional e prever o comportamento futuro. Salienta-se, ainda, que a avaliação busca verificar as hipóteses num processo contínuo de testagem (LETTNER, 1998).

Considerando a importância das cognições como fator desencadeante do comportamento, segundo se depreende dos fundamentos da terapia cognitivo-comportamental (BECK, 1963; DE OLIVEIRA, 2014), a presente pesquisa teve por objetivo efetuar uma avaliação das principais distorções cognitivas em pessoas com alcoolismo.

Um conjunto adequado de habilidades sociais é uma solução indispensável para realizar atividades, ao longo da vida, como relacionamentos interpessoais, construções de amizades, alargamento de redes sociais, trabalhar em equipe e no âmbito profissional. Carências em habilidades sociais levam ao uso de drogas e álcool, do mesmo modo que os problemas interpessoais também facilitam o seu consumo (TRAN; HAAGA, 2002). Sendo assim como o decréscimo de ansiedade social, as esperanças de redução de tensão e de aumento da afirmação social, têm sido benévolas para se distinguir bebedores problemáticos de bebedores não problemáticos (FURTADO; FALCONE; CLARK, 2003).

Segundo Caballo (2003), o Treinamento em Habilidades Sociais tem sido utilizado em conjunto com outras modalidades terapêuticas no tratamento do alcoolismo. Desta forma, vemos a importância da avaliação tanto dos níveis quanto das peculiaridades das habilidades sociais dos alcoolistas, para que se possa sugerir a inclusão do treinamento das habilidades sociais como ajudante no tratamento do alcoolismo.

MATERIAIS E MÉTODO

A pesquisa teve como foco a busca bibliográfica, utilizando-se de uma abordagem qualitativa, descritiva e delineamento do tipo de estudo exploratório nos termos definidos por Richardson et al., (1999). Nesse sentido, essa pesquisa foi feita partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos. Tendo em vista que, qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Deste modo, dada à dificuldade de se localizar estudos específicos que tratem desta temática explícita, o presente estudo apresenta-se com destacada relevância científica para o entendimento das relações entre os fenômenos estudados, bem como referencial para futuras pesquisas nesse sentido. Contudo, os resultados encontrados nesse estudo foram comparados ao que a literatura trás em termos teóricos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante de uma busca bibliográfica realizada nas principais bases de dados em pesquisa como SciELO, BIREME, LILACS, MEDLINE, PubMed, Google Acadêmico foram encontrados

poucos estudos específicos que trabalha-se com habilidades sociais entre os alcoolistas. Deste modo, dada à dificuldade de se localizar estudos que tratem desta temática, o presente estudo apresenta-se com destacada relevância científica para o entendimento das relações entre os construtos, bem como referencial para futuras pesquisas nesse sentido.

Contudo, os resultados encontrados nesse estudo foram comparados ao que a literatura trás em termos teóricos a esse respeito. Segundo Brasil (2013) em estudo descritivo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constatou que o percentual da população com 18 anos ou mais de idade que costumava consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana, no Brasil, foi de 24,0%, variando de 18,8% na Região Norte e 28,4% na Região Sul. Ao analisar este hábito por sexo, entre os homens, a proporção foi de 36,3% enquanto, entre as mulheres foi de 13,0%. Entre adultos com maior nível de escolaridade, especialmente os com nível superior completo, este percentual foi de 30,5%, enquanto dentre os adultos sem instrução e com o fundamental incompleto foi de 19,0%.

A idade média de iniciação do consumo de bebida alcoólica no Brasil foi aos 18,7 anos, variando de 18,3, no Nordeste, a 19,0, no Sudeste, não registrando variações significativas entre as Grandes Regiões. Entretanto, a análise por sexo evidencia a iniciação deste hábito mais precocemente entre os homens, com idade média de 17,9 anos, enquanto as mulheres têm sua iniciação em média aos 20,6 anos.

Alguns estudos socioantropológicos, citados por Bertolote (1997), identificaram a ingestão de bebidas alcoólicas como expressão e apoio à estrutura social existente, estímulo a interações sociais, fortalecimento de identificações e solidariedade coletiva, bem como citaram a estrutura social do grupo e a cultura como moduladoras das crenças sobre a ingestão do álcool, os conceitos de embriaguez, a definição de alcoolismo e a escolha de técnicas de intervenção terapêutica. Nessa perceptiva uma análise descritiva foi realizada por Lopes (2003) que encontrou 49% de ocorrências de dependentes químicos com repertório de habilidades sociais abaixo da média, sendo que desses, 37% dos casos demonstraram déficits significativos a ponto de uma indicação clínica para um programa de treinamento de habilidades sociais.

Já Correa (2003), também em estudo descritivo, constatou que 50% de sua amostra de alcoolistas estavam abaixo da média do grupo de referência do inventário de habilidades sociais e que 30% dos alcoolistas em abstenção também o estavam. Destaca-se ainda que em ambos os estudos os participantes encontrassem-se em tratamento, podendo, portanto, estar sendo submetidos a técnicas de modificação de comportamento o que pode ter sido detectado pelo Inventário de Habilidades Sociais nos indivíduos que apresentaram um bom repertório de Habilidades Sociais.

Algumas contribuições atuais à área dos transtornos associados ao uso de substâncias estão sendo desenvolvidas através de pesquisas que buscam identificar se a existência de déficits no repertório de habilidades sociais constitui-se em um importante fator de risco para o desenvolvimento de um padrão abusivo e/ou de dependência do álcool (ALIANE; LOURENÇO;

RONZANI, 2006). No entanto, poucos são os estudos desenvolvidos no contexto brasileiro que buscam verificar essa relação empiricamente.

Diante do exposto os dados dos aspectos que perpassam o alcoolismo, incluindo seus efeitos, consequências, possíveis causas e possibilidades de tratamentos, tendo em vista a frequência do abuso de álcool na sociedade. Além de causar prejuízos físicos, psicológicos e no funcionamento interpessoal do sujeito, os déficits em habilidades sociais por motivo das distorções cognitivas podem levar ao desenvolvimento do alcoolismo. Deve ser considerada ainda, a importância que as habilidades sociais têm para os indivíduos, seja no âmbito familiar, do trabalho, no convívio com sua comunidade e com seus pares etc.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desse estudo foi possível realizar contribuições ao conhecimento em saúde mental e saúde pública em estudos com alcoolistas. Os resultados indicam que as distorções cognitivas exercem grandes influências no comprometimento das habilidades sociais em alcoolistas tendo em vista que as mesmas são importantíssimas no tratamento e na manutenção da dependência do álcool. Desta forma, conclui-se que profissionais de saúde mental que trabalhem com pessoas com dependência do álcool devem ter atenção especial às habilidades sociais e as distorções cognitivas a fim de programarem uma psicoterapia adequada quando necessário.

Os dados dos aspectos que transcorrem o alcoolismo incluindo seus efeitos, implicações, possíveis causas e probabilidades de tratamento se fazem necessários, tendo em vista a constância do abuso de álcool na sociedade. Além de causar danos físicos, psicológicos e no funcionamento interpessoal do sujeito, os déficits em habilidades sociais e o aparecimento das distorções cognitivas podem levar ao desenvolvimento do alcoolismo. Deve ser considerado ainda, o valor que as habilidades sociais têm para os sujeitos, seja no domínio familiar, do trabalho, no convívio com sua comunidade.

Atividades por meio de treino em habilidades sociais e identificação de distorções cognitivas, aliada a outras técnicas cognitivas e comportamentais, podem auxiliar nas mudanças de comportamento, contribuindo para a minimização da dependência. É importante destacar que este estudo ainda contribui socialmente e cientificamente na medida em que outros pesquisadores e profissionais podem se apropriar dos achados descritos como diretrizes para definir estratégias terapêuticas adequadas na incidência da dependência do álcool, possibilitando auxílio a esta patologia. Os resultados deste estudo sugerem que outras pesquisas ainda precisam ser realizadas na respectiva área.

REFERÊNCIAS

ALIANE, P. P., LOURENÇO, L. M., RONZANI, T. M. Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 83-88, 2006.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION . **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (5 ed). Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BAHLS, S.C., & NAVOLAR, A.B.B. **Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos**. Revista Eletrônica de Psicologia 4 (1)1-11. Retirado de: http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf. (2004).
- BECK, A. **Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions**. Archives of General Psychiatry, 9, 324–333. (1963).
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática** (2ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas. (2013).
- BERTOLETE, J. M. **Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool** (3ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BERTOLETE, J. M., RAMOS, S. P. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BRASIL. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.
- BRIERE, J. **The cognitive distortions scales professional manual**. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. (2000).
- CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Santos, 2010.
- CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. São Paulo: Santos, 2003.
- CIARDHA, C. Ó. & WARD, T. **Theories of cognitive distortions in sexual offending: What the current research tells us**. Trauma, Violence, & Abuse, 14, 5-21. (2013).
- CORREA, L. H. G. **Avaliação do repertório de habilidades sociais em dependentes alcoólicos**. (Monografia). Universidade Federal do Sergipe, Aracaju. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a10.pdf>, 2003.
- CRICK, N. & DODGE, K. **A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment**. Psychological BULLETIN, 115(1), 74-101. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.115.1.74>. (1994).
- DE OLIVEIRA, I. R., SCHWARTZ, T., & STAHL, S. M. **Integrating psychotherapy and psychopharmacology: A handbook for clinicians**. New York: Routledge. (2014).
- DÉA, H. R. F. D., SANTOS, E. N., ITAKURA, E., OLIC, T. B. A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. **Psicologia Ciência & Profissão**, 24, 108-115, 2004.
- EDWARDS, G., MARSHALL, E. J., COOK, C.C.H. **O Tratamento do alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde**. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2005.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- FURTADO, E. S.; FALCONE, E. M. O., CLARK, C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. **Revista Interação em Psicologia**, 7, 43-51, 2003.
- GIGLIOTTI, A., BESSA, M.A. Síndrome de Dependência do Álcool: Critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26, 11-13, 2004.
- LETTNER, H. W. **Avaliação comportamental**. Em B. Rangé (Org.), **Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos** (pp. 27-31). Campinas: Psy.(1998).
- LOPES, R. T. **Avaliação do repertório de habilidades sociais em uma amostra randômica de dependentes químicos através do IHS: Del Prette**. (Monografia), Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2003.
- RAMOS, S. P., WOITOWITZ, A. B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26,18-22, 2004.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

TRAN, G. Q., HAAGA, D. A. F. Coping responses and alcohol outcome expectancies in alcohol abusing and nonabusing social phobics. **Cognitive Therapy and Research**, 26, 1-17, 2002.

WARD, T. **Sexual offender's cognitive distortions as implicit theories**. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 491-507. (2000).

WHO. **Global status report on alcohol and health**. Geneva: World Health Organization. Retirado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1, (2007).

Capítulo 39

INSTITUCIONALIZAÇÃO INFANTIL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

CHILD INSTITUTIONALIZATION AND HEALTH EDUCATION: INTEGRATIVE REVIEW

Yara Martins Gurgel¹
Márcia Ferreira de Araújo Rodrigues²
Gilmar Ferreira de Araújo³
Bruna de Souza Diógenes⁴
Eder Ferreira de Arruda⁵
Viliane Lima⁶

RESUMO: Esta revisão integrativa objetivou descrever os efeitos de atividades de educação em saúde na melhoria das condições de vida de crianças institucionalizadas. A pesquisa ocorreu através dos bancos de dados SciELO, Google Acadêmico e BVS, de onde foram selecionados artigos publicados entre 2009 a 2019. Foram critérios de exclusão: resenhas, dissertações, teses, anais de congresso e boletins epidemiológicos. Os resultados evidenciam que crianças institucionalizadas apresentam baixos escores de desempenho escolar, diversos problemas emocionais e frequentes atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, principalmente na área da linguagem. Todavia, os estudos analisados apontam que intervenções com foco na Educação em Saúde, implantadas precocemente e com a colaboração de diferentes agentes, podem trazer benefícios, minimizando estes impactos e contribuindo para o contexto educacional, na melhoria da convivência, crescimento dos laços afetivos e nas mudanças de posturas e condutas dos cuidadores, o que contribui direta e efetivamente para o bem-estar dos sujeitos assistidos.

Palavras-chave: Abrigo. Criança Institucionalizada. Desenvolvimento Infantil. Educação em Saúde.

ABSTRACT: This integrative review aimed to describe the effects of health education activities in improvement of living conditions of institutionalized children. The research took place through the SciELO, Google Scholar and VHL databases, from which articles published between 2009 and 2019 were selected. Exclusion criteria were: reviews, dissertations, theses, conference proceedings and epidemiological bulletins. The results show that institutionalized children have low scores on school performance, several emotional problems and frequent delays in neuropsychomotor development, mainly in the area of language. However, the studies analyzed point out that interventions focused on Health Education, implemented early and with the collaboration of different agents, can bring benefits, minimizing these impacts and contributing to the educational context, improving coexistence, growing affective bonds and changes in postures and behaviors of caregivers, which directly and effectively contribute to the well-being of the assisted subjects.

Keywords: Children's home. Institutionalized Child. Child development. Health education.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o atendimento à saúde, no Brasil, foi marcado por seu caráter assistencialista, pontual e verticalizado, muitas vezes deixando de lado as interações e participação popular (BACKES *et al.*, 2016). No entanto, atualmente, a literatura já desvela a

¹ Graduanda em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário UNINORTE. E-mail: yara.martins.gurgel@gmail.com.

² Graduanda em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário UNINORTE. E-mail: marciafaraujo23@hotmail.com.

³ Graduanda em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário UNINORTE. E-mail: gilmar24@live.com.

⁴ Mestrado em Fonoaudiologia pela PUC-SP e Docente do Curso de Graduação Bacharelado em Fonoaudiologia do Centro Universitário UNINORTE. E-mail: fga.brunadiogenes@gmail.com.

⁵ Mestrado em Saúde Coletiva pela UFAC e Docente dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Biomedicina do Centro Universitário UNINORTE. E-mail: ederarrud@gmail.com.

⁶ Mestrado e Doutorado em Saúde Pública pela USP e docente dos cursos de Psicologia e Medicina do Centro Universitário UNINORTE. E-mail: viliane.silva@uninorteac.edu.br

importância de atividades de Educação em Saúde como uma estratégia eficaz para o atendimento integral ao sujeito, uma vez que está pautada em saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde (FIGUEIRA; SOUZA; FARIAS, 2015).

Segundo Silva, Pelazza e Souza (2016), educação e promoção da saúde são medidas e programas que ultrapassam as fronteiras dos atendimentos necessários que visam reduzir a dor humana. Apesar dos atendimentos assistenciais serem necessários, se limitam ao efeito das terapias e das medicações, não intervindo na causa ou na recidiva dos adoecimentos de uma dada população.

Tendo em vista a importância das condições ambientais no desenvolvimento de um indivíduo, bem como a privação de estímulos a que crianças institucionalizadas estão sujeitas, observa-se que são pessoas que compõem um grupo de risco para alterações globais (ABREU, 2002; HALPERN; FIGUEIRAS, 2004). Sabe-se que o abrigo é uma modalidade de acolhimento institucional para crianças e adolescentes que não podem ficar com seus pais biológicos, provisória ou definitivamente, devendo ser uma medida excepcional, utilizada somente quando esgotados todos os esforços para manter a criança/adolescente na família e na comunidade (FRANCO; LOPES; LOPES-HERRERA, 2014).

Os efeitos de um período de institucionalização prolongado têm sido apontados na literatura por interferirem na sociabilidade e na manutenção de vínculos afetivos na vida adulta, constatando-se que as sequelas serão maiores de acordo com a idade da criança no momento em que for afastada da família; conforme o tempo em que estas forem privadas do convívio familiar; e o tempo de espera, que interfere não só na adaptação em caso de retorno à família de origem, mas também nos casos de inserção definitiva em outra família. Tais fatores podem ser minimizados através de uma melhora na qualidade da assistência oferecida pelos abrigos. Isso significa dizer que as reações nocivas, em longo prazo, diminuem com o aumento da idade da criança na entrada à instituição, e com a presença de um leque de atividades que possibilite engajamento (SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006).

Assim, o presente estudo tem por objetivo descrever, por meio de um levantamento de produções científicas, os efeitos de atividades de educação em saúde na melhoria das condições de vida de crianças institucionalizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, método que permite “a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática” (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 102). A pesquisa seguiu as seis etapas sugeridas por Ganong (1987): 1) identificação do tema e definição da questão de pesquisa; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento, conforme a figura 1.

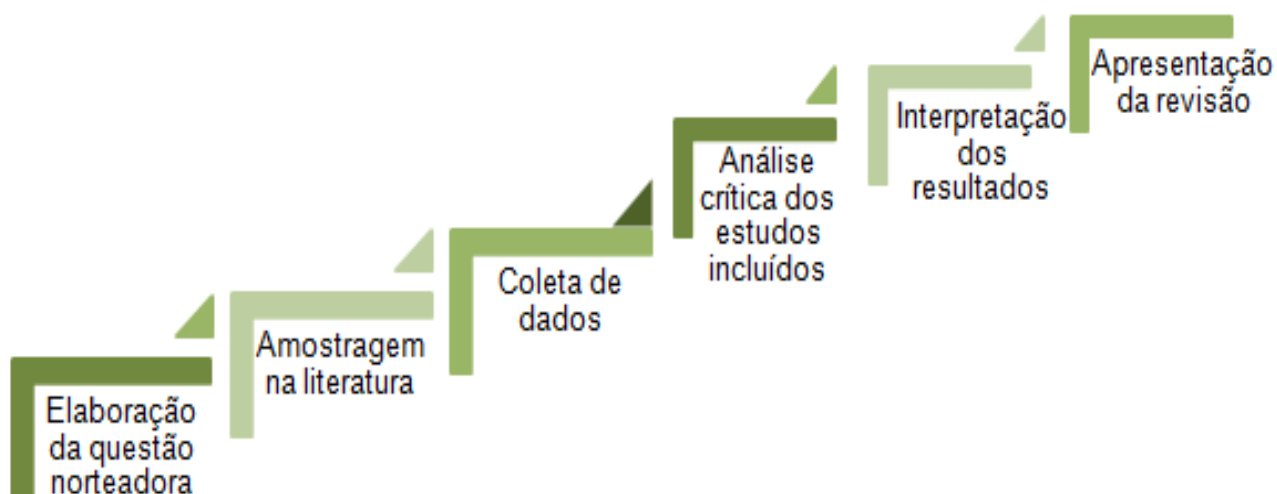


Figura 1 - Etapas do percurso metodológico da revisão integrativa. Fonte: os autores

Na primeira etapa, foi formulada a questão norteadora: quais os efeitos das atividades de educação em saúde junto a crianças institucionalizadas? A segunda etapa configurou-se pela busca na literatura. A mesma aconteceu nas plataformas da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico, utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCS) “Educação em Saúde” AND “criança institucionalizada” e “abrigo” AND “desenvolvimento infantil”.

Foram adotados como critérios para seleção dos artigos: estudos completos, publicados entre os anos de 2009 a 2019. Por sua vez, foram excluídos: resenhas, dissertações, teses, anais de congresso e boletins epidemiológicos.

Após a busca foram localizados 49 estudos, sendo 24 da plataforma SciELO, 15 do Google acadêmico e 10 da BVS, conforme disposto na figura 2. Estes foram submetidos a uma leitura flutuante, na qual foram analisados seus títulos e resumos. Excluíram-se, nesta etapa, 26 estudos, equivalente a toda a produção não relacionada com o escopo da pesquisa.

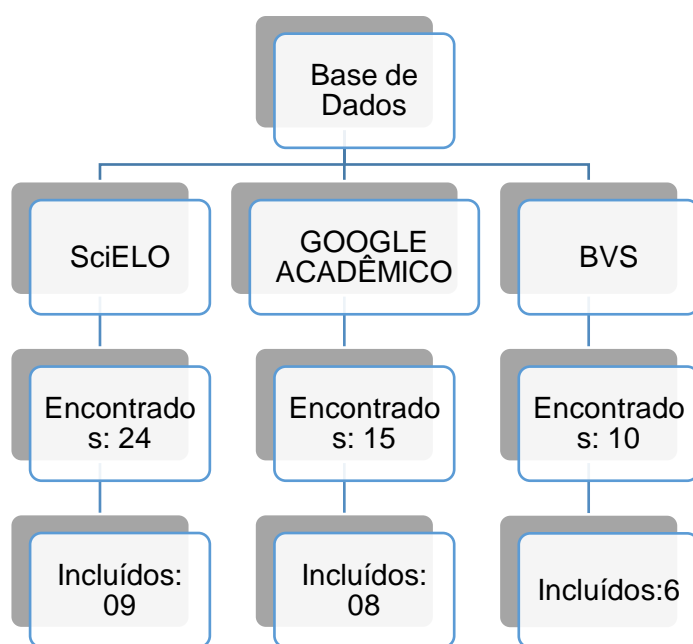


Figura 2 – Fluxograma de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura. Fonte: os autores

Após esta etapa, 23 artigos foram pré-selecionados e submetidos à leitura integral. Esta análise possibilitou identificar, dentre estes trabalhos, 14 artigos relacionados às características e implicações da institucionalização infantil e 09 estudos que se propuseram a realizar atividades de educação em saúde junto a essa população. Todos estes 23 artigos foram selecionados para análise aprofundada, contemplando estas duas grandes categorias.

Posteriormente, estes estudos foram organizados, categorizados e fichados para levantamento das informações relevantes, em planilha Excel, sendo extraídos dados como: título do estudo, autores, ano de publicação, periódico publicado e objetivo do estudo.

Em seguida, a análise e síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, o que permitiu examinar e classificar os dados. Destacou-se a apresentação dos resultados e sua análise discursiva, que objetivaram reunir o conhecimento motivado sobre o tema referido nesta revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo foram divididos em duas categorias, a saber: “Características e implicações da institucionalização infantil” (Quadro 1) e “A importância da Educação em Saúde como ferramenta na promoção de saúde e prevenção dos agravos” (Quadro 2).

Quadro 1- Caracterização das produções científicas sobre as características e implicações da institucionalização infantil.

TÍTULO/ AUTORES / PERIÓDICO/ ANO	OBJETIVOS
Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. / PINHEL, J. <i>et. al.</i> / <i>Análise psicológica</i> / 2009.	Avaliar se as representações dos modelos internos de vinculação em crianças institucionalizadas são diferentes de crianças em meio familiar de vida com um nível socioeconômico equivalente e verificar até que ponto crianças institucionalizadas manifestam mais comportamentos agressivo, de isolamento e hiperatividade.
Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Desempenho Escolar, Satisfação de Vida e Rede de Apoio Social. / SIQUEIRA, A.C; DELL'AGLIO, D.D. / <i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> / 2010.	Investigar as características de jovens institucionalizados e suas famílias.
Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. / ABAID, J.L.W. <i>et. al.</i> / <i>Universitas Psychologica</i> / 2010.	Investigar eventos de vida estressantes, variáveis psicossociais (número de irmãos, configuração familiar e tempo de institucionalização) e preditores de

	sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados
Vivências de exclusão em crianças abrigadas / BUFFA, C.G. <i>et. al.</i> / Psicologia: Teoria e Prática / 2010.	Investigar como a condição de abrigamento perpassa as vivências e relações dessas crianças na escola, com base nas narrativas de crianças e técnicos de um abrigo.
Características emocionais e traços de Personalidade em crianças institucionalizadas e não Institucionalizadas/ SANTOS, B.C.A. <i>et. al.</i> / Boletim de psicologia/ 2010.	Comparar características psicológicas de crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.
Análise do nível de desenvolvimento da linguagem em crianças abrigadas / NÓBREGA, J.N; MINERVINO, C.A.S.M. / Psicologia Argumento/ 2011.	Analisar o desenvolvimento da linguagem em crianças abrigadas em comparativo à crianças de creches.
Resiliência em crianças e adolescentes institucionalizados/ CORDOVIL, C. <i>et. al.</i> / Acta Med Port. / 2011.	Identificar fatores de resiliência e a sua associação com a presença de psicopatologia em crianças/adolescentes de três Instituições de Acolhimento da área da Grande Lisboa.
Prevalência de atraso do desenvolvimento Neuropsicomotor em pré-escolares/ TORQUATO, J.A. <i>et. al.</i> / Journal of Human Growth and Development / 2011.	Verificar a prevalência de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor em pré-escolares
Perfil do desenvolvimento neuropsicomotor e aspectos familiares de crianças institucionalizadas na cidade do Recife / LIMA, A.K.P.; LIMA, A.O. / C.E.S. Psicologia/ 2012.	Caracterizar o perfil do desenvolvimento neuropsicomotor e identificar a constituição familiar de crianças de 0 a 4 anos, institucionalizadas, na cidade do Recife.
Linguagem receptiva e expressiva de crianças institucionalizadas. / FRANCO, E.C. <i>et. al.</i> / CEFAC/ 2014.	Verificar o nível de desenvolvimento da linguagem de crianças que estão em abrigos e compará-lo ao de crianças que sempre permaneceram com a família biológica.
Desempenho de vocabulário em crianças Pré-escolares institucionalizadas. / MISQUIATTI, A.R.N. <i>et. al.</i> / CEFAC/ 2015.	Verificar o desempenho de vocabulário de crianças institucionalizadas e comparar com o desempenho de crianças pertencentes à rede pública e particular de ensino.
Enhancing the language development of toddlers in foster care by promoting foster parents' sensitivity: Results from a randomized controlled trial/ RABY, K.L. <i>et. al.</i> / Developmental Science/ 2018.	Examinar a eficácia de uma intervenção preventiva precoce na melhoria das habilidades de vocabulário receptivo de crianças colocadas em um orfanato.
Trocas Afetivas de Crianças em Acolhimento Institucional. / KAPPLER, S.R; MENDES, D.M.L.F. / Psicologia: Ciência e Profissão/ 2019.	Identificar e caracterizar as trocas afetivas e tentativas destas, em contextos de interação criança-criança e criança-educador.
Perfil biopsicossocial de crianças e adolescentes institucionalizados/ COSTA, C.C. <i>et. al.</i> /	Caracterizar, quanto aos aspectos biopsicossociais, à população de crianças e

Acervo Saúde / 2019.	adolescentes em situação de acolhimento institucional em um município da região centro-oeste de Minas Gerais.
----------------------	---

Tendo como base os estudos listados na categoria 1, evidencia-se que os impactos da institucionalização infantil refletem predominantemente em atrasos no desenvolvimento do sujeito acolhido, e estendem-se para as esferas biopsicossocial, afetiva, emocional e escolar.

Ao tentar compreender a realidade de crianças em situação de acolhimento, o presente estudo preocupou-se em levar em consideração o fato de que elas estão, necessariamente, passando por um período de privação, configurando-as como um grupo de vulnerabilidade. Segundo Franco, Lopes e Lopes-Herrera esta privação pode ter iniciado antes mesmo de chegarem ao abrigo, uma vez que apresentam histórico de experiência familiar associada à rejeição, abandono, negligência e vitimização, o que repercute tanto no psicológico desses sujeitos quanto na habilidade de adaptação ao acolhimento.

Disto isso, e sabendo que as boas condições ambientais e de relação entre as crianças e o outro são fatores determinantes para o seu desenvolvimento (NÓBREGA; MINERVINO, 2017), a institucionalização é apontada como fator de risco para o desenvolvimento infantil (ABAID *et al.*, 2010).

Por outra perspectiva, Kappler e Mendes (2019) apontam na institucionalização aspectos protetivos e promotores de bem-estar, como as possibilidades de construção de novos vínculos afetivos com pares, educadores sociais e demais funcionários, o que pode cumprir um papel da maior relevância para o desenvolvimento, suprimindo, em parte, a falta de convivência com a família biológica.

Alguns estudos (CORDOVIL *et al.*, 2011; SANTOS *et al.* 2010) relatam que crianças institucionalizadas podem apresentar maior agressividade, sentimento de hostilidade e de inadequação, falta de contato social, ansiedade, timidez, tristeza, impulsividade e instabilidade emocional, bem como sentimento de incapacidade, podendo chegar à afirmação de que elas apresentam mais problemas emocionais do que as crianças não institucionalizadas.

Comparando a crianças que vivem em ambiente familiar, crianças institucionalizadas são menos seguras e apresentam menor coerência das representações de vinculação, além de pior desempenho cognitivo verbal (PINHEL; TORRES; MAIA, 2009). São frequentemente vítimas de preconceito na escola e, muitas vezes, o próprio abrigo não apresenta papel ativo na desconstrução desse preconceito (BUFFA *et al.*, 2010). Outros estudos (COSTA *et al.*, 2019; SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2010) constata, ainda, o uso de álcool e drogas com início precoce, alto índice de repetência, baixa escolaridade e baixos escores de desempenho escolar.

Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor, pesquisas (LIMA; LIMA, 2012; TORQUATO *et al.*, 2011) indicam atrasos, ou suspeitas destes, em mais de uma área, chamando atenção para um maior comprometimento na área da linguagem, sendo inclusive apontado que crianças em situação de acolhimento institucional apresentam maior índice de distúrbios de linguagem, além de desempenho vocabulário abaixo do esperado para a idade e inferior ao desempenho de pré-

escolares de escolas pública e privada que residem com suas famílias (ABREU, 2002; MISQUIATTI *et al.*, 2015) apresentando, desta forma, maior risco para o desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva (RABY *et al.*, 2018).

Destro e Souza (2012) sugerem que essas dificuldades de linguagem e comunicação nas pessoas em situação de vulnerabilidade são efeitos da constituição sócioafetiva, das condições precárias de acesso, de pertencimento e de circulação social a qual estão expostas. De certa forma são sujeitos que estão na sociedade, mas não estão incluídos nela, estando em espaços que não são capazes de permitir que construam destinos pessoais e comunitários capazes de formar cidadãos.

Quadro 2- Caracterização das produções científicas sobre a importância da Educação em Saúde como ferramenta na promoção de saúde e prevenção dos agravos.

TÍTULO/ AUTORES / PERIÓDICO/ ANO	OBJETIVOS
Um espaço para ser: sociopsicodrama em um abrigo para crianças / PINTO, A.C.B. <i>et. al.</i> / Rev. bras. Psicodrama / 2009.	Apresentar experiência de intervenção sociopsicodramática com crianças abrigadas, portadoras de HIV.
Intervenção em terapia ocupacional em casas-lares Com crianças pré-escolares vítimas de violência doméstica: relato de experiência/ LEANDRO, V.A; PEREIRA, A.M.S. / Cadernos de Terapia Ocupacional / 2009.	Fundamentar e ilustrar a relevância da atuação do terapeuta ocupacional com crianças pré-escolares vítimas de violência doméstica abrigadas em casas-lares.
Contribuições da terapia ocupacional na atenção à crianças institucionalizadas vítimas de violência sexual / SANTOS, B.P. <i>et. al.</i> / Rev. NUFEN/ 2010.	Propor atividades de cunho terapêutico ocupacional, a fim de promover experiências saudáveis à crianças institucionalizadas.
Intervenções do lúdico-musical frente ao stress de crianças abrigadas, vítimas de violência doméstica / POLO, C.K; OLIVEIRA, V.B. / Bol. Acad. Paulista de Psicologia / 2011.	Investigar possível alteração no nível de estresse de crianças acolhidas, vítimas de violência doméstica após participação em intervenções lúdico-musicais grupais.
O brincar como espaço de prevenção e intervenção psicológicas em crianças e adolescentes / BARTH, F.L.B. <i>et. al.</i> / Barbarói/ 2012.	Relatar a experiência de um projeto de extensão voltado às crianças e aos adolescentes de duas casas abrigo do município Rondonópolis, Mato Grosso, no qual a equipe executora utilizou-se da manifestação das fantasias e da expressão de situações conflitivas a partir da proposição de atividades lúdicas variadas.
Oficinas lúdicas: favorecendo espaços de encontro para crianças abrigadas / JURDI, A.P.S. <i>et. al.</i> / Revista Ciência em	Apresentar o projeto de Extensão Universitária Oficinas Lúdicas: Espaços de Encontro e Criação, o qual desenvolve atividades no âmbito interdisciplinar, envolvendo

Extensão / 2014.	alunos e profissionais dos cursos de terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia e serviço social.
Avaliação de um programa de promoção da saúde mental com crianças institucionalizadas/ PIMENTEL, A.F.C. <i>et. al.</i> / Psicologia em Revista / 2015.	Avaliar a eficácia de um programa de promoção da saúde mental.
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: O relato de experiência de estágio em uma casa de acolhimento de crianças / ALVES, A.G.F; LEMGRUBER, K.P. / Psicologia e saúde em debate / 2018.	Apresentar as aprendizagens obtidas durante o Estágio Básico II do 7º período do curso de Psicologia da Faculdade Patos de Minas, elucidando suas etapas, capacitando e auxiliando o graduando de Psicologia a lidar com a realidade em uma casa de acolhimento de crianças e adolescentes.
Intervenção com educadoras sociais no contexto de acolhimento institucional: Relato de experiência / BERNARDES, J.W; MARIN, A.H./ Revista da SPAGESP / 2019.	Relatar a experiência de uma intervenção com educadoras sociais realizada em uma casa de acolhimento institucional, que tinha como objetivo principal promover um espaço de escuta e reflexão sobre o trabalho com crianças em situação de acolhimento.

Pautados nos impactos da institucionalização para o desenvolvimento infantil, os estudos listados no quadro 2 propõem contribuições para a criação de uma realidade de acolhimento institucional que opõe-se à retratada na maioria dos estudos encontrados na discussão da categoria 1 desta revisão.

São artigos que se concentraram na atenção primária a estas crianças, centralizada no brincar, no lúdico, propiciando oportunidades de ação e compreensão, através da expansão de possibilidades de aprendizagem e melhoria de aspectos neuropsicomotores, afetivos e sociais (SANTOS *et al.*, 2010), a partir do pressuposto de que “o ambiente pode ocasionar uma contribuição fundamental na construção da identidade da criança, tanto positiva, como negativamente” (POLO; OLIVEIRA, 2011, p. 214).

Diante disto, infere-se que o acolhimento institucional deve compreender todos os cuidados possíveis para a prevenção de qualquer dificuldade ou transtorno decorrente da situação de vulnerabilidade já mencionada (BARTH *et al.*, 2012). Estes cuidados envolvem, preferivelmente, uma equipe multidisciplinar, capaz de desempenhar uma abordagem mais ampla e resolutiva. Contudo, nem sempre isso ocorre.

Os profissionais que realizaram as intervenções nos trabalhos supracitados foram: psicólogos (60%), Terapeutas Ocupacionais (20%), havendo, ainda, trabalhos desenvolvidos por equipes multidisciplinares (20%), com a parceria entre psicólogos, músicos, pedagogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e assistentes sociais.

Se de um lado existe a necessidade da institucionalização ser vista, entendida e compreendida sob diferentes perspectivas e campos de conhecimento, por outro lado, este dado aponta para a necessidade da produção de pesquisas interdisciplinares, vista a predominância da abordagem unidirecional, mesmo que de maneira generalista. Esta necessidade é consequência

de que, toda área do conhecimento, por meio de sua abordagem específica, concebe instrumentos a fim de conhecer a realidade e os problemas a partir de um determinado ponto de vista, sendo capaz de revelar uma dimensão do humano. Conseqüentemente, essa visão fragmenta o objeto e o reduz. Em contrapartida, o enfoque multidisciplinar propõe uma síntese de conhecimentos específicos que objetiva o conhecimento humano em sua integridade, pressupondo um diálogo entre as diferentes ciências (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Um das alterações em crianças institucionalizadas mais comumente relatadas na literatura são as de linguagem, todavia, nota-se a inexistência de estudos fonoaudiológicos no sentido de pensar a prevenção desses impactos, o que evidencia a necessidade dessa ciência aprofundar o seu conhecimento e seu fazer para esta população.

Quanto à execução das propostas de Educação em Saúde, todos os trabalhos optaram por realizar atividades em grupos, munidos de um cronograma de acontecimentos previamente delineado. Tendo em vista o público alvo, as metodologias empregadas fizeram uso do brincar. Essas atividades grupais tiveram enfoque socioeducativo, a fim de trabalhar aspectos relativos a todas as questões que rodeiam a vivência institucionalizada (ALVES; LEMGRUBER, 2018).

Quando se aborda o brincar, deve-se levar em consideração que não se trata apenas de um divertimento, mas de um método que facilita a elaboração de ideias, de relações lógicas, integração de percepção, resolução de problemas, estimulando, ainda, a criatividade e autonomia, além de propiciar a inserção da criança no mundo simbólico e na linguagem (BARTH *et al.*, 2012).

Muitas vezes, é também através do brincar que a criança externaliza traumas e medos e capta ferramentas para superá-los. Isto pode ser exemplificado com um estudo de intervenção sociopsicodramática (PINTO; LIMA; COSTA, 2009), que verificou que, em contraste com os demais integrantes de um dado grupo, uma das crianças maltratava uma boneca, e, quando questionada a motivação, informou que “aquela criança não servia para nada”. Isto reflete tanto a rejeição sofrida pela criança, quanto serviu como caminho para que as interventoras a explicassem que nem sempre o afastamento da família é decorrente da falta amor, ajudando a criança a entender e superar o trauma.

Em todos os estudos, a intervenção foi iniciada através do estabelecimento do vínculo com a criança, sendo frequentes os relatos de dificuldades nesta etapa, provenientes de comportamentos agressivos e desafiadores por parte das mesmas (LEANDRO; PEREIRA, 2009). Foram relatadas também dificuldades no estabelecimento de vínculos com a própria equipe cuidadora, que considerava o trabalho irrelevante no início, mas que, aos poucos, compreendeu suas implicações (JURDI *et al.*, 2014).

É imprescindível dar atenção a esta equipe, pois é ela quem acompanha, na maior parte do tempo, estas crianças e acaba sendo a referência de adulto mais próxima que o sujeito acolhido possui. Assim, a literatura tem cada vez mais direcionado atenção aos cuidadores, chegando, inclusive, a constatar que frequentemente eles estão mais preocupados com a rotina da instituição, que inclui dar banho, alimentar, tarefas domésticas (JURDI *et al.*, 2014), que com o próprio desenvolvimento infantil.

Neste sentido, é importante que se atente para as atitudes dos cuidadores e sua interação com o sujeito acolhido, o que justifica que, para intervir na qualidade de vida e promoção de bem estar das crianças, é necessário também trabalhar com os adultos que o cercam. Pensando nisso, Bernardes e Marin (2019) propuseram uma intervenção com um grupo de cuidadoras, provocando reflexões sobre seu papel no acolhimento e concepções a cerca de seu trabalho e da criança, onde os profissionais destacaram escassez de assistência e investimento em educação continuada. As educadoras avaliaram que o espaço do grupo possibilitou momentos para pensar sobre o seu fazer, bem como permitiu dividir sentimentos como frustração e tristeza, avaliando como positiva a sistematização dos encontros.

A literatura estudada foi unânime ao afirmar que as ações executadas no âmbito institucional foram relevantes para o contexto educacional, através da melhoria da convivência, crescimento dos laços afetivos, mudanças de posturas e condutas dos cuidadores, permitindo a ampliação da capacidade de expressão e o manejo de situações conflitivas a partir do brincar, contribuindo, assim, para o bem-estar dos sujeitos assistidos (BARTH *et al*, 2012; SANTOS *et al.*, 2010). Desta forma, pode-se afirmar que uma intervenção adequada às necessidades e características da população-alvo, implantada em idades precoces do desenvolvimento e realizada em colaboração com os diferentes agentes educativos, centrando-se no processo de empoderamento da criança parece trazer benefícios (PIMENTEL *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

Dado o exposto, observa-se a relevância de ações de Educação em Saúde para o adequado desenvolvimento de crianças institucionalizadas. Contudo, é necessário levar em consideração que, apesar dos benefícios alcançados, todas as intervenções desenvolvidas possuíam caráter transitório, em um cenário em que indivíduos estão constantemente sujeitos a eventos estressores, o que fundamenta a necessidade de ações permanentes, levando em consideração que se tratam de crianças que estão totalmente à luz das políticas públicas. Desta forma, existe a necessidade do desenvolvimento e aprimoramento de políticas públicas que assistam essa demanda e que estejam adequadas à realidade desta população, respeitando seus direitos e considerando o conceito ampliado de saúde.

No mais, foi verificado ausência do fonoaudiólogo nas equipes de intervenção, apesar de frequentes alterações de linguagem oral e escrita neste público. Este dado desvela a importância de futuros estudos a respeito e traz a tona questões como: quais seriam as implicações da intervenção fonoaudiológica neste grupo de risco? Existem impactos fonoaudiológicos ainda não relatados na literatura?

Por fim, evidencia-se a impossibilidade de alguns setores, por si só, atenderem e alcançarem as transformações necessárias. Compreendendo a Educação em Saúde como um processo e dado o aspecto multifacetado da institucionalização, é imprescindível que diferentes agentes e diferentes ciências atuem na modificação dos determinantes e condicionantes de saúde

da população em estudo, com ações que envolvam a comunidade, de maneira interdisciplinar, através de uma troca de saberes constante.

REFERÊNCIAS

- ABAID, J.L.W. *et. al.* Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. **Universitas Psychologica**, v. 9, n. 1, p. 199-212, 2010.
- ABREU, S.R. Crianças e adolescentes em situações de risco no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 1, p. 5-6, 2002.
- ALVES, A.G.F; LEMGRUBER, K.P. Acolhimento institucional: O relato de experiência de estágio em uma casa de acolhimento de crianças. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 4, n. 3, p. 32-45, 2018.
- BACKES, D.S. *et. al.* Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia**, v. 15, n. 2, p. 277-289, 2016.
- BARTH, F.L.B. *et. al.* O brincar como espaço de prevenção e intervenção psicológicas em crianças e adolescentes. **Barbarói**, v. 1, n. 37, p. 235-250, 2012.
- BERNARDES, J.W; MARIN, A.H. Intervenção com educadoras sociais no contexto de acolhimento institucional: relato de experiência. **Revista SPAGESP**, v. 20, n. 2, p. 117-130, 2019.
- BUFFA, C.G. *et. al.* Vivências de exclusão em crianças abrigadas. **Psicologia: teoria e prática**, v. 12, n. 2, p. 17-34, 2010.
- CORDOVIL, C. *et. al.* Resiliência em crianças e adolescentes institucionalizados. **Acta Medica Portuguesa**, v. 24, n. 1, p. 413-418, 2011.
- COSTA, C.C. *et. al.* Perfil biopsicossocial de crianças e adolescentes institucionalizados. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 17, p. 1-7, 2019.
- DESTRO, C.M.A; SOUZA, L.A.P. Linguagem oral e escrita em adolescentes infratores institucionalizados. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 6, p. 1020-1027, 2012.
- FEUERWERKER, L.C.M; SENA, R.R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida. **Revista Olho Mágico**, v. 5, n. 18, p. 5-6, 1999.
- FIGUEIRA, M.C.S; SOUZA, J.S; FARIAS, E.J.S. *Práticas educacionais em saúde com crianças de creche no município de Santarém-PA: um relato de experiência.* **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 5, n. 4, p. 01-04, 2015.
- FRANCO, E.C; LOPES, A.C; LOPES-HERRERA, S.A. Linguagem receptiva e expressiva de crianças institucionalizadas. **Revista CEFAC**, v.16, n. 6, p. 1837-1841, 2014.
- GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.
- HALPERN, R; FIGUEIRAS, A.C.M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004.
- JURDI, A.P.S. *et. al.* Oficinas lúdicas: favorecendo espaços de encontro para crianças abrigadas. **Revista Ciência em Extensão**, v.10, n.1, p. 62-71, 2014.

- KAPPLER, S.R; MENDES, D.M.L.F. Trocas Afetivas de Crianças em Escolha Institucional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. 1, p. 1-13, 2019.
- LEANDRO, V.A; PEREIRA, A.M.S. Intervenção em terapia ocupacional em casas-lares com crianças pré-escolares vítimas de violência Doméstica: relato de experiência. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, v. 17, n.1, p. 53-62, 2009.
- LIMA, A.K.P; LIMA, A.O. Perfil do desenvolvimento neuropsicomotor e aspectos familiares de crianças institucionalizadas na cidade do Recife. **CES Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 11-24, 2012.
- MISQUIATTI, A.R.N. *et. al.* Desempenho de vocabulário em crianças pré-escolares institucionalizadas. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 3, p. 783-791, 2015.
- NÓBREGA, J.N; MINERVINO, C.A.S.M. Análise do nível de desenvolvimento da linguagem em crianças abrigadas. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 65, p. 219-226, 2017.
- PIMENTEL, A.F.C. *et. al.* Avaliação de um programa de promoção da saúde mental com crianças institucionalizadas. **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 2, p. 218-234, 2015.
- PINHEL, J; TORRES, N; MAIA, J. Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. **Análise Psicológica**, v. 27, n. 4, p. 509-521, 2009.
- PINTO, A.C.B; LIMA, E.O; COSTA, A.B.V. Um espaço para ser: sociopsicodrama em um abrigo para crianças. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 17, n. 1, p. 137-154, 2009.
- POLO, C.K; OLIVEIRA, V.B. Intervenções do lúdico-musical frente ao stress de crianças abrigadas, vítimas de violência doméstica. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 80, n. 1, p. 210-230, 2011.
- RABY, K.L. *et. al.* Enhancing the language development of toddlers in foster care by promoting foster parents' sensitivity: Results from a randomized controlled trial. **Developmental Science**, v. 22, n. 2, p. 1-9, 2018.
- SANTOS, B.C.A. *et. al.* Características emocionais e traços de personalidade em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas. **Boletim de Psicologia**, v. 60, n. 133, p. 139-152, 2010.
- SANTOS, B.P. *et. al.* Contribuições da terapia ocupacional na atenção a crianças institucionalizadas vítimas de violência sexual. **Revista do NUFEN**, v. 2, n. 2, p. 75-89, 2010.
- SILVA, M.I; PELAZZA, B.B; SOUZA, J.H. Educação e saúde: relato de experiências de ações educativas para saúde em comunidades socialmente vulneráveis. **DiversaPrática**, v. 3, n. 1, p. 17-40, 2016.
- SIQUEIRA, A.C.; DELL'AGLIO, D.D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicologia & sociedade**, v.18, n.1, p.71-80, 2006.
- SIQUEIRA, A.C; DELL'AGLIO, D.D. Crianças e adolescentes institucionalizados: desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio social. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 407-415, 2010.
- SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- TORQUATO, J.A. *et. al.* Prevalência de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor em pré-escolares. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 2, p. 259-268, 2011.

Capítulo 40

INTERAÇÃO DOS SABERES E PRÁTICAS EXPERIENCIADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE O ENFRENTAMENTO DA COVID-19

INTERACTION OF KNOWLEDGE AND EXPERIENCED PRACTICES IN PRIMARY CARE DURING COVID-19 FACING

Estherfane Ribeiro de Lima¹
Isabel Comassetto²
Amauri dos Santos Araujo³
Diana Hadaça de Lima Araújo Vilela⁴
Mileyse da Silva Acácio⁵
Igor Michel Ramos dos Santos⁶
Nathalia Comassetto Paes⁷

RESUMO: Objetivo: relatar a interação dos saberes e práticas experienciadas na atenção primária durante o enfrentamento da COVID-19. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem descritiva, qualitativa, do tipo relato de experiência das estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde da atenção primária a saúde no enfrentamento da COVID-19. **Resultados:** As experiências vivenciadas foram divididas em 3 categorias: 1. Atenção primária à saúde: busca ativa de pacientes sintomáticos com o novo Coronavírus; 2. Unidades de referência para síndromes gripais: respostas emergenciais para o enfrentamento da nova pandemia e 3. Unidades de pronto atendimento: respostas ao cuidado especializado. Essas categorias retratam as ações desenvolvidas pela atenção básica e do trabalho em redes em busca da redução dos agravos da COVID-19. **Considerações Finais:** As estratégias relatadas nesse estudo são reflexos dos avanços ancorados na trajetória da atenção primária à saúde, contribuindo assim para ações que visam minimizar os agravos da COVID-19.

Palavras-chave: Coronavirus. Assistência à Saúde. Triagem; Síndrome Respiratória Aguda Grave.

ABSTRACT: Objective: to report the interaction of knowledge and practices experienced in primary care during coping with COVID-19. **Methodology:** This is a study with a descriptive, qualitative approach, of the experience report type of the strategies developed by health professionals of primary health care in coping with COVID-19. **Results:** The experiences were divided into 3 categories: 1. Primary health care: active search for symptomatic patients with the new coronavirus; 2. Reference units for influenza syndromes: emergency responses to face the new pandemic and 3. Emergency care units: responses to specialized care. These categories portray the actions developed by primary care and working in networks in search of reducing the problems of COVID-19. **Final Considerations:** The strategies reported in this study reflect the advances anchored in the trajectory of primary health care, thus contributing to actions that aim to minimize the problems of COVID-19.

Keywords: Coronavirus. Health Assistance; Screening. Severe Acute Respiratory Syndrome.

¹Enfermeira pelo Centro Universitário Tiradentes. Pós-graduanda em Urgência, Emergência e UTI pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). E-mail: estherfaneribeiro@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: isabelcomassetto@gmail.com.

³Enfermeiro pela Universidade Federal de Alagoas. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: amauriaraujo.sms@gmail.com.

⁴Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas. Mestranda em Enfermagem pelo Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: diana.vilela@ifac.edu.br.

⁵Enfermeira pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: miliacacio@gmail.com.

⁶Concluinte do curso de graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: igor.santos@esenfar.ufal.br.

⁷Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Tiradentes. E-mail: nathalia.comassetto@souunit.com.br.

Introdução

Frente ao cenário da nova pandemia, há a necessidade de contextualizar acerca do enfrentamento das doenças respiratórias agudas crônicas, que configura-se em uma das preocupações atuais da sociedade. Vale salientar que a primeira doença relacionada ao Coronavírus foi registrada no ano de 1912, a peritonite infecciosa felina. Contudo, só nos anos 60 foi associada ao resfriado humano (BELASCO, 2020; LEITNER *et al.*, 2020).

Na atualidade, são seis as espécies de Coronavírus conhecidas que causam doenças em humanos. Quatro dessas (229E, OC43, NL63 e HKU1) causam sintomas comuns de gripe em pessoas imunodeprimidas, e duas espécies (SARS-CoV e MERS-CoV) provocam síndrome respiratória aguda grave com taxas elevadas de mortalidade (BELASCO, 2020).

O SARS-CoV provocou um surto da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) nos anos de 2002 a 2003, na província de Guangdong, China. Em julho de 2003 a pandemia de SARS foi declarada encerrada, após um total de 8.096 casos relatados, incluindo 774 mortes em 27 países (OMS, 2003). Após dez anos, outro coronavírus altamente patogênico, o coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) foi descoberto em países do Oriente Médio. Essa descoberta se deu após uma morte na Arábia Saudita com diagnóstico de pneumonia aguda e insuficiência renal (CUI, 2019).

Em dezembro de 2019, na província de Wuhan, China, surgiram diversos casos de pneumonia de causas desconhecidas, sendo os primeiros indícios da pandemia de COVID-19. Em janeiro de 2020, iniciaram as investigações e identificação do SARS-CoV-2 e a declaração da primeira morte desta pandemia, além de sua disseminação por todos os continentes, ocasionando milhares de mortes no mundo (OMS, 2020a).

A priori, investigou-se a possibilidade dos coronavírus encontrados em animais se desenvolverem e atingirem os humanos, contudo, embora possuam alta similaridade genômica com o SARS-CoV-2, não há uma ligação efetiva ao receptor humano (LEITNER *et al.*, 2020).

Globalmente, até 31 de julho de 2020, foram confirmados 17.321.394 casos de COVID-19 e 673.822 mortes, enquanto no Brasil o número é de 2.610.102 casos confirmados e 91.263 mortes, sendo as regiões Sudeste e Nordeste, respectivamente, as que apresentam o maior número de casos. Quanto a mortalidade, as regiões Norte e Nordeste apresentam as maiores taxas a cada 100 mil habitantes (OMS, 2020b; BRASIL, 2020).

Em decorrência da gravidade da nova pandemia, estratégias como o isolamento social e disponibilização de mais leitos de terapia intensiva foram necessárias para conter a velocidade de propagação do vírus e atender aos que necessitam de cuidados intensivos. Neste cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como fundamental na organização e coordenação do cuidado para o enfrentamento a COVID-19 no Brasil, visto que 80% dos casos são leves e moderados e os acometidos têm a APS como primeiro acesso para cuidados (DUNLOP *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

Segundo Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), o Brasil apresenta uma das maiores experiências sistêmicas de APS no mundo. No modelo de APS, os profissionais de saúde, agentes do processo de trabalho em saúde, são reunidos em equipes multiprofissionais, que serão responsáveis por territórios específicos e populações definidas, estabelecendo a relação entre os instrumentos e os sujeitos-objetos das intervenções realizadas. O avanço mais relevante do Sistema único de Saúde (SUS) enquanto política pública, se deu através da ascensão da APS nas últimas décadas, ancorada na abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo assistencial da atenção primária.

Diante do cenário de pandemia do SARS-CoV-2, é notória a relevância da APS, como estratégia de enfrentamento e controle da doença, seja através da assistência longitudinal ou por meio de ações voltadas à promoção e a prevenção da saúde. Desta forma, a APS desempenha um papel central, uma vez que destina seus cuidados a pessoa e a comunidade, possibilitando assim um olhar ampliado e decisões clínicas mais efetivas, voltadas ao paciente acometido ou suspeito da COVID-19 (SOEIRO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) vêm se destacando frente aos episódios de emergência sanitária, uma vez que utilizam atributos e princípios que regem a atenção básica, como território, o acesso, o estabelecimento de vínculos entre profissional e usuário, a integralidade do cuidado, a vigilância da população vulnerável e o monitoramento dos casos suspeitos e leves. Esses mecanismos são capazes de promover o controle do novo coronavírus e evitar complicações graves do SARS-CoV-2 (DUNLOP *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

Diante do exposto, este estudo traz reflexões sobre a readaptação das equipes, partindo assim, da Atenção Primária à Saúde (APS) para o enfrentamento da nova pandemia, tendo em vista que diante do cenário brasileiro, a APS tem importância crucial na coordenação do cuidado em saúde, não apenas na rotina da população e das comunidades, mas também em tempos de graves crises sanitárias. A abordagem inicia com um breve percurso acerca da busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade, implantação de unidades de triagem para respostas emergenciais e respostas ao cuidado especializado.

Desta forma, este estudo tem como objetivo relatar a interação dos saberes e práticas experienciadas na atenção primária durante o enfrentamento da COVID-19.

Desenvolvimento

Este estudo apresenta uma abordagem descritiva, qualitativa, do tipo relato de experiência, acerca da interação dos saberes e práticas experienciadas na atenção primária durante o enfrentamento da COVID-19. Cabe ressaltar que a adesão de implementação de cuidados frente ao contexto de pandemia, mostra-se como uma das prerrogativas que repercutem positivamente na assistência e na qualidade de vida dos pacientes.

Logo, a criação de estratégias em março de 2020 foi necessária para as melhores respostas de cuidado efetivo no cenário assistencial do enfrentamento do SARVS-CoV-2. Dentre elas, a realização de busca ativa de pacientes sintomáticos com o novo coronavírus em um município do interior de Alagoas, a implementação de Unidades de Referência para Síndromes Gripais como resposta emergencial e assistência em Unidades de Pronto Atendimento para as respostas ao cuidado especializado, na capital do estado de Alagoas.

Ao final da leitura deste artigo, o leitor será capaz de compreender a necessidade das ações frente à nova pandemia; refletir sobre a atuação sistemática das equipes em interfaces com as respostas emergenciais para a promoção do cuidado; realizar a promoção à saúde no contexto de redes, contribuindo para a redução dos agravos no cuidado da COVID-19.

Para tanto, as ações propostas para o público-alvo requerem equipamentos que forneçam subsídios necessários para o desenvolvimento dos casos, conforme apresentação do esquema conceitual, para o leitor.

Esquema Conceitual

1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: busca ativa de pacientes sintomáticos com o novo coronavírus;
2. UNIDADES DE REFERÊNCIA PARA SÍNDROMES GRIPAIS: respostas emergenciais para o enfrentamento da nova pandemia;
3. UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: respostas ao cuidado especializado.

1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: busca ativa de pacientes sintomáticos com o novo coronavírus.

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se em um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Entretanto, sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde, atua de modo coordenado, sendo ordenadora para o cuidado frente as ações e serviços disponibilizados na rede (PNAB, 2017).

Frente a isto, a APS possui função imprescindível no enfrentamento da nova pandemia, sendo que uma das atividades formuladas na APS é a busca ativa - que consiste no rastreamento de pacientes sintomáticos. Cabe ressaltar, que o presente relato traz a experiência de um município do interior do Estado de Alagoas, com 640 casos confirmados de COVID-19, registrados no período de 02 de junho a 15 de julho do corrente ano. Durante as visitas domiciliares na busca ativa, verificou-se um total de 300 pacientes com a sintomatologia para o SARVS-CoV-2, apresentando febre, tosse, mialgia, diarreia e principalmente anosmia/hiposmia e ageusia. Foi

realizada a triagem, verificando a temperatura, oximetria de pulso e um roteiro de perguntas quanto à sintomatologia, comorbidades, medicamentos em uso contínuo, internações e/ou cirurgias recentes.

A busca ativa ocorreu da seguinte forma: os profissionais que trabalham na Equipe de Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (ABS) possuem área adscrita, que possibilita um maior conhecimento sobre as áreas onde foram realizadas as visitas. Com auxílio do agente de saúde (ACS), a enfermeira se reunia perguntando sobre a quantidade de famílias e principalmente dos pacientes que apresentaram sintomas e estavam sendo monitorados – fato que concerne a contemplar o município com maior número de casos por busca ativa.

Com esta percepção, e a partir das orientações realizadas de acordo com os achados clínico-epidemiológicos, nota-se que a maioria dos entrevistados reconhece a importância de buscar os Centros de Atenção às Síndromes Gripais (CSG) caso apresentasse sintomatologia leve e/ou desconforto respiratório. Destaca-se, que durante as buscas foi estabelecida como prioridade nas avaliações o nível de saturação (SpO₂) <93% e sintomatologia de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Os casos leves normalmente são direcionados aos CSG e a depender da gravidade, encaminhados para unidades com maior suporte para o desenvolvimento dos casos mais graves.

Durante as buscas foi notório o desconhecimento dos usuários quanto às orientações preconizadas, muitos tiveram sintomas e se trataram em domicílio com medicamentos sem prescrições, chás, vitamina C, entre outros, os saberes populares. Outros referiram que não foram a procura do CSG por receio para não contrair a COVID-19. Não obstante, ao dialogar com os usuários durante a busca ativa, foi observado que a maioria não possuía estudo em nível superior, eram pessoas de nível fundamental e médio, o que suscitou também na desinformação e incompreensão da gravidade que a doença acarreta.

Deste modo, na tentativa de mitigar a ocorrência de fatos ocorridos como a desinformação, a atuação do enfermeiro é imprescindível em situações como esta. Pois, através de orientações, do uso do pensamento crítico e a tomada de decisões, o enfermeiro consegue reverter o quadro do paciente que refere essa insciência, adotando medidas preventivas tanto para o bem do cliente quanto para a família e a coletividade humana, principalmente frente à pandemia do SARS-CoV-2, tornando essas medidas preventivas mais eficazes incluindo a enfermagem como uma potencialidade que garante sua diferenciação funcional no sistema de saúde.

Destarte, a busca ativa utilizada como um método para rastrear pacientes sintomáticos com coronavírus foi considerado efetivo e com resultados positivos no combate a pandemia no município, evitando que os casos leves evoluíssem a complicações de gravidade, e oferecendo maior suporte a estes, bem como as orientações imprescindíveis e as dúvidas que eles referiam.

2. UNIDADES DE REFERÊNCIA PARA SÍNDROMES GRIPAIS: respostas emergenciais para o enfrentamento da nova pandemia

Partindo do contexto vivenciado frente à pandemia pela COVID-19, cabe ressaltar que mecanismo de ação para o enfrentamento necessita da criação de respostas emergenciais no âmbito global. Entretanto, condições que abordem este cenário a fim de organizar e otimizar as estratégias devem ser articuladas conforme as necessidades da população.

Contudo, em todo o Brasil foram criadas unidades de atendimento para o cuidado da população com sintomatologia gripal. À vista disto, no cenário da APS, a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, frente aos atos regulatórios implementa as Unidades de Referência para Síndromes Gripais (URSG), em pontos estratégicos para melhor acesso da população de acordo com a localização distrital e necessidade de cobertura de atenção à saúde frente ao vazio assistencial existente para os municípios nessas áreas distritais.

Logo, a articulação com as ações de atenção à saúde para os casos suspeitos e casos leves do SARVS-CoV-2, requer a elaboração, pactuação e implementação de um plano de contingenciamento para o enfrentamento da pandemia. Assim sendo, tendo em vista a garantia de assistência segura e equânime de caráter integral e responsável para a saúde da população, as unidades organizam a assistência prestada aos seus usuários, em face da alta transmissibilidade da COVID-19.

Diante o exposto e com o surgimento da necessidade de readaptação das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para acolhimento e triagem dos casos suspeitos foi necessária para a implementação das URSG no Município. Partindo desta percepção, observa-se o aumento da demanda na assistência prestada nas unidades frente à infecção pelo novo coronavírus. Contudo, os casos atendidos e observados nas unidades, apresentam sintomatologia clínica diferenciada (febre, tosse, coriza, dor de garganta, cefaléia, mialgia, artralgia, ageusia, anosmia, dificuldade respiratória) de acordo com o que se preconiza pelo Ministério da Saúde seguindo Protocolo de Manejo Clínico.

Para o funcionamento adequado e com assistência de qualidade foi necessário a elaboração e implementação de Protocolo de Manejo Ambulatorial de Pacientes com Síndrome Gripal e instrumentos do tipo *Bundle* para a padronização e normatização do contexto. Logo, a implementação da metodologia *Fast Track* para agilidade no atendimento em momentos de grandes fluxos e funcionamento das unidades, inclui o seguimento de rigor metodológico para a segurança e qualidade do cuidado.

Entretanto, a adesão de implementação de cuidados desta natureza frente ao contexto de pandemia, mostra-se como uma das prerrogativas que repercute de modo positivo na assistência e na qualidade de vida dos pacientes. Por isso, a proposta para o desenvolvimento do atendimento em caráter ambulatorial especializado para a população requer instrumentos que forneçam subsídios necessários para o desenvolver dos casos nos equipamentos de saúde no cenário da APS.

2.1. Fluxo de pacientes casos suspeitos da COVID-19

A metodologia *Fast Track*, adaptada para a operacionalização e funcionalidade da unidade, traz passos simples: Primeiro - na recepção da unidade, o Agente de Acolhimento faz a identificação das necessidades do paciente, bem como aferição de temperatura com termômetro digital – infravermelho, dispensação de máscara cirúrgicas para os casos suspeitos e de álcool em gel nas mãos e logo, são encaminhados para o preenchimento da “Ficha de atendimento ao Paciente com Síndrome Gripal”, seguido da triagem/avaliação de sinais vitais pelo Técnico em Enfermagem e a avaliação/condução pelo Enfermeiro a partir da sintomatologia clínica avaliada.

No segundo momento, quando o enfermeiro faz esta avaliação, o paciente é encaminhado para o consultório médico. Após este momento, enquanto em um dos consultórios o médico atende o paciente que foi avaliado pela equipe de enfermagem, em outro consultório, se faz o primeiro atendimento do próximo paciente, caracterizando assim, o terceiro passo.

Feito o atendimento conforme necessidades e condição clínica, é realizada a classificação final como: caso suspeito, confirmado laboratorialmente, confirmado epidemiológico ou descartado; assim, o médico direciona para a sala de medicação e/ou dispensação de medicação na farmácia, realização de exames laboratoriais e de imagem que julgar necessário de acordo com a clínica ou é encaminhado para alta com orientações para o isolamento domiciliar ou não, e logo, é redirecionado para recepção, e encerra-se o quarto passo de operacionalização do cuidado.

Dentre as ações, têm-se implementado testagem rápida para a COVID-19, exames laboratoriais do tipo hemograma, Proteína C reativa (PCR), uréia, creatinina, transaminase, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA), Tempo de Protrombina (TP), D-Dímero, Desidrogenase Láctica no Líquor (DHL), glicose e sumário de urina, bem como encaminhamento referenciado para exames diagnósticos de Raio-x, Eletrocardiograma, Ultrassonografia e Tomografia Computadorizada.

Conforme rotina implementada, a testagem (teste rápido) dos pacientes é realizada após avaliação e conduta médica de acordo com os critérios estabelecidos para detecção dos casos - a partir do manejo clínico e oitavo dia de sintomatologia. Reitera-se que para o desenvolvimento das atividades, as unidades contam com um quadro de pessoal composto por enfermeiros, técnicos em enfermagem, técnicos em laboratório, auxiliares administrativos e de farmácia, farmacêuticos, médicos, além de direção e apoio de direção. É sabido que frente a necessidade de prevenir o cansaço e adoecimento meio a jornada diária de horas ininterruptas trabalhadas os profissionais foram recrutados para atuar em regime de escala, conforme as necessidades da unidade e o que se estabelece as normas trabalhistas.

Desta forma, na assistência prestada, além de ações como as supracitadas, implementa-se a sala de observação com oferta de oxigênio medicamentoso, monitoração de sinais vitais e avaliações sistemáticas de acordo a necessidade do paciente para intervenções, altas ou encaminhamentos para unidades com maior suporte para o desenvolvimento dos casos - Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais contratualizados, e cuidados de abrangência no

contexto da atenção primária frente as ações para as respostas emergenciais no enfrentamento do SARVS-CoV-2.

3. UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: respostas ao cuidado especializado em redes

O município de Maceió/AL conta com 04 (quatro) Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de porte III, para a população. Logo, cabe ressaltar que duas dessas unidades são gerenciadas por Organização Social (OS) e pactuação na esfera de gestão municipal. As demais são de governabilidade e gerenciamento da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas (SESAU-AL). Frente ao cenário da pandemia e as necessidades de organização dos serviços para a prestação de cuidados, as UPAs foram reorganizadas para disponibilizar um total de 51 leitos – clínicos e intermediários - exclusivos para pacientes com a COVID-19.

Para atender a demanda frente ao vazio assistencial presente no cenário da pandemia, cabe ressaltar que bairros populosos tendem a apresentar maiores concentrações nos serviços de saúde. Ressalta-se que a UPA localizada no bairro mais populoso do município possui um número de atendimento que ultrapassa mais de 300 pacientes/dia dispondo das especialidades clínica geral, ortopedia, pediatria e odontologia, contando com condições de informatização para agilidade, segurança e qualidade assistencial em seus 19 leitos clínicos (15 área amarela e quatro na área vermelha) e dois leitos de isolamento.

Durante o processo de reorganização do serviço, foram disponibilizados cinco leitos de UTI intermediários (área vermelha) e oito leitos clínicos (área amarela), exclusivamente para pacientes com coronavírus, bem como, foi necessário reorganizar os espaços físicos da unidade. Dentre as mudanças, foi necessário: criação de uma classificação de risco e consultório médico exclusivo para atendimento de pacientes casos suspeitos de SARVS-CoV-2 e diminuição dos números de cadeiras do refeitório (de 12 para seis) objetivando manter o distanciamento entre os colaboradores; sala de espera para que os colaboradores possam fazer o teste para COVID-19 (coleta de nasofaringe) e o isolamento da sala de nebulização enquanto durar a pandemia.

Com relação às mudanças dos protocolos institucionais estão: o uso obrigatório de máscara por todos os profissionais dentro da unidade de saúde, treinamento de todos os profissionais sobre COVID-19 e como prestar atendimento aos pacientes acometidos pelo vírus, a paramentação obrigatória de todos os profissionais que atuam na área amarela (capote, luvas, máscara N95, máscara cirúrgica, óculos ou protetor facial), o distanciamento de 1m entre os colaboradores no refeitório e proibição de aglomeração dos profissionais na unidade.

Os casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 podem chegar à unidade por meios próprios ou referenciados por outros serviços, como as URSG. Os pacientes com sintomatologia leve: febre, coriza, diarreia, cefaleia e mialgia são atendidos no consultório COVID, coletam os exames (RT-PCR, hemograma, eletrocardiograma) na área amarela, assinam um termo de

responsabilidade e as pessoas são orientadas a fazer isolamento social com seus familiares e, caso haja piora de sintomatologia, são orientados a retornar ao serviço.

Já os casos atendidos, considerados graves ou muito graves, são alocados imediatamente nas áreas amarela COVID ou vermelha COVID, respectivamente. A sintomatologia mais comum desses pacientes são dispneia e saturação (SpO₂) <93% - o que significa que há necessidade de oxigenoterapia e monitorização da saturação sanguínea de oxigênio até que haja melhora do quadro clínico. Esses pacientes são alocados nos leitos e iniciam a oxigenoterapia por meio de cateter nasal tipo óculos e com no máximo 06L/min, em outros casos, é usado a máscara não reinalante com até 15l/min. Essas duas formas de fornecer oxigênio suplementar ao paciente são as mais seguras, pois não favorecem a formação de aerossóis. Existindo melhora clínica com a junção de medicação e oxigenoterapia, os pacientes ficam em observação e iniciam gradativamente o desmame de oxigênio - processo acompanhado e monitorado pela equipe. Se há possibilidade do quadro se agravar, e com isso o tempo de internamento aumente para mais de 24h, é iniciado então o processo de regulação de leitos, que é coordenado pela central de regulação de leitos da SESAU-AL.

Quando o quadro da paciente não apresenta melhora clínica com oxigenoterapia e medicação, o paciente é levado para a área vermelha COVID - realizado cardiomonиторamento e oximetria de pulso contínua, avaliação de sinais vitais de hora em hora – com a presença de Técnicos de Enfermagem no setor exclusivamente para o cuidado desses pacientes.

Se o quadro clínico do paciente se agrava acarretando em queda de saturação (SpO₂ <90%) e rebaixamento do nível de consciência, é discutido o caso com a equipe médica quanto a necessidade de intubação orotraqueal rápida. Cabe ressaltar que todos os pacientes que são admitidos na área vermelha COVID são automaticamente regulados para serem transferidos para leitos hospitalares de UTI ou CTI pela central de regulação.

Foi justamente a necessidade de internação por mais de 24h dos pacientes acometidos pelo SARVS-CoV-2 que modificou o perfil da UPA. Antes, o serviço apresentava resolutividade quase que sua totalidade de casos em até 24h, porém, com a necessidade de reorganização do serviço para o enfrentamento da pandemia, foi necessário manter a unidade de internamento e incorporar rotina diária de higiene dos pacientes, refeições diária, prescrição médica diária e treinamento da equipe de enfermagem sobre rotina de internação.

Assim, frente ao crescente número de casos confirmados de COVID-19 que necessitam de intervenção e a falta de leitos hospitalares para transferências, provocou fechamento da unidade para os casos de síndromes gripais por repetidas vezes durante o pico de casos nos meses de maio e junho de 2020. Pois a abertura do serviço estava condicionada a liberação dos leitos das áreas de tratamento para o SARVS-CoV-2.

Outrossim, com a mudança do cenário assistencial no enfrentamento da pandemia, foi necessário o afastamento temporário de profissionais dos grupos de risco dos setores da área amarela e vermelha COVID – o que gerou sentimentos mistos dos profissionais, seja pelo medo

de se infectar, seja pela mudança da rotina da unidade, bem como, pela separação das equipes de trabalho imposta pelas circunstâncias vivenciadas.

Considerações Finais

A reorganização dos serviços de saúde para o enfrentamento da nova pandemia tem sido desafiadora para implementação de ações e práticas assistenciais no contexto da APS. Deste modo, em decorrência da gravidade, as estratégias utilizadas na APS são reflexos dos avanços ancorados na trajetória do principal modelo de assistência à saúde.

Por conseguinte, atributos para a interação de saberes e práticas são notórios frente à sistemática atuação de reorganização para o cuidado em interface as respostas emergenciais para a promoção à saúde de pessoas infectadas pela COVID-19. Destarte, observa-se que as ações utilizadas versão a condições imprescindíveis para minimizar agravos aos casos leves. Condições estas, que otimizam e organizam as respostas para o desenvolvimento dos casos nos equipamentos de saúde no enfrentamento do SARVS-CoV-2.

Referências

BELASCO, A.G.S.; FONSECA, C.D. Coronavírus 2020. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 73, n. 2, e2020n2, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200100&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 de julho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-_do_ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017. Acesso em: 24 julho 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel Coronavírus.** Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

CUI, JIE; LI, FANG; SHI, ZHENG-LI. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. **Nature Reviews Microbiology.** Volume 17, pages 181–192. 2019. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41579-018-0118-9>. Acesso em: 27 de julho de 2020.

DUNLOP, C. *et al.* The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, jan. 2020. Disponível em: <https://bjgpopen.org/content/bjgpoa/4/1/bjgpopen20X101041.full.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2020.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 de jun. 2020.

LEITNER, T. *et al.* Where Did SARS-CoV-2 Come From?. **Molecular Biology and Evolution**, julho de 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/mbe/article/doi/10.1093/molbev/msaa162/5867918>. Acesso em: 13 jul. 2020.

SARTI, T.D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020166. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n2/2237-9622-ress-29-02-e2020166.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2020.

SOEIRO, R.E. *et al.* Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. **InterAm J Med Health**, Campinas, v. 3, e202003010. 2020. Disponível em: <https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/83>. Acesso em: 13 jul. 2020. OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Linha do tempo da resposta da OMS ao COVID-19**. Genebra: OMS, 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>. Acesso em: 14 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Painel da Doença de Coronavírus da OMS (COVID-19)**. Genebra: OMS, 2020b. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 14 jul.2020.

WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. **World Health Organization**, 2020.. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 14 de jul de 2020.

Capítulo 41

MARCOS HISTÓRICOS E LEGISLATIVOS QUE SUSTENTAM A IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Lázaro Heleno Santos de Oliveira¹
Anna Alleska Silva Santos²
Ellen Beatriz Moura Barbosa³
Lavínia Correia do Rozário Amorim⁴
Lizandra Kelly Alves da Silva⁵
Givânia Bezerra de Melo⁶
Ana Paula Rebelo Aquino Rodrigues⁷

RESUMO: A saúde mental é um componente indispensável da Rede de Atenção à Saúde, sendo imprescindível para uma atenção integral. Portanto, deve-se fomentar a implementação e efetivação da assistência em saúde mental no âmbito da atenção básica. Para isso, é necessário o desenvolvimento dos conhecimentos dessa área no primeiro nível de atenção à saúde. Esse estudo tem como objetivo refletir sobre os principais marcos históricos e legislativos que sustentam a implementação da atenção psicossocial no âmbito da atenção primária à saúde. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, composta por publicações entre os anos de 2008 e 2020. A pesquisa apontou que foram necessários vários acontecimentos para que chegássemos ao modelo de assistência em saúde mental atual. Conforme os avanços das conquistas nessa área, se fortaleceram as concepções acerca da territorialização dos serviços, o que proporcionou a implementação e expansão da atenção psicossocial no âmbito da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Serviços de saúde mental. Saúde pública.

ABSTRACT: Mental health is an indispensable component of the Health Care Network, and it is essential for comprehensive care. Therefore, the implementation and effectiveness of mental health care within the scope of primary care should be encouraged. For this, it is necessary to develop knowledge in this area at the first level of health care. This study aims to reflect on the main historical and legislative milestones that support the implementation of psychosocial care within the scope of primary health care. It is a narrative review of the literature, composed of publications between the years 2008 and 2020. The research pointed out that several events were necessary for us to arrive at the current mental health care model. As advances in the achievements in this area, conceptions about the territorialization of services have strengthened, which has provided for the implementation and expansion of psychosocial care within the scope of primary health care.

Keywords: Mental health. Primary health care. Mental health services. Public health.

Introdução

A saúde mental é um componente importante da saúde, em que o indivíduo se sente em um estado de bem-estar que o permite desenvolver suas próprias habilidades, realizar um trabalho produtivo, lidar com as situações difíceis da vida e contribuir com a sua comunidade. Uma saúde mental prejudicada pode estar relacionada a diversos fatores sociais e biológicos, como

¹ Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT/AL). E-mail: lazarooliveria99@hotmail.com

² Graduanda em Psicologia pelo UNIT/AL. E-mail: annaalleska@gmail.com

³ Graduanda em Enfermagem pelo UNIT/AL. E-mail: ellen.beatriz26@outlook.com

⁴ Graduanda em Enfermagem pelo UNIT/AL. E-mail: laviniaamorim20@gmail.com

⁵ Graduanda em Enfermagem pelo UNIT/AL. E-mail: lizandraks@hotmail.com

⁶ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e professora do Curso de Enfermagem do UNIT/AL. E-mail: givanya@hotmail.com

⁷ Enfermeira, Mestre em Ensino na Saúde pela UFAL e professora do Curso de Enfermagem do UNIT/AL. E-mail: apaularebelo@hotmail.com

rápidas mudanças sociais e problemas físicos de saúde. Há também fatores psicológicos e de personalidade específico que tornam o indivíduo suscetível a desenvolver transtornos mentais (ONU, 2016).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os transtornos mentais comumente são definidos por um conjunto de emoções, pensamentos, comportamentos e percepções anormais, podendo também prejudicar as relações interpessoais. Dentre os transtornos estão a demência, depressão, psicoses, deficiência intelectual e transtorno de desenvolvimento (OPAS, 2018).

As primeiras anotações sobre patologias psiquiátricas foram encontradas em papiros egípcios aproximadamente 2.000 a.C, onde a histeria era definida pela ideia de que o útero seria um ser vivente independente que podia se mover pelo corpo, devido à falta de funcionamento sexual. Os filósofos gregos acreditavam que as doenças mentais tinham causa natural. Porém, na Idade média esta ideia foi descartada, os doentes mentais passaram a ser considerados pessoas possuídas, em consequência disso eram exorcizados e até mesmo condenados à fogueira (WANG; LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

Foi no século XII que os indivíduos com doenças mentais foram reconhecidos como objeto da psiquiatria, surgindo os locais para o cuidado dessas pessoas. Devido a fundação destes hospitais psiquiátricos e casas de saúde, este momento ficou conhecido como a Primeira Revolução Psiquiátrica. No século XIX, Freud desenvolveu a psicanálise como meio para investigar as significações inconsciente através da livre associação (WANG; LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

O século XX foi marcado por acontecimentos importantes em relação ao tratamento da pessoa com transtornos mentais no interior dos hospitais psiquiátricos “manicômios”. Na década de 1930, empregavam-se práticas como a indução de convulsões para tratamento da esquizofrenia e a lobotomia, as quais expunham os pacientes de maneira degradante (WANG; LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

No Brasil, por muitos anos, o cuidado ocorria através de internação em manicômios e o paciente interno só seria liberado quando estivesse “curado”, isto é, quando não oferecesse “perigo” a sociedade. Regularmente, os tratamentos eram principalmente medicamentosos e, na prática, muitos pacientes nunca recebiam alta hospitalar, passando anos de suas vidas dentro de hospitais (TAVARES; CASABURI; SCHER, 2019).

Também há relatos que, além do tratamento habitual, os internos vivenciavam diversos tipos de maus-tratos, tal como agressões psicológicas, sexuais e físicas. Os pacientes eram ainda submetidos a viver em ambientes superlotados e em ambientes insalubres, com péssimas condições de higiene (TAVARES; CASABURI; SCHER, 2019).

Nesse contexto, foi instituída a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que é caracterizada como um conjunto de propostas que realizavam um questionamento sobre o modo como a loucura era tratada no país, tendo seu início a partir da afirmação que o modelo manicomial, que tratava a

loucura como um problema médico, deveria ser extinto, pois violava os direitos humanos (SANTOS; FONSECA; KYRILLOS NETO, 2020).

A Reforma é considerada um movimento sociopolítico, que ocorreu na área da saúde pública. Dentro de uma visão geral da gestão de políticas públicas, esse movimento identifica-se como uma legislação em saúde mental, na década de 1990, a partir da Declaração de Caracas (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Neste aspecto, ressalta-se ainda algumas conferências que contribuíram de forma significativa para avanços na assistência na Saúde Mental, entre eles: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) (HIRDES, 2009).

No campo legislativo, um marco importante para a Reforma Psiquiátrica foi o projeto de Lei 3.657/1989 de Paulo Delgado que propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras formas de assistência no território, além de dispor sobre o tratamento mais humanizado as pessoas com transtornos mentais (BARROSO; SILVA, 2011).

Apenas em 2001 essa legislação foi promulgada como a Lei Federal sob o nº 10.216 (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012). Ela assegura a proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos, a preferência pelos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos e ainda dispõe sobre o funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações compulsórias (BARROSO; SILVA, 2011).

De acordo com Alves e colaboradores (2020), a reforma psiquiátrica reflete em diversos avanços, entretanto, possui peculiaridades distintas no contexto de atenção à saúde. É possível afirmar, que o fato da atenção primária não ser o foco da assistência durante muitos anos em um sistema baseado em níveis secundários, a saúde mental não foi impactada de fato por mudanças estruturais sobre a morbimortalidade e ainda persiste na prática um modelo asilar de assistência.

O autor relata ainda que no Brasil, a reforma psiquiátrica não será capaz de romper as problemáticas impostas por esse modelo estrutural, sem uma intervenção severa sobre a concepção de 'Estado protetor' diante da atenção psicossocial. Esses indivíduos necessitam de uma atenção integral à saúde, portanto, deve-se proporcionar a implantação e efetivação da rede de cuidados voltada a saúde mental, com a inclusão desses cuidados na atenção básica, para assim ser possível a consolidação de mudanças reais nesse contexto (SOUZA; RIVERA, 2010).

Nesse sentido, toda pauta em discussão é indispensável para compreender e conquistar causas das ciências biológicas, sendo de conhecimento geral as informações e valores dos avanços positivos, visto através dos resultados obtidos após confrontos em prol de mudanças no modelo de saúde mental do Brasil, isto reveste-se de particular importância não só para o país, como também para a saúde mental global (ALMEIDA, 2019).

Diante disso, surge a necessidade da produção de estudos que possam contribuir com o desenvolvimento dos conhecimentos acerca da saúde mental no primeiro nível de atenção à saúde. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo refletir sobre os principais marcos

históricos e legislativos que sustentam a implementação da atenção psicossocial no âmbito da atenção primária à saúde.

Desenvolvimento

Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no mês de julho de 2020. A pesquisa segue o que é definido por Vosgerau; Romanowski (2014), que caracterizam os estudos de revisão como uma forma de organizar, esclarecer e resumir as obras de literatura existentes e relevantes em uma determinada área.

O processo de construção desse trabalho ocorreu, inicialmente, a partir de levantamentos nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da saúde (BVSM), Repositório Científico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram empregados como descritores: Saúde mental; Atenção primária à saúde; Serviços de saúde mental e Saúde pública, de acordo com o DeCS (Descritores de Ciências da Saúde).

Foram incluídos nesta pesquisa, publicações disponíveis eletronicamente na íntegra, em língua portuguesa, datados de 2008 a abril de 2020, também foram utilizados dados referentes a legislação, como leis e portarias. Os critérios de exclusão foram: resumos, teses e estudos com resultados incompletos ou que não atendessem ao objetivo da pesquisa.

Resultados e discussão

Os estudos apontam que a evolução dos serviços de saúde mental tem sido uma questão que engloba diversos debates entre gestores, profissionais e os indivíduos envolvidos no processo de formulação de políticas públicas nessa área (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019). Segundo Souza; Rivera (2010), a atenção em saúde mental necessita da criação de políticas públicas que sejam intersetoriais e integradas, nesse sentido, reflete na necessidade da consolidação de redes de atenção e serviços de saúde.

Historicamente, tem-se uma cultura do modelo de assistência biomédico instalada nos serviços de saúde, centrado no adoecimento do paciente. São comuns análises fragmentadas do processo saúde-doença, como se ocorresse de forma estática e padronizada. Assim, predominam entre os profissionais a adoção de condutas curativas que desconsidera o contexto no qual o usuário está inserido e os limitam a utilizar os determinantes sociais como apoio na tomada de decisão (ROTOLI *et al.*, 2019).

Ainda segundo Rotoli e colaboradores (2019), quando se trata de saúde mental, para além da abordagem feita ao conceito de saúde como um todo, evidencia-se de maneira mais acentuada a inadequação do modelo biomédico, uma vez que as intervenções arraigadas neste modelo tendem a ressaltar a medicalização, apresentando-a como estratégia prioritária e resolutiva dos problemas psíquicos.

Os autores apontam que aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde, a participação dos gestores e a falta de adesão ao tratamento das pessoas com transtornos mentais foram, em sua pesquisa, os maiores desafios encontrados na Atenção primária no âmbito da saúde mental (ROTOLI *et al.*, 2019). A evidência aponta para a carência de um sistema organizativo que permita a construção de diálogos e trabalhos multidisciplinares, oportunizando o envolvimento e articulação de diferentes estratégias de serviço que podem contribuir para sua efetividade e melhoria.

Diante desse cenário, é importante que os serviços prestados estejam de acordo com as necessidades de seus usuários, logo, as políticas públicas atuais visam a promoção de serviços que estejam adaptados às realidades da população, com tratamentos pautados em uma terapêutica individual, além da implementação de sistemas de atendimento móvel e unidades de saúde próximas à comunidade (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

Essas mudanças no modelo de assistência seguem a premissa da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que é caracterizada como um movimento social e político da saúde pública. Ao longo dos anos essa reforma vem sendo responsável pelo desenvolvimento de novas práticas terapêuticas, com o intuito de incluir os usuários dos serviços de saúde mental no âmbito sociocultural (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Nessa perspectiva, é possível afirmar que essa reforma se configura como um movimento de grande importância para a formação das práticas e políticas públicas em saúde mental do Brasil. Desde sua implementação, a reforma tem colocado em pauta discussões que vão além dos avanços, mas também, questionamentos voltados aos retrocessos de problemas que eram considerados superados, mas que ainda refletem na atualidade (SANTOS; FONSECA; KYRILLOS NETO, 2020).

Porém, ao observar a evolução da reforma psiquiátrica brasileira nas últimas décadas, é possível perceber uma intercalação de períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas em saúde mental, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo e menores desenvolvimentos nessa área (HIRDES, 2009).

Nesse sentido, persistem desafios que devem ser enfrentados, para assim, definir políticas que alcancem os preceitos almejados, em que a assistência em saúde mental seja centrada nas prioridades de cada comunidade. Concomitante a isso, é importante que nesse processo estejam envolvidos todos os atores que permeiam a saúde mental para que haja a construção de condições para a continuidade do que foi alcançado, além de promover melhorias e avanços para a saúde mental (ALMEIDA, 2019).

Uma das estratégias para o enfrentamento dessas questões são as ações de integração entre a atenção básica à saúde e a saúde mental. Estas são fundamentais para a garantia de mudanças positivas nos serviços de saúde, como o exercício matricial, que se caracterizou como um dos principais agentes desses avanços, exigindo maiores diálogos interprofissionais e do compartilhamento de responsabilidades com base nos preceitos de colaboração, tendo em vista um cuidado centrado na integralidade (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

De acordo com Iglesias; Avellar (2019), a implementação do matriciamento oportunizou mudanças significativas no cuidado em saúde mental, em que se destacam as discussões relacionadas aos territórios, na aproximação dos pacientes e na melhor percepção dos profissionais de saúde, que inicialmente apresentavam medo em exercer cuidados para pacientes psiquiátricos na atenção básica.

A partir do desenvolvimento de políticas públicas no âmbito da saúde mental, em 23 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde criou a Portaria nº 3.088 que apresenta-se como um grande marco na promoção de saúde mental no Brasil, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentando a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que se constitui na organização de um sistema de atenção capaz de atender as necessidades de pessoas com sofrimento mental (sendo ele causado por transtorno mental ou não) (BRASIL, 2011).

A RAPS assiste aos que carecem de cuidado específico devido ao uso de drogas, como o crack e o álcool, garantindo a articulação dos serviços necessários (BRASIL, 2011). Também é destinada a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com sofrimento mental, sendo seu funcionamento referência de cuidado e proteção para usuários e familiares. Requer a produção do Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais (BRASIL, 2017a).

Na publicação da portaria que estabelece a RAPS (portaria nº 3.088/2011), fica assegurada a oferta de serviços que vão desde a Atenção Primária à Saúde abarcando a Atenção Psicossocial Especializada até a Atenção Hospitalar. Atualmente, a Portaria de nº 3.588/2017 vigora e intitulou como pontos de atenção as Unidades de Referência Especializadas em Hospital Geral, Hospitais Psiquiátricos Especializados e Hospitais dia (BRASIL, 2017a).

Busca-se, aqui, dar ênfase à Atenção Primária que, sendo esta o primeiro nível de atenção em saúde, é caracterizada como porta de entrada na prestação do serviço. Uma vez que se entende que numa rede de cuidado e proteção às pessoas mentalmente fragilizadas o primeiro contato com profissionais que oferecem assistência em saúde motivará ou não a busca por ajuda e o engajamento em um possível tratamento (BRASIL, 2017b).

A esta justificativa, a Atenção primária em Saúde objetiva a promoção e prevenção em saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, garantindo assistência integral aos usuários. Para isto, a RAPS se configura, neste nível de atenção, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF), Consultórios de Rua e Centros de Convivência e Cultura (BRASIL, 2017b).

É válido ressaltar que, embora a RAPS busque contemplar uma parcela social específica ante a construção histórica de exclusão e desassistência em saúde, esta rede considera e objetiva ampliar o acesso à atenção psicossocial da população como um todo, uma vez que, na Atenção Primária, a promoção de saúde está intrinsecamente relacionada à prevenção (BRASIL, 2017a).

Dessa forma, é notável que ao longo dos anos, a saúde mental se tornou um assunto preocupante, que vem sendo discutido pelos gestores de saúde (SOUZA; AMARANTE;

ABRAHÃO, 2019). No contexto brasileiro, foram necessárias intensas modificações do sistema nacional de saúde, para que fosse possível ser implementada uma política no âmbito da saúde mental, o que proporcionou grandes melhorias no acesso e na qualidade da assistência nesse campo (ALMEIDA, 2019).

Entretanto, ainda é uma problemática que necessita ser tratada de forma rápida e efetiva, onde se fazem necessários cada vez mais investimentos no quesito de expansão dos serviços territoriais. Dessa maneira, é importante aumentar esforços na inclusão das ações de cuidados em saúde mental na esfera da atenção primária à saúde, sendo uma possibilidade de assistência mais acessível, para assim ser possível desenvolver de fato uma atenção psicossocial eficaz (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

Considerações Finais

Percebe-se que foram necessários vários acontecimentos para que chegássemos ao modelo de assistência em saúde mental atual no Brasil. Como o surgimento da RAPS, este marco, fundamentado na Política Nacional de Saúde Mental, surge como asseguração ao processo de saúde desinstitucionalizada, proposto pela Reforma Psiquiátrica.

Conforme os avanços das conquistas nessa área, foram se fortalecendo as concepções acerca da territorialização dos serviços, buscando proporcionar uma maior proximidade dessas aos indivíduos e comunidades, o que proporcionou a implementação e expansão da atenção psicossocial no âmbito da atenção primária à saúde. Com isso, conclui-se que a atenção primária à saúde se configura como uma importante ferramenta para a garantia de um melhor acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Portanto, ao modo em que a Rede de Apoio Psicossocial se fortalece, criam-se diálogos e possibilidades no fortalecimento da saúde mental, pois, bem como exposto na Portaria nº 3.588/2017, o trabalho realizado a partir da articulação dos serviços disponíveis expande o cuidado da intervenção focal para uma intervenção que considera aspectos relacionados ao adoecimento que não serão avaliados na ausência de uma compreensão de caso aprofundada.

Referências

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2020.

ALVES, Daniel Figueiredo de Almeida *et al.* Reforma Psiquiátrica e a Dependência Brasileira: entre o arcaico e o moderno. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 165-179, Abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802020000100165&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2020.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jul. 2020.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, março de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. **Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** **Diário Oficial da União**, v. 22, 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html. Acesso em: 28 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017: Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 28 jul. 2020.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, Feb. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jul. 2020.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matrizes e gestores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, abril de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401247&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jul. 2020.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial. In: **NAÇÕES UNIDAS BRASIL**, 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

OPAS- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa** - Transtornos mentais. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 29 jul. 2020.

ROTOLI, Adriana; et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jul. 2020.

SANTOS, Rodrigo Afonso Nogueira; FONSECA, Thales; KYRILLOS NETO, Fuad. Reforma psiquiátrica e lógica diagnóstica psicanalítica: discussões acerca de uma possível tecitura. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 12 a 20 de abril de 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982020000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2020.

SOUZA, Ândrea Cardoso de; AMARANTE, Paulo Duarte; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1677-1682, Dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601677&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2020.

SOUZA, Ândrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.** [s.l.], v. 4, n. 1, p. 121-132, 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353737>. Acesso em: 27 jul. 2020.

TAVARES, Marcus Luciano de Oliveira; CASABURI, Luiza Elena; SCHER, Cristiane Regina. **Saúde mental e cuidado de enfermagem em psiquiatria**. 1. Ed. Porto Alegre: SAGAH EDUCAÇÃO S. A., 2019, p. 73-74.

VOSGERAU, Dilmeire Sant'anna Ramos; ROMANOWSKI, Joana Paulin. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, [s.l.], v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014. Pontificia Universidade Católica do Parana - PUCPR. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7213/dialogo.educ.14.041.ds08>. Acesso em: 26 jul. 2020.

WANG, Yuan-Pang; LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues; ELKIS, Hélio. História da Psiquiatria. In: LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues *et al.* **Psiquiatria Básica**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 17-26.

Capítulo 42

MODIFICAÇÕES DURANTE O PROCESSO DE FORMAÇÃO DE UM PROFISSIONAL RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Taisa Freire Mororo de Sa¹

Carla Jordana de Oliveira Nascimento²

Antônio Rafael da Silva³

RESUMO: Desde o início da pandemia provocada pelo novo coronavírus, o COVID-19, houve uma corrida intensa das equipes multiprofissionais inseridas nas estratégias de saúde da família para se adequarem as novas recomendações do ministério da saúde. O profissional residente teve que se readequar também conforme as orientações do programa que está vinculado. Objetivou relatar quais foram as modificações no cenário de prática do residente em saúde da família de um município cearense, no período de 01 de abril a 16 de julho de 2020. Trata-se de um estudo descritivo sob a modalidade de relato de experiência. Dentre as principais modificações encontram-se: Realocação do local de prática, cancelamento dos atendimentos domiciliares, individuais e grupais, consultas compartilhadas. Houve migração das atividades presenciais e componentes teóricos de ensino para as ferramentas de comunicação e redes sociais, destacando como o principal recurso de ensino em saúde diante o contexto atual.

Palavras-chave: Infecções por Coronavírus, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Internato não médico, Residências em saúde.

ABSTRACT: Since the beginning of the pandemic caused by the new coronavirus, COVID-19, there was an intense race of the multidisciplinary teams inserted in the family health strategies to adapt to the new recommendations of the ministry of health. The resident professional had to re-adjust also according to the guidelines of the program that is linked. This study aimed to report the changes in the practice scenario of family health residents in a municipality of Ceará, from April 1 to July 16, 2020. This is a descriptive study under the modality of experience reportig. Among the main modifications are: Relocation of the place of practice, cancellation of home, individual and group care, shared consultations. There was migration of face-to-face activities and theoretical components of teaching to communication tools and social networks, highlighting as the main resource of health education in the current context.

Keywords: Coronavirus infections, Family Health Strategy, Primary Health Care, Nonmedical internship, Residencies in health.

Introdução

O novo coronavírus (COVID-19), trouxe um impacto muito importante em todo contexto de saúde pública do Brasil, modificando o cenário da estratégia da saúde da família e comunidade. Definida como a porta de entrada e estratégia prioritária do Sistema Único de Saúde - SUS, a atenção primária à saúde ou estratégia da saúde da família APS/ ESF tem papel fundamental na resposta global durante surtos e epidemias, oferecendo atendimento resolutivo, longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2020a).

¹ Fisioterapeuta Residente em Saúde da Família – Escola de Saúde Pública do Ceará /ESPC-CE.
E-mail: taisa_freire.21@hotmail.com

² Fisioterapeuta Residente em Saúde da Família – Universidade Federal de Pernambuco / UFPE.
E-mail: carlajordana-j@hotmail.com

³ Fisioterapeuta Residente em Saude Coletiva – Universidade Regional do Cariri / URCA.
E-mail:raphaelsilvha@gmail.com

A ESF é composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Ainda podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Para complementar a equipe mínima, surge o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), constituído de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diversas categorias atuando com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de AB (BRASIL, 2014).

dentro desse contexto encontram-se os profissionais de programas de residências multiprofissionais em saúde, com objetivo de qualificar profissionais de diversas áreas e potencializar os serviços de saúde.

Diferente das outras modalidades de Residências Multiprofissionais, os programas de Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família têm a Atenção Básica como cenário de práticas de atividades, objetivando mudanças significativas no modelo de saúde, pois o modelo biomédico ainda é muito forte. Assim, os serviços de saúde receberão um novo perfil de profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade, garantindo uma atenção integral. (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, em abril de 2020, o Ministério da saúde lançou um protocolo de manejo clínico do coronavírus na atenção primária com o objetivo de definir o papel e os instrumentos de orientação clínica para os profissionais no manejo e controle da infecção.

Frente a nova realidade do país e do mundo diante uma pandemia, os residentes em saúde tiveram suas atividades realocadas, na maioria das vezes responsáveis pela linha de frente. Assim, a pesquisa objetivou relatar quais as modificações que o residente em saúde da família e comunidade teve no processo de formação em tempos de pandemias.

Desenvolvimento (procedimentos metodológicos, resultados e discussão)

Este artigo descreve um relato de experiências sobre as modificações que o profissional residente em saúde da família e comunidade teve em seu campo de prática e/ou formação, no período de 01 de abril de 2020 a 16 de julho de 2020. Foram utilizados os registros de diário de campo e as agendas semanais do residente.

Modificações do cenário de prática

O residente inserido na ênfase de saúde da família, desde abril de 2018 até o mês de março de 2020, tinha suas atividades alocadas em três estratégias de saúde da família, NASF-AB, no centro de referência da assistência social – CRAS, hospital, maternidade, intersetores e outros.

Dentre as atividades mais realizadas encontravam-se os atendimentos domiciliares, atendimentos individuais em um ponto fixo do NASF-AB, atividades de educação popular, educação permanente, rodas de núcleo e campo semanalmente, grupos focais, reuniões para a construção da agenda com as atividades do mês, participação das reuniões do conselho municipal de saúde, módulos teóricos mensalmente, consultas compartilhadas, plantões mensais, atividades noturnas 2 vezes por semana e a construção do Trabalho de conclusão de residência – TCR.

Após a Organização Mundial de Saúde ter decretado pandemia pelo o COVID-19, em março de 2020, a secretária municipal de saúde liberou um ofício suspendendo todas as atividades da atenção básica, mantendo somente as urgências e emergências. Assim, os residentes também foram dispensados durante 15 dias subsequentes do mês de março.

Em abril, a coordenação do programa de residência que o residente está vinculado lançou nota solicitando o retorno dos residentes ao cenário de prática, porém com mudanças do campo de prática e nas atividades teóricas / práticas, como também que o residente deveria seguir as recomendações do seu conselho de classe quanto as suas respectivas atribuições e seguir as solicitações da secretaria municipal de saúde em relação as ações de suporte em outros cenários caso fosse necessário.

O residente foi realocado em única ESF, sendo cancelados todos os atendimentos domiciliares e individuais, plantões e atividades em grupos. Assim, desenvolvendo somente atividades de suporte a enfermeira, médico, recepção e sala de vacina, desenvolvendo atividades de orientações aos usuários e preenchimento de fichas de vacinas.

A elaboração da agenda ficou sendo realizada semanalmente, mas de forma individual. Pois antes era realizada com toda a equipe de residentes, onde era utilizado as agendas das três ESF como subsídio para a elaboração da agenda geral.

As atividades noturnas foram migradas para um grupo de mulheres no WhatsApp, onde é disponibilizado dicas de atividades físicas para o dia a dia.

Quanto as rodas de núcleo e campo, estas foram realocadas para ferramentas de comunicações pela internet como o Skype e o WhatsApp, que já apresentavam desafios quanto a interação dos residentes e preceptores, tornando-o as rodas superficiais e cansativas. Continuaram divididas em dois dias da semana, onde na roda de campo é discutido as agendas, solicitação de Equipamentos de Proteção - EPI, levantamento de sugestões de atividades de promoção e comunicados do programa e da secretaria municipal de saúde. Na roda de núcleo há a discussão de problemáticas e textos que o próprio programa envia.

Quanto ao trabalho de conclusão de residência, há alguns desafios para seu desenvolvimento, como por exemplo: A ausência das atividades práticas com o usuário,

dificuldades de aplicar os questionários e entrevistas nos grupos focais das comunidades mais distantes e com acesso limitado a ferramentas de tecnologias.

As ações de promoção de saúde e comunicados para a comunidade foram migradas para uma rede social, o Instagram, que já era utilizada só que com menos frequência. Apresentando alguns desafios quanto ao alcance da comunidade que não tem acesso as redes sociais ou acesso a internet, baixa visualização do público alvo e pouco retorno das propostas divulgadas.

Os módulos teóricos passaram a ser realizados por meios de plataformas online como o GOOGLE MEET e pelo o YOUTUBE, que foram mais vantajosos que os módulos presenciais, pois de fato houve a exposição das aulas em todo os horários definidos, sem interrupções e cancelamento de alguns horários. Ainda favorecendo com que o aluno tenha mais interação e se sinta menos intimidado ao realizar perguntas ou tirar dúvidas. Porém, problemas técnicos com a internet e dispositivo de áudios e vídeos foram bastante frequentes durante os 3 dias de programação.

Os plantões mensais foram cancelados, mas não houve estratégias de substituição para essa atividade. Porém, já se encontravam muitos desafios para a realização dos plantões como falta de preceptores, baixa demanda para os residentes de fisioterapia, serviço social e psicologia. Passando a maior parte do período ociosos.

Discussões

É fundamental que o residente atue nos níveis de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce, adesão terapêutica, redução de agravos, cuidados paliativos, reabilitação, desenvolvimento de pesquisas clínicas, epidemiológicas e sociais, é importante que o residente trabalhe em equipe multiprofissional, buscando ações interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais que permitam acesso ao conhecimento requerido pelas especificidades do cuidado (FIORANO, 2015).

Dentro da organização pedagógica das Residências existem importantes questões sobre como conduzir os processos de ensino-aprendizagem em serviço, dentre as mais importantes está a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, que incluem a problematização e o trabalho em pequenos grupos, funções estruturantes do preceptor e tutor e articulação dos programas com as realidades regionais (TORRES et al, 2019).

A pandemia provocou mudanças em todos contextos, dentre eles, nas instituições da área da saúde, que já vinham discutindo sobre o cuidado do ensino à distância nos cursos da área da saúde. À medida que se abriu para discussões sobre novas formas de ensinar mediadas pela inovação, pode-se dizer que a contribuição das novas tecnologias de informação e comunicação no processo ensino aprendizagem no ensino em saúde, assim como a reflexão sobre a educação à distância e seus conceitos, diferenciando-a dos conceitos de metodologia remota e o uso das tecnologias será o maior impacto no ensino (BEZERRA,2020).

Ainda quanto ao uso da tecnologia digital, que pode aprimorar a educação e a comunicação em saúde pública, algumas redes se destacaram nesta epidemia, como o uso, pelas autoridades de saúde, de mídias sociais (Twitter, WhatsApp, Facebook,) para fornecer informações em saúde de interesse público para o esclarecimento de dúvidas dos usuários (CAETANO, 2020).

Diante das ações emergenciais durante a pandemia para garantir a continuidade do ensino, a formação de profissionais de saúde é ainda mais desafiadora, visto que a educação à distância se apresenta como insuficiente para alcançar as habilidades exigidas para cuidar de seres humanos em toda a sua complexidade e integralidade (TORRES et al, 2020).

Considerações Finais

O cenário atual nos permitiu observar como as instituições de ensino em saúde ainda têm muitas dificuldades em garantir uma abordagem metodológica que forneça uma formação efetiva, mais ainda, há uma distância importante entre o que é definido pelos programas de residência e o que é realizado. Os desafios que o residente encontra durante sua formação são vários, principalmente os centrados no seu campo de prática, que ficou muito mais forte nesse período de pandemia. As ferramentas de comunicação como o Instagram, facebook, Skype, WhatsApp, GOOGLE MEET e YOUTUBE se tornaram recursos estratégicos para desenvolvimento de várias atividades de ações de promoção, até então, interrompidas pelo o COVID-19, mas que se apresentam distantes da realidade das comunidades que não possuem acesso à internet. Quanto as demais atividades que o residente desempenhava, encontram-se incertos quanto ao retorno e ao novo jeito de fazê-las.

Referências

BEZERRA, I.M.P. State of the art of nursing education and the challenges to use remote technologies in the time of Corona Virus Pandemic. **Journal of Human Growth and Development**, v. 30, n. 1, p. 141-147, 2020. Disponível em: . Acesso em: 16 de jul. 2020.

BRASIL. **Caderno de atenção básica. Núcleo de apoio à saúde da família**. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf >. Acesso em: 16 de jul. 2020.

CAETANO, Rosângela et al . Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 5, e00088920, 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000503001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 jul. 2020. Epub 01-Jun-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00088920>.

FIORANO, AMM; GUARNIERI, AP Residência multiprofissional em saúde: valeu a pena ?. **ABCS Health Sciences** , v. 40, n. 3, 21 de dezembro de 2015.

Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde: versão 8** . 2020a. Disponível em:

<<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>>. Acesso em: 12 de jul. 2020.

Ministério da Saúde. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2017. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 12 de Jul.2020.

Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília (DF): MS; 2006. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em:12 de Jul.2020.

TORRES, Rafael Bruno Silva et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 23, e170691, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100206&lng=en&nrm=iso>. access on 15 July 2020. Epub Jan 21, 2019. <https://doi.org/10.1590/interface.170691>.

TORRES, Ana Catarina Moura et al. Education and Health: reflections on the university context in times of COVID-19 / Educação e Saúde: reflexões sobre o contexto universitário em tempos de COVID-19. **SciELO Preprints** . Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pps-640>>. Acesso em:15 de jul de 2020.

Capítulo 43

O CONHECIMENTO E INDICAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

THE KNOWLEDGE AND INDICATION OF MEDICINAL AND PHYTOTHERAPIC PLANTS BY NURSING PROFESSIONALS IN PRIMARY CARE

Anny Katheryne da Rocha França¹
José Júnior Bezerra da Silva²
Cristiane Maria Alves Martins³

RESUMO: A falta de conhecimento sobre a fitoterapia pelos próprios profissionais de saúde, revela que grande parte dos profissionais não teve contato com a fitoterapia em sua formação acadêmica. Este trabalho teve como objetivo analisar a literatura sobre o conhecimento e indicação de plantas medicinais e fitoterápicos por enfermeiros na Atenção Básica à Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, sendo desenvolvido a partir de um estudo exploratório realizado nas bases de dados BDNF, LILACS e MEDLINE. Os resultados apresentaram o pouco conhecimento e a utilização insuficiente de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica. O Sistema Único de Saúde possui políticas públicas específicas para utilização de plantas medicinais e da fitoterapia como recurso terapêutico na atenção básica à saúde, a maioria dos profissionais possui um conhecimento resumido, ou quase nulo a respeito destes insumos.

Palavras-Chave: Plantas Medicinais, Enfermeiros; Fitoterapia; Atenção Básica.

ABSTRACT: The lack of knowledge about phytotherapy by health professionals themselves reveals that most professionals did not have contact with phytotherapy in their academic training. This work aimed to analyze the literature on the knowledge and indication of medicinal and herbal plants by nurses in Primary Health Care. It is an integrative literature review, being developed from an exploratory study carried out in the BDNF databases, LILACS and MEDLINE. The results showed little knowledge and insufficient use of medicinal plants and herbal medicines in primary care. The Unified Health System has specific public policies for the use of medicinal plants and phytotherapy as a therapeutic resource in primary health care, most professionals have a summary, or almost zero, knowledge of these inputs.

Keywords: Medicinal Plants, Nurses; Phytotherapy; Basic Attention.

INTRODUÇÃO

Desde a declaração de Alma-Ata em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário (BRASIL, 2006). Porém, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi criada e implementada no Sistema Único de Saúde (SUS) apenas em 2006 através da portaria nº 971/2006 (BRASIL, 2012).

A promulgação da PNPIC permitiu que se pudessem ampliar as opções terapêuticas para a população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), soma-se a isso o Decreto 5.813/2006, instituído no ano de 2007, e que também cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos com o objetivo de monitorar e avaliar o Programa Nacional (BRASIL, 2015).

¹ Enfermeira pela Universidade Estadual de Ciências de Alagoas (Uncisal). E-mail: Akrfranca@gmail.com

² Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (Ufal). E-mail: josejuniorito@outlook.com

³ Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal) E-mail: cmamartins@gmail.com

O Ministério da Saúde, no ano de 2009, divulgou a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS (Renuis) (BRASIL, 2009). É Instituída a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) - PORTARIA Nº 886, DE 20 DE ABRIL DE 2010 (BRASIL, 2010a).

Em 2017 foi atualizada o serviço especializado de 134 Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de acordo com a portaria nº 633 de 2017 (BRASIL, 2017).

As plantas medicinais são espécies de vegetais cultivadas ou não, utilizadas com propósitos terapêuticos. Os fitoterápicos são medicamentos obtidos empregando-se, exclusivamente, matérias-primas ativas vegetais (BRASIL, 2012).

Por conterem propriedades terapêuticas, as plantas medicinais são manipuladas desde que o homem despertou sua consciência, começando seus processos de manuseios, adaptação e modificação dos recursos naturais para seu próprio benefício (OMS, 2011).

Segundo Tourinho (2017), o conhecimento da utilização das plantas medicinais vem sofrendo alterações devido às mudanças na cultura popular ao longo do tempo, ainda segundo o autor, a transmissão dos conhecimentos sobre a utilização dessas plantas para tratamento da saúde, foi passando de geração em geração.

Dentro deste contexto, a discussão sobre fitoterapia tornou-se mais consistente na Atenção Básica (AB) a partir da constatação de que, simultaneamente ao uso de medicamentos industrializados, a população atendida em Unidades Básicas de Saúde faz uso de plantas medicinais com finalidade terapêutica. Muitas vezes, esse uso acontece, sem a compreensão da possível existência de toxicidade, forma correta de cultivo, preparo, indicações e contraindicações, acreditando que por serem plantas medicinais não prejudicam à saúde, independente da forma e quantidade utilizada (TOMAZZONI, 2004).

Para isso, se faz necessário que o profissional e o usuário conheçam bem o vegetal, a parte da planta que vai ser utilizada e o modo de usá-la. (XAVIER, 1995 apud FRANÇA, 2001).

Segundo Fontenele et al. (2013), a falta de conhecimento da fitoterapia pelos próprios profissionais de saúde, revelam que grande número desses profissionais não teve contato com a fitoterapia em sua formação acadêmica e apontam que seu conhecimento sobre plantas medicinais é baseado principalmente no entendimento popular dos pacientes e da comunidade (FONTENELE, 2013 apud SANTOS, 2017).

O espaço de uso dos fitoterápicos na atenção básica coloca a necessidade dos enfermeiros apresentarem maior conhecimento e envolvimento nos espaços de geração de conhecimento popular, promovendo proximidade, respeito, autonomia e valorização da cultura das pessoas (BADEKE et al, 2011), pois profissional de enfermagem tem um papel de relevância na Atenção Básica de Saúde, por assumir a responsabilidade/compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações (TOURINHO, 2017).

Diante da necessidade de entendimento da complexidade existente do enfermeiro em lidar com o tema sobre o conhecimento da utilização das plantas e fitoterápicos no seu fazer

cotidiano, justifica-se esta revisão que visa reunir informações sobre o conhecimento em que o profissional enfermeiro apresenta no prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica e promover a conscientização desta população sobre a importância da utilização correta desses insumos.

Baseado no que foi apresentado, este estudo tem como objetivo: conhecer o que é produzido na literatura acadêmica sobre o conhecimento e indicação de plantas medicinais e fitoterápicos por profissionais de enfermagem na atenção básica.

A partir deste cenário, este estudo tem como objetivo analisar produção científica sobre o conhecimento do enfermeiro e a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que tem como objetivo reunir e sintetizar resultados de pesquisas de um determinado tema, baseando-se em estudos anteriores, possibilitando o aprofundamento acerca do assunto estabelecido e apontar lacunas que precisam ser preenchidas.

Para a sua construção foram seguidas algumas etapas: estabelecimento da questão norteadora, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Essa pesquisa foi desenvolvida a partir de um estudo exploratório nas bases de dados, por meio de artigos científicos em estudos na temática do conhecimento do profissional enfermeiro no uso de plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Básica.

O processo de seleção dos artigos foi realizado durante o mês de setembro de 2017, com busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Bases de dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino- Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature and Retrieval System Online* (Medline). Foi utilizado o operador booleano “AND” para os seguintes cruzamentos de descritores: “plantas medicinais” AND “enfermeiros” e “fitoterapia” AND “atenção primária”.

O presente estudo explora como a literatura aborda o conhecimento e uso de fitoterápicos e plantas medicinais pela população na atenção primária à saúde, buscando em publicações este assunto, dados que subsidiem as ações do profissional enfermeiro sobre o tema abordado.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais, tendo o período de publicação, que considerou os anos de 2007 a 2017, pois foi observado que a literatura sobre o tema era escassa, Artigo na íntegra, em Português, tendo os descritores (plantas medicinais, enfermagem, fitoterapia e atenção básica), e que apresentassem em seus resultados fatores significativamente associados ao papel do enfermeiro na orientação do uso de plantas medicinais pela população. Como critérios de exclusão, foram desconsiderados: artigos publicações referentes a teses,

dissertações, resumos de congresso, anais, revisões integrativas, editoriais, comentários e opiniões.

Em seguida, foi realizada a pré-seleção dos artigos relacionados ao tema a partir da leitura dos títulos e resumos, para verificar a adequação dos estudos aos critérios de inclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados artigos da Base de dados da BIREME (BVS): 19 artigos na BDNF, 27 na LILACS e 56 na MEDLINE. Totalizando assim, 102 artigos selecionados. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 08 foram os artigos selecionados, os quais integraram a amostra final desta revisão.

A partir da leitura e análise detalhada, foi possível identificar o prévio conhecimento que os profissionais enfermeiros apresentam sobre o uso de plantas medicinais pela população assistida por ele.

Para organização e análise dos resultados, serão apresentados em 02 categorias: 1- O conhecimento das plantas medicinais por enfermeiros; 2- Dificuldades encontradas por enfermeiros para implementação para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica.

Categoria 1- O conhecimento do uso de plantas medicinais por enfermeiros.

Plantas medicinais e fitoterapia é uma área no qual o enfermeiro pode qualificar-se, uma vez que esta prática está sendo estimulada pelo Ministério da Saúde com a introdução das terapias complementares no SUS. Nessa perspectiva, é necessário instrumentalizar-se por meio da revisão de estudos científicos confiáveis que possam embasar as informações e as necessidades de cuidado do usuário em relação ao uso das plantas medicinais de maneira complementar ao tratamento alopático (SOUZA et al, 2010).

A literatura aponta que o conhecimento formal apresentado pelos profissionais de enfermagem sobre plantas medicinais e fitoterapia ainda são insuficientes. Através deste estudo podemos observar que os profissionais que atuam no PSF não estão preparados para atender às necessidades da população no que diz respeito à Fitoterapia (BASTOS, 2010).

Os estudos de Badke et al (2017), Oliveira et al (2017), Sampaio et al (2013), ressaltam que o conhecimento dos enfermeiros sobre a utilização das plantas medicinais e fitoterápicos está restrito ao conhecimento informal popular e que um outro problema citado é a não valorização por parte da gestão e do restante da equipe de saúde, havendo uma falta de compreensão científica por parte desses profissionais, gerando uma desqualificação na assistência levando a necessidade de uma maior qualificação na área para que se tenha um maior avanço nesses estudos.

Avanços no campo da enfermagem, sobre estudos de diagnósticos que impliquem prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos, certamente proporcionarão ao profissional maior

respaldo instrumental para legitimar esse espaço como uma extensão de sua prática profissional (SAMPAIO et al, 2013).

Quanto à formação e à educação continuada em plantas medicinal e fitoterápica, a PNPIC, destacam em mais uma de suas diretrizes a necessidade da formação e educação permanente para profissionais de saúde. Estudar-se-á no nível básico interdisciplinar comum a toda equipe, contextualizando as práticas integrativas complementares e abordando cuidados gerais com as plantas medicinais e fitoterápicos (OLIVEIRA, 2017).

Além disso, Sampaio et al (2013) diz em seus resultados que não acontece um programa de educação continuada destinados aos profissionais de saúde que aborde as terapias alternativas de saúde, como a utilização de plantas medicinais e fitoterapia, o que, certamente, poderia colaborar para o uso mais seguro e racional de plantas para o tratamento de enfermidades.

Para Santos e Trindade (2017), a ação da enfermagem junto à fitoterapia e o uso de plantas medicinais é orientar o paciente em relação ao seu uso correto, mostrando uma alternativa eficaz e segura, assim como promover a conscientização sobre a importância de seu uso pela população, destacando o impacto desta ação para a comunidade e para a saúde pública.

Categoria 2- Dificuldades encontradas para implementação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica.

No estudo de Oliveira et al. (2017), compreende-se a importância da necessidade da qualificação profissional, em especial da enfermagem, sendo uma das primeiras estratégias a ser utilizada para a implementação. Nesse enfoque, apesar de as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) fazerem parte da Política Nacional de Saúde e serem reconhecidas integralmente pelo conselho de Enfermagem, ainda são poucas as instituições que oferecem disciplinas abordando tais práticas e no que concerne à compreensão do profissional de enfermagem acerca da Fitoterapia na atenção básica.

No estudo de Bastos et al. (2010), foi analisado as dificuldades encontradas pelos Enfermeiros diante da implementação da Fitoterapia nas Unidades de Saúde da Família, de acordo com as respostas obtidas podemos observar que 46,67% (7 citações) dos Enfermeiros respondeu que o conhecimento insuficiente dos profissionais é um dos obstáculos que impede a implementação dessa terapêutica nas Unidade de Saúde da Família 33,33 % (5 citações) relatou a falta de incentivo dos gestores, 13,33% (2 citações) referiu falta de estrutura física e 6,66% (1 citação) relatou falta de acesso à matéria prima.

Brunung et al. (2012), relata a implementação e a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná, se fez necessário capacitar os profissionais quanto ao tema, desde o cultivo até a prescrição melhorando o uso racional desses medicamentos.

A falta de incentivo dos gestores para implementação dessa prática, Sampaio et al. (2013), afirmam que vai de encontro ao que é defendido nas políticas nacionais, sendo as mais recentes a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, nas quais se prevê para todos os gestores responsabilidades, dentre elas a de promover articulação intersetorial para a efetivação delas, acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais e fitoterápicos, apresentar e provar propostas da inclusão das políticas nos Conselhos de Saúde, dentre outros deveres que convergem para a implantação eficiente e favorável, principalmente para a população atendida.

Bastos et al. (2010), apontam que para que essa prática se concretize na Atenção Básica em Saúde é necessária uma reorientação do modelo de atenção à saúde, em que os profissionais estejam preparados para atuarem com essa opção de cuidado. Se a formação de profissionais, principalmente Enfermeiros e Médicos, não for repensada no aparelho formador, o modelo de atenção à saúde não atenderá às necessidades dos indivíduos e das comunidades.

Santos et al. (2011), de maneira semelhante, acreditam que apesar da crescente busca por integrativas medicamentosas, os estudos acerca da fitoterapia ainda são precários no Brasil, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas nesta área, que enriqueceram o conhecimento dos profissionais e estudantes da saúde, auxiliando e tornando mais seguras e eficazes a implementação das práticas fitoterápicas no Sistema Único de Saúde (SUS).

CONCLUSÃO

A partir da busca e análise bibliográfica, observou-se que há fragilidade no conhecimento e administração de plantas medicinais e fitoterápicos por profissionais de enfermagem na atenção básica à saúde. Esse fato acontece, pois acredita-se que ainda há em evidência um modelo de práticas biomédicas, o que pode levar a desvalorização conhecimento popular, no uso das plantas medicinais e fitoterápicos, prejudicando a autonomia do usuário no cuidado à saúde.

Observa-se também, que mesmo no âmbito do SUS e possuindo políticas públicas específicas para a utilização de Plantas Medicinais e da Fitoterapia como recurso terapêutico na Atenção Básica, o ínfimo conhecimento científico é um dos principais fatores pelos quais os enfermeiros façam pouco uso de plantas medicinais e fitoterápicos na rede de Atenção Básica à Saúde.

Diante disso, para que se possa implementar o programa se faz necessário que os profissionais estejam sempre se atualizando e tendo embasamento científico para utilização dessa prática. Vale destacar a necessidade constante de atualização profissional sobre o uso e administração desses insumos, através de cursos de capacitação e treinamento na área, seja em níveis acadêmicos ou profissionais, pois revelam-se como estratégias necessárias para a consolidação da Fitoterapia e Plantas Medicinais na Atenção básica.

A deficiência na formação acadêmica, em relação às Práticas Integrativas, e a inexistência de educação continuada estão diretamente relacionadas com a insegurança e o despreparo de

enfermeiros. Convém mencionar que tal fato limita a atuação do profissional na atenção às necessidades da população, comprometendo a correta utilização da terapêutica e o cumprimento das referidas políticas.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA: **RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 14, DE 31 DE MARÇO DE 2010** (Publicada em DOU nº 63, de 5 de abril de 2010) (Revogada pela Resolução – RDC nº 26, de 13 de maio de 2014).

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medicamentos fitoterápicos informações gerais [internet] 2017. Brasília: ANVISA; [acesso em 2018 mar 17]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca> [pesquisar por: medicamentos fitoterápicos informações gerais].

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde – PNPIC** informações gerais [internet]. 2006 [acesso 2018 jan 19]. disponível em: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/er/censi med norm/BRA-Portaria%20971-2006.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/er/censi%20med%20norm/BRA-Portaria%20971-2006.pdf)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: MS; 2009 (Série C. Projetos, programa e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Integrativas e Complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; caderno de Atenção Básica 31).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. Ed. Brasília: MS; 2015.

BADKE MR, BUDÓ MLD, SILVA FM, Ressel LB. **Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular**. Esc Anna Nery. 2011; 15(1):132-9.

BASTOS, R. A. A.; LOPES, A. M. C.. **A fitoterapia na rede básica de saúde: o olhar da enfermagem**. Rev. bras. ciênc. saúde;14(2)abr.-jun. 2010.

BRUNUNG, R. M. C.; MOSEGUI, G. B. G & VIANNA, C. M. de M.. **A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde**. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2012.

FRANÇA, A. K. da R.. **Avaliação do Potencial Toxicológico de Espécies Vegetais na Medicina popular (Frente a *Biomphalaria glabrata* Say, 1918)**. 2001.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **A situação da medicina no mundo 2011: Medicina Tradicional: Problemas e desafio global**. Geneva: OMS; 2011.

OLIVEIRA, A. de F. P.; et al.. **Fitoterapia na atenção básica: estudo com profissionais enfermeiros**. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online);9(2): 480-487, abr.-jun. 2017.

TOURINHO, F.S.V.; SEBOLD L.F.; GUANILO M.E.E.; CEOLIN T.. **Atuação do enfermeiro no uso de plantas medicinais**. In: **Associação Brasileira de Enfermagem**; Brescinalli H.R.; Martini J.G.; Mai L.D.. organizadores. PROENF programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto; Ciclo m12. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. P. 137-73. (Sistema de Educação Continuada), v. 1

MENDES, K. D. S., SILVEIRA, R. C. C. P., GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, vol.17, n.4, p.758-764, out/dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 15 de outubro de 2017.

SANTOS V.P.; TRINDADE L.M.P.; **A Enfermagem no uso das plantas medicinais e da fitoterapia com ênfase na saúde pública.** Revista Científica FacMais, Volume. VIII, Número 1. Fev/Mar. Ano 2017/1º Semestre. ISSN 2238-8427. Artigo recebido dia 06 de fevereiro de 2017 e aprovado no dia 10 de março de 2017.

SANTOS, R.L.*; GUIMARAES, G.P.; NOBRE, M.S.C.; PORTELA, A.S.. **Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde.** Rev. Bras. Pl. Med., Botucatu, v.13, n.4, p.486-491, 2011.

SAMPAIO, L. A.; et al.. **Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o uso de fitoterapia.** *Rev. APS; 17(2)maio 2014.*

SOUSA, I. J. O.; et al.. **A diversidade da flora brasileira no desenvolvimento de recursos de saúde.** Revista UNINGÁ Review. Vol.31,n.1,pp.35-39 2010.

TOMAZZONI, M.I.. **Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel/PR[dissertação].** Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2004.

Capítulo 44

O PRÉ-NATAL TAMBÉM É AZUL: DISCURSOS DOS HOMENS SOBRE OS DESAFIOS DA PATERNIDADE

PRENATAL CARE IS ALSO BLUE: MEN'S DISCOURSES ON THE CHALLENGES OF PARENTHOOD

Adna Thallita Fernandes Cardoso¹

Adriana Michelly de Albuquerque Ramos²

Andréia Cordeiro de Brito Marques³

Cristiane Xavier Silva⁴

RESUMO: Objetivos: Desvelar a percepção masculina sobre o pré-natal do parceiro. Metodologia: Estudo exploratório e qualitativo com 15 pais em três unidades básicas de saúde da família. O roteiro de entrevista semiestruturado considerou questões relacionadas à importância e dificuldades percebidas durante o pré-natal do parceiro, sendo a amostra finalizada por critério de saturação. Os discursos foram organizados e analisados com base na Análise de Conteúdo. Resultados: As categorias geradas foram: O pré-natal do parceiro enquanto recurso de transformação, ressignificação e inclusão do homem no cuidado de si e do outro; "Fragilidades na condução do pré-natal do parceiro: (in)visibilidade, demandas ocupacionais e menosprezo às atividades da atenção primária". Conclusão: A paternidade responsável pode ser incentivada no pré-natal, mas condutas mecanizadas dos profissionais de saúde, atividade laboral e desvalorização do papel do homem no cuidado podem ser elementos impeditivos ao pré-natal do parceiro de qualidade.

Descritores: Paternidade; Saúde Coletiva; Cuidado Pré-natal; Igualdade de Gênero; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT: Objectives: To develop a male perception of the partner's prenatal care. Methodology: Exploratory and qualitative study with 15 parents in three basic family health units. The semi-structured interview script considers the issues related to the importance and difficulties perceived during the partner's prenatal care, being a sample finalized by the saturation criterion. The speeches were organized and analyzed based on Content Analysis. Results: As categories generated were: The prenatal of the partner during the process of transformation, reframing and inclusion of the man without care; "Weaknesses in conducting the partner's prenatal care: (in) visibility, occupational demands and disdain in primary care activities". Conclusion: Responsible parenting can be encouraged in prenatal care, but mechanically conducted by health professionals, work activity and devaluation of the role of men without care can be the impeding elements for the quality partner's prenatal care.

Keywords: Paternity; Public health; Prenatal care; Gender equality; Integrality in Health.

INTRODUÇÃO

A paternidade implica em uma experiência que ultrapassa a relação biológica, caracterizada pela afiliação, que envolve o grande desafio da parentalidade. Compreende envolvimento psicológico e social que inicia na gestação e prossegue durante a vida da criança, preparando os homens para as exigências e desafios que surgem nas diferentes fases de crescimento e desenvolvimento infantil (GOMES, et al. 2016)

¹ Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem. União de Ensino Superior de Campina Grande – UNESC Faculdades. E-mail: thalitacardoso98@gmail.com

² Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem. União de Ensino Superior de Campina Grande – UNESC Faculdades. E-mail: adrianacgpb@hotmail.com

³ Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem. União de Ensino Superior de Campina Grande – UNESC Faculdades. E-mail: andreiabrito53@gmail.com

⁴ Enfermeira graduada pela UniFacisa. E-mail: crisxasil@gmail.com

Com a reconfiguração do núcleo familiar e a inserção da mulher no mercado de trabalho, o cuidado com as crianças deixou de ser algo exclusivamente feminino e passa a ser dividido com os homens no ato de gestar, no cuidado com o recém-nascido e durante a infância, o que torna necessário repensar a abordagem nas consultas pré-natais. Para isso, o Ministério da Saúde (MS) criou o pré-natal do parceiro, que através da realização de exames pré-natais, contempla a dimensão biológica, social e psicoemocional do pai contribuindo para a construção do ser paterno (BRASIL, 2018).

A Coordenação Nacional de Saúde do Homem, do Ministério da Saúde, incluiu o conceito de paternidade ativa na Saúde Sexual e Reprodutiva, que contempla desde a decisão de ter filhos até a participação ativa no desenvolvimento deles. Durante o período pré-natal, as atividades relacionadas com a paternidade ativa incluem consultas pré-natais, a realização de exames para prevenção/tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, participação nas atividades educativas incluindo os esclarecimentos sobre direitos e deveres e a importância do seu papel no cuidado, visita a maternidade, dentre outras atividades relevantes para o cuidado paterno (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2015).

Ressalta-se que o pré-natal do parceiro não se restringe a quantidade de consultas em que o homem deve estar presente, ou apenas a realização de exames, pois não se quantifica o envolvimento com a gestação, mas sim à adoção de comportamentos, que promovam o vínculo emocional com a mulher e o filho. A paternidade se expressa na preocupação com a gestante e com a sua saúde. Contudo, alguns homens podem se sentir excluídos deste processo e cabe ao profissional propor alternativas que favoreçam a sua inclusão (BRASIL, 2009).

Assim, deve-se envolver o homem em todo o cuidado gestacional por meio do Pré-Natal do Parceiro, nos debates e ações voltadas para o planejamento reprodutivo sendo esta uma estratégia essencial para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, estreitando a relação entre profissionais de saúde, comunidade e, sobretudo, aprimorando os vínculos afetivos familiares dos usuários e das usuárias por meio dos serviços ofertados (BRASIL, 2018).

A estimulação da participação paterna durante o pré-natal promove o bem-estar físico e mental de toda a família. A ligação afetiva parental está relacionada a qualidade de vida dos pais, expressa em menores chances de problemas coronarianos ou quadros de depressão, e nos filhos através do melhor desempenho escolar, menores taxas de delinquência e menor incidência de problemas psicoemocionais (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2015)..

Considerando a importância do pré-natal do parceiro na assistência à saúde materno-infantil e da saúde coletiva e enquanto recurso relevante à promoção do bem-estar, detecção e diagnóstico precoce de doenças e agravos à saúde masculina, a presente pesquisa apresenta o seguinte questionamento: Como os homens enxergam a sua presença no acompanhamento do pré-natal realizado na atenção primária? Para tanto, objetivou-se desvelar a percepção masculina sobre o pré-natal do parceiro.

MÉTODOS

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado através de entrevista semiestruturada em três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Campina Grande - UBSF Ronaldo Cunha Lima, UBSF Liberdade III, UBSF Maria de Lourdes Leôncio.

Essas Unidades foram selecionadas a partir de uma avaliação de um conjunto de experiências consideradas exitosas pela mídia local e que foram selecionadas para desenvolver atividades de extensão posteriormente. Por meio de consulta eletrônica, observou-se que eram unidades que propunham ações de educação em saúde criativas e inovadoras para as gestantes, relevantes ao pré-natal e saúde da mulher.

Foram entrevistados 15 homens cadastrados que ocasionalmente acompanharam suas parceiras para a consulta de pré-natal ou estavam procurando atendimento para si mesmos, sendo três da UBSF Liberdade III, quatro da UBSF Ronaldo Cunha Lima e três da UBSF Maria de Lourdes Leôncio. Entre os dados de identificação dos usuários coletaram-se informações referentes ao estado civil, escolaridade e classificação econômica/renda. A amostra findou-se a partir do critério de saturação dos dados.

O roteiro de entrevista visou obter a opinião dos sujeitos sobre a percepção do pré-natal do parceiro, explorando a importância das limitações/dificuldades para o comparecimento ao serviço. Os participantes foram esclarecidos sobre a finalidade do estudo, necessidade de gravação das falas e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, identificação das falas com a letra "P" (P equivale PAI) e o número correspondente a sequência de sua entrevista, sigilo dos dados e possibilidade de desistência em qualquer momento, sem prejuízos no atendimento recebido no serviço. Os discursos foram gravados e transcritos.

Os dados foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011). A apresentação dos resultados deu-se através da categorização, onde as mensagens foram analisadas e dispostas em categorias. A categorização permite a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, seguido de um reagrupamento por similaridade semântica (BARDIN, 2011).

Quanto às categorias, emergiram duas: "O pré-natal do parceiro enquanto recurso de transformação, ressignificação e inclusão do homem no cuidado de si e do outro; bem como "Fragilidades na condução do pré-natal do parceiro: (in)visibilidade, demandas ocupacionais e menosprezo às atividades da atenção primária".

O presente estudo integra uma pesquisa maior sobre a inserção do homem no pré-natal, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED-PB), CAAE nº03589018.8.0000.5175 obedecendo os preceitos éticos que são preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

RESULTADOS

Os entrevistados tinham entre 30 e 46 anos de idade. Oito deles concluíram o ensino médio, dois cursavam o ensino superior e os outros quatro possuíam formação superior. A renda familiar variou entre 2 e 3 salários mínimos com média de 2,5 salários entre os entrevistados.

O PRÉ-NATAL DO PARCEIRO ENQUANTO RECURSO DE TRANSFORMAÇÃO, RESSIGNIFICAÇÃO E INCLUSÃO DO HOMEM NO CUIDADO DE SI E DO OUTRO

Com a intenção de exercer a sua atribuição ocupacional, o profissional da Enfermagem deve cumprir as cinco etapas: da rotina de pré-natal do parceiro, quais sejam acolhimento e incentivo a participação, esclarecimento sobre seus direitos, incentivo à participação ativa nas consultas e requisição dos testes rápidos para infecções sexuais, vacinação e exames de rotina (BRASIL, 2018). Sobre esta última atribuição, os parceiros eliciaram nas falas que a realização de exames parece ser a porta de entrada para o cuidado mais atencioso ao homem que vivencia o processo de paternidade:

A enfermeira me chamou para a consulta e fazer exames depois que minha mulher descobriu a gravidez aqui (P3). Vim com ela desde a segunda consulta da gravidez e realizar alguns exames, a enfermeira diz que o pré-natal parece ser mais meu do que de minha esposa. (P4)

Além disso, o pré-natal consiste em momento de compartilhar responsabilidades e cuidado com a gestante, ao passo que os pais relataram envolvimento e participação ativa e compromisso durante o período pré-natal, o que pode ser verificado nos excertos: *Querida muito tirar dúvidas sobre cuidar de bebês. Trocar fraldas, perceber quando ele está doente. Diferenciar os choros da criança. A gente pensa que é fácil, mas é muito difícil. Tive que aprender a força com minha primeira a dar banho.*

Foi assustador (P10)! Sim, sempre foi por vontade própria. Decidi viver com minha esposa, protegê-la sempre esteve nos meus planos, por isso participei e participo de todas as consultas. Minha filha está sendo gestada e eu queria saber as mudanças que estavam acontecendo com minha esposa e com ela. Eu me interesso por tentar transformar esse momento no mais feliz e com o menor risco possível (P4).

O pré-natal do parceiro pode gerar uma sensação de obrigação moral e compromisso com a nova vida, dessa forma o homem precisa reafirmar o seu papel de corresponsabilização e cuidado com a família, entendendo que a assistência pré-natal é:

Muito importante não só para a mãe para o pai também. A criança não tem só mãe, o pai precisa estar acompanhando. A própria postura do homem na família, que é uma figura que exerce uma função de proteção, suporte. E a mulher está mais frágil nesse momento, dividindo até os nutrientes com outra vida. Então acho importante demais o homem dar suporte financeiro, emocional, para ela não se sentir sozinha durante esse período. O homem tem que (...) assumir para evitar que ela pense em aborto, mesmo que seja jovem. Ele precisa assumir essa responsabilidade. Gerou vida precisa assumir (P4).

Sobre o fortalecimento do vínculo familiar, um entrevistado mostrou como as experiências pregressas da ausência de paternidade podem ressignificar as relações de cuidado com a família em formação. Neste caso, a falta de referência positiva masculina no âmbito domiciliar, ainda na infância, serviu como estímulo para uma mudança comportamental com os seus herdeiros, como pode ser visto no relato:

Como cresci sem pai, percebo esse momento como bastante importante para manter o vínculo entre a família. Meu pai sempre foi devasso e minha mãe acabou nos criando sozinhos, sou gêmeo e tenho mais duas irmãs, ela sofreu violência durante 12 anos [pausa]. Raras são as boas memórias que tenho dele. Me senti rejeitado por ele na infância, por isso tento mostrar que me importo desde agora (P1).

A experiência anterior negativa com outra família também pode despontar como um elemento de transformação quanto à percepção positiva de uma nova paternidade. O receio de não ser uma referência na criação futura pode impactar o comportamento do homem, abrindo novas perspectivas sobre o cuidado, como pode ser vista no discurso:

Eu ainda estou processando essa fase nova. Sou pai pela segunda vez, e não sou um bom pai (...) ele tem dificuldades na fala. Tenho medo de falhar novamente (P7).

FRAGILIDADES NA CONDUÇÃO DO PRÉ-NATAL DO PARCEIRO: (IN)VISIBILIDADE, DEMANDAS OCUPACIONAIS E MENOSPREZO ÀS ATIVIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A sensação de indiferença frente à sua presença no atendimento pré-natal pode ser uma percepção masculina, considerando que a consulta ainda prioriza as ações voltadas às gestantes para uma assistência qualificada. Por isso, o pré-natal do parceiro deve ser norteado pelo acolhimento, resolução dos conflitos e visibilidade à figura masculina, de modo a diminuir o distanciamento do homem com o serviço de saúde e favorecer a inclusão esclarecida sobre o processo de paternidade. Quando perguntado sobre as informações ou procedimentos ofertados durante a consulta, um participante afirmou:

Fiz alguns exames junto com minha esposa, mas me sinto um fantasma, às vezes, na consulta acho que poderiam me incluir mais. Tenho algumas dúvidas, mas fico com vergonha de perguntar (P1)!

Não obstante, o atendimento inclusivo pode contribuir na tomada de decisão conjunta e pertinente frente a um imprevisto no desenvolvimento gestacional.

As relações trabalhistas, bem como a idealização social e estrutural de que o homem possui funcionalidade provedora e menos cuidadora da família se configuram como fatores impeditivos à presença masculina no acompanhamento da gestação durante o pré-natal, conforme as falas:

Eu queria, mas não tenho tempo. Saio de casa às 5 da manhã e só chego às 10 da noite. Estudo e trabalho. Não tenho tempo nem de me alimentar direito dependendo do dia. Imagina de vir ao médico com ela. (P9) Para a mulher sim, já que os exames vão dizer que tipos de doenças a criança vai ter, se vai ter síndrome ou não. Para o homem não. Somos importantes para trabalhar.(P2).

Para alguns homens entrevistados, comparecer ao pré-natal consiste em desperdício de tempo, atividade irrelevante ao homem ou gasto desnecessário dos cofres públicos. Além disso, o machismo estrutural se faz presente nas falas, quando mais uma vez relega-se a partengem cuidativa ao segundo plano, em detrimento da percepção de que o cuidado masculino oferecido à família se mostra no sustento financeiro, como pode ser percebido nos discursos. Quando indagados se consideravam o pré-natal do parceiro importante:

Para mãe e bebê sim. Para o homem não. Perder tempo com essas coisas que fazem aqui no posto que chama a gente para escutar o povo falando .Trabalho o dia todo batendo massa, carregando metralha e ainda ter que vir para posto escutar os problemas da minha esposa ou as besteiras sobre o parto também não me interessa. Pai precisa sustentar a casa. Homem tem que ser homem! Dá de comer a todo mundo e vestir. Amor de pai se revela nisso, ser responsável com as contas e sustentar a mulher (P6). Nunca acompanhei. Acho desnecessário. O governo não tem dinheiro nem para pagar as consultas das mães, imagina dos pais. Acho que não precisa de tanto .Quanto a cuidados com gestantes. Ela quem está grávida, não eu.(P2)

Discussão

Os discursos demonstraram a necessidade de agregar aos serviços de saúde atividades que fortaleçam o vínculo do profissional com o usuário, que possam refletir no estímulo a uma paternidade responsável, mais presente e cuidadora, o que permite uma participação masculina efetiva, seja a partir do período gestacional, seguindo o processo de crescimento e

desenvolvimento dos filhos (BRASIL, 2018). A ineficiência da comunicação aliada à escassez de informação pode favorecer a inserção do homem no ciclo de vulnerabilidade individual, social e programática, o que pode repercutir em falta de confiança ou sensação de impotência e invisibilidade (PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019).

Pesquisa realizada nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste sobre as estratégias de atenção à saúde dos homens apontou que para existir envolvimento paterno efetivo durante as consultas pré-natais é necessário criar condições acolhedoras que perpassem o cuidado técnico associado à procedimentos. Nesse contexto, para além da avaliação dos resultados dos exames, deve ser considerado o uso da tecnologia leve por meio de olhares, palavras e comunicação efetiva que considere o estado emocional dos pais o que permite o estabelecimento da tríade dar-receber-retribuir, facilitando a interação profissional-paciente (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016).

O impacto da comunicação efetiva vai além do período gestacional, podendo se constituir em uma ferramenta salutar de cuidado no período pós-parto. Sobre isso, as mães que recebem o apoio paterno obtém maior sucesso no cuidado pós-parto, mais especificamente, no processo de aleitamento materno e a sua manutenção até os seis meses. A rede de apoio primária, representada pelo parceiro permite maior tempo de descanso entre as puérperas, além de favorecer o fortalecimento da afetividade familiar. Portanto, o suporte iniciado durante a gestação se configura como elemento essencial ao firmamento da paternidade, pois a sensibilização e compreensão do seu protagonismo definem as relações familiares em curto, médio e longo prazo (FAGUNDES; OLIVEIRA, 2017).

A igualdade do cuidado entre homens e mulheres tem sido alvo de debates constantes na sociedade, pois durante o período gestacional, sentimentos de ansiedade, medo do desconhecido, angústia e aflição podem se fazer presentes entre os pais. Nesse momento, os elementos da paternidade podem ser discutidos e desenvolvidos, sendo o pré-natal do parceiro a situação ideal para incutir constantemente nas conversas a responsabilidade sobre o papel do pai de garantir que a criança seja cuidada, nos aspectos financeiros, afetivos, sociais e biológicos (MELO, et al. 2015).

Barreiras para a inserção do homem no pré-natal minimizam a participação masculina na criação do vínculo cuidativo. O trabalho tem se constituído elemento impeditivo à presença do homem no serviço de saúde, seja pela necessidade de se manter provedor familiar e impossibilidade de se ausentar das atividades laborais, ou então, pela inviabilização de horários condizentes com os atendimentos obstétricos (MELO, et al. 2015; PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019).

Nesta perspectiva, estudo realizado em Pernambuco com 27 homens averiguou que a relação de masculinidade interfere nos cuidados à saúde, principalmente no contexto do trabalho. Os autores evidenciaram que a permanência da divisão dualística dos papéis nos núcleos familiares, em que o homem serve para trabalhar, demonstra fortalecimento da concepção machista estrutural ainda existente na sociedade moderna. Para o gênero masculino, trabalhar é uma atribuição de poder, pois permite que dentro do núcleo familiar, ele possa assumir o controle

e prestígio social, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de responsabilidade sobre o sustento. Além desses resultados, os autores também perceberam discursos contrários, havendo relação da paternidade ao cuidado infantil e auxílio nas atividades domésticas, ambos os achados alinham-se às categorias geradas nesta pesquisa (FAGUNDES; OLIVEIRA, 2017).

Pesquisa sobre conhecimento dos homens relacionado ao trabalho de parto e nascimento apontou que dentre os principais motivos para a ausência do homem nos serviços de saúde estavam a dificuldade de acesso em função da necessidade de manutenção de um emprego fixo, o desejo de ser bem acolhido, tempo de espera em filas, ausência de vínculo com os profissionais e a garantia de atendimento individualizado (SEPARAVICH; CANESQUI, 2020), corroborando com os discursos dos homens entrevistados.

A literatura explicita que alguns profissionais de saúde contribuem para a estereotipização da assistência ao homem, através da generalização de que o masculino prefere rapidez e resolutividade em detrimento a um cuidado mais holístico. Esse comportamento fortalece as ações ineficientes no atendimento as diversas demandas da população masculina e favorece o distanciamento entre os homens e os serviços de saúde (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016).

Por último, a ausência de sensibilidade e a construção conservadora da identidade masculina também marcaram algumas falas, demonstradas através da desnecessidade da presença do homem em ações inclusivas e incentivadoras da paternidade durante o pré-natal. Para tanto, investigação qualitativa com 15 homens aponta que o enraizamento da masculinidade dominante na população se deve à cultura e a forma como as relações fraternais são desenvolvidas ao longo da criação (SEPARAVICH; CANESQUI, 2020). A privação de sentimentos e o compartilhamento de símbolos masculinos fazem parte da estrutura social do Brasil, o que impacta diretamente no reflexo e no conceito de saúde e bem-estar (ARRUDA; MATHIAS; MARCON, 2017).

Em Maringá-PR, aponta-se que a motivação pela procura da população masculina aos serviços públicos é mais curativa do que preventiva, que é um conceito da masculinidade histórica dominante, segundo os entrevistados, o homem saudável não precisa estar sob atenção de saúde, a não ser que seja realmente necessário (ARRUDA; MATHIAS; MARCON, 2017).

Essa visão curativa do homem pode afetar o pré-natal no âmbito familiar, pois a ausência do companheiro nas consultas provoca sentimentos de solidão e desestímulo à realização do pré-natal. O envolvimento paterno no pré-natal tem uma influência positiva sobre a redução do uso de drogas lícitas e não-lícitas, diminuição da violência familiar e a longo prazo na autoestima do filho e no cuidado responsável com a família (FERREIRA, et al, 2016; SOARES, et al, 2015).

Assim, um dos grandes desafios da saúde coletiva é desenvolver estratégias de promoção à saúde do público masculino em consonância com as singularidades regionais. O conceito de gênero, ressignificado pelos movimentos sociais, passou a analisar novos referenciais teóricos que lidam com o rompimento da perspectiva masculino/feminino e os seus papéis sociais e familiares. O Gênero consiste em categoria histórica, analítica e relacional e deve ser

considerado nos serviços de saúde, principalmente na atenção ao pré-natal do parceiro, com incentivo à expressão de angústias e anseios, cujos pais, enquanto seres humanos dotados de subjetividade e sentimentos carecem de respeito e cuidado.

A resistência dos homens em pesquisas dessa natureza que envolva a expressão da percepção sobre a sua presença na unidade de saúde, seja por vergonha na comunicação, necessidade de retorno ao trabalho, pela sensação de desmérito em estar com a gestante e/ou perda tempo no acompanhamento pré-natal, constituiu-se limitação nesta pesquisa.

Esse estudo traz impacto sobre a atenção primária a saúde quando fornece subsídios à incorporação de estratégias que incentivem e firmem a presença do homem no pré-natal, assim a gestão em saúde e os profissionais devem encontrar ferramentas pertinentes e condizentes ao rearranjo da assistência voltada à população masculina e o seu compromisso e protagonismo com a paternidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos apontaram percepções positivas, perpassando pela transformação da paternidade, ressignificação de vivências anteriores – seja na criação recebida enquanto filho ou na execução do papel de pai com outra família formada no passado – e por fim, no firmamento da necessidade de cuidado de si, por meio do atendimento em saúde disponível na atenção primária e na construção da obrigação moral do cuidado do outro, seja da companheira ou do filho vindouro.

Em relação às percepções insatisfatórias sobre o pré-natal, vulnerabilidades relacionadas aos profissionais de saúde evocam a desatenção ao homem subjetivo, culminando na falta de visibilidade dele enquanto parcela importante do processo gestacional. Outros elementos, como atividades trabalhistas e desvalorização da necessidade da sua presença no serviço de saúde fortalece a percepção da masculinidade alicerçada na provisão da família e não no cuidado afetivo.

REFERÊNCIAS

GOMES, Romeu et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1545-1552, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1545-1552/pt/>. Acesso em: 22 de mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança . Brasília: Ministério da Saúde, 2018 a. 17 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_homem_trabalhador_envolver_planejamento.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.:

RIBEIRO, Cláudia Regina; GOMES, Romeu; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 3589-3598, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015001103589&script=sci_abstract&tlng=pt

BRASIL. Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União: seção 3, Brasília, DF, ano 146, n. 5, p. 32, 27 ago. 2009. Gabinete do Ministro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cartilha para pais: como exercer uma paternidade. Brasília : Ministério da Saúde, 2018 b. 28 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pais_exercer_paternidade_ativa.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Ed. Revista e Ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes; GOMES, Romeu; RIBEIRO, Claudia Regina. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00060015, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000400710&lng=pt&tlng=pt

FAGUNDES, Daniely Quintão; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL PARCIAL DO TEÓRICO REFERENCIAL DE PAULO FREIRE. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 223-243, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462017000100223&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 de julho de 2020.

BARROS, Camylla Tenório et al. "Mas se o homem cuidar da saúde fica meio que paradoxal ao trabalho": relação entre masculinidades e cuidado à saúde para homens jovens em formação profissional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 423-434, Jun. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902018000200423&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Jul. 2020.

MELO, Raimunda Maria de et al. Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 454-459, Set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000300454&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Jul. 2020.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Masculinidades e cuidados de saúde nos processos de envelhecimento e saúde-doença entre homens trabalhadores de Campinas/SP, Brasil. **Saude & sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, e180223, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902020000200302&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Jul. 2020.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de; MATHIAS, Thais Aida de Freitas; MARCON, Sonia Silva. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 279-290, jan. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017000100279&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2020

FERREIRA, Larilla Silva et al. Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. **Rev Rene**, v. 17, n. 3, p. 318-323, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3444>. Acesso em: 25 jul. 2020.

SOARES, Rachel Leite de Souza Ferreira et al. Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 409-416, Set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300409&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Jul. 2020.

PEREIRA, Jamile; KLEIN, Carin; MEYER, Dagmar Estermann. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 132-146, June 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 27 July 2020.

Capítulo 45

OS DESAFIOS DA ACESSIBILIDADE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

THE CHALLENGES OF ACCESSIBILITY OF THE ELDERLY IN PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL: A SYSTEMATIC REVIEW

Mariana Silva Almeida¹
Andreza Alves de Sousa²
Ariany Vidal Alves³
Lara Albuquerque Braga⁴
Maria Helena Marque Magalhães⁵
Maria Luiza Miranda Carneiro⁶
Gabriela Fernandes Oliveira Marques⁷

RESUMO: A ascensão do número de idosos traz consigo uma mudança demográfica nacional e epidemiológica, necessitando-se de medidas mais eficazes para uma melhor acessibilidade dessa população ao serviço de saúde. Assim, este estudo objetiva caracterizar e avaliar a qualidade da atenção primária à saúde do idoso, mediante uma revisão sistemática com buscas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), abrangendo bases de dados, como SCIELO e LILACS. Utilizaram-se os descritores “atenção primária”, “acessibilidade do idoso” e “agentes comunitários de saúde”. As buscas foram limitadas por língua (inglês, português e espanhol) e por data de publicação (2016-2020). Com este estudo, evidenciou-se um espectro variável de obstáculos que se interpõem a um acesso de qualidade à Atenção Primária à Saúde, indo desde dificuldades no deslocamento até a insuficiência de recursos humanos. Conclui-se que deve haver um maior empenho governamental para melhorias no setor da saúde, no intuito de um melhor atendimento aos idosos.

Palavras-chave: Idoso. Acessibilidade. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The rise in the number of elderly people brings with it a national demographic and epidemiological change, and more effective measures are needed to make this population more accessible to the health service. Thus, this study aims to characterize and evaluate the quality of primary health care for the elderly, through a systematic review with searches in the Virtual Health Library (VHL), covering databases such as SCIELO and LILACS. The descriptors "primary care", "accessibility of the elderly" and "community health agents" were used. Searches were limited by language (English, Portuguese and Spanish) and by date of publication (2016-2020). With this study, a variable spectrum of obstacles to quality access to Primary Health Care was highlighted, ranging from difficulties in displacement to insufficient human resources. It is concluded that there should be a greater government effort for improvements in the health sector, in order to provide better care to the elderly.

Keywords: Elderly. Accessibility. Primary Health Care.

1. Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde para a população, sendo, portanto, a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal nível de atenção caracteriza-se por um conjunto de ações de

¹ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: mary_silvaalmeida_@hotmail.com.

² Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: andresalves2010@hotmail.com

³ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: arianyvidal@hotmail.com

⁴ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: laralbraga@hotmail.com.

⁵ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: mariahelenamm7@gmail.com.

⁶ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: marialuizafmcarneiro@hotmail.com.

⁷ Especialista em Transtorno do Espectro do Autismo (INESP); Mestre em Ciências Fisiológicas (UECE); Doutoranda em Biotecnologia de Recursos Naturais (UFC) e docente do Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS. E-mail: gabriela.marques@unichristus.edu.br.

saúde, em âmbito individual ou coletivo, que abrange promoção e prevenção de saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção de saúde (SELLERA, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população idosa corresponde ao grupo de indivíduos acima de 60 anos nos países em desenvolvimento, assim como no Brasil. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou projeções que, em 2020, o Brasil contabilizaria cerca de 30 milhões de idosos, caracterizando a 6ª maior população de idosos no mundo (MELO, 2016). Nesse aspecto, a quantidade de idosos vem aumentando, cada vez mais, no país, dando início a uma inversão da pirâmide etária, evidenciando a importância de assistir essa parcela populacional. Tal crescimento decorre do aumento da expectativa de vida, devido às mudanças socioeconômicas, aos avanços políticos e científicos na saúde (SILVA, 2018).

Essa transformação da estrutura demográfica provoca, conseqüentemente, alterações no perfil epidemiológico do país, prevalecendo Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), que geram maior demanda pelo serviço público de saúde devido às complicações recorrentes ou da maior utilização dos serviços por parte dessa parcela da população. Porém, os determinantes de saúde e doença dos idosos vão além dessas enfermidades, incluindo, também, as condições econômicas e os contextos sociais nos quais estão inseridos, configurando maior vulnerabilidade entre esse grupo social (LINS, 2019).

Diante dessa crescente ascensão, foi notada pelo MS a necessidade de atender à grande demanda dessa população, o que levou à atualização, em 2006, de algumas diretrizes da Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa (PNSPI), que já estava em vigor desde 1994, dando ainda mais importância para a saúde do idoso. Tal política tem como objetivo a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde, baseando-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo ações no âmbito individual e coletivo, garantidas pela APS (RÊGO, 2017).

O plano de ação em saúde é uma estratégia que consiste em projetar, implementar e avaliar um conjunto de propostas de ação cujo intuito é intervir em uma determinada realidade. Em relação a tal plano, este deve garantir a acessibilidade em todos os aspectos: geográfico, gerenciando a localização da unidade de saúde; organizacional, prestando cuidados adequados às necessidades da população; sociocultural, devido à adaptação aos costumes da população beneficiada (PEDRAZA, 2018).

Deve-se enfatizar que a promoção do envelhecimento ativo, ou seja, saúde, segurança e participação, melhoram a qualidade de vida dos idosos. Em razão disso, a atenção primária é bastante importante, especialmente para os idosos, e as barreiras que impedem seu acesso podem ser extremamente prejudiciais (CAMPOS, 2015).

Na população idosa, as principais dificuldades de interação com o serviço de saúde são a locomoção, a cognição e, ainda, a falta de uma rede de apoio familiar. Tais problemas mostram como também é de extrema importância a ação conjunta e efetiva dos agentes comunitários de saúde (ACS), pois, com uma busca ativa, eles podem identificar quais idosos possuem maiores problemas de interação e, assim, montar um plano de ação multidisciplinar para promover um melhor serviço a essa população. Dessa forma, os ACS se destacam por essa possibilidade de

desenvolver um acompanhamento da situação da saúde da comunidade, de modo a orientá-la e a encaminhá-la ao serviço para identificação de risco e vulnerabilidade (PAIVA, 2018).

Com base no exposto, o presente estudo tem como objetivo caracterizar/avaliar, por meio de uma revisão sistemática, a qualidade da atenção primária à saúde do idoso, e, tendo em vista a importância de tal assunto, é de extrema valia que exista o desenvolvimento de um maior número de pesquisas voltado a essa área.

2. Desenvolvimento

2.1. Métodos

Tipo de estudo:

O estudo em questão trata de uma revisão sistemática, o qual seguiu as seguintes etapas:

- 1) pesquisas com base em questões que pudessem orientar na formulação de uma pergunta clara e na busca pelo assunto;
- 2) busca pelas evidências por meio de diversas fontes para localização dos estudos;
- 3) revisão e seleção dos estudos, por meio da definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados;
- 4) organização e análise dos dados, levando, em consideração, a qualidade metodológica dos dados;
- 5) apresentação dos resultados encontrados.

Bases de dados:

Para identificar os estudos que abordavam o tema, foram utilizadas buscas sistemáticas na BVS, abrangendo bases de dados, como SCIELO e LILACS. Os descritores utilizados nas bases de dados foram atenção primária, acessibilidade do idoso e agentes comunitários de saúde.

Critérios de inclusão e exclusão:

Para seleção dos estudos, utilizaram-se, como critério de inclusão, estudos completos, realizados no Brasil, nos idiomas inglês, português e espanhol, que abordavam o tema acessibilidade do idoso na atenção primária e que foram publicados entre os anos de 2016 e 2020.

Foram excluídos revisão de literatura e revisão sistemática, artigos de anos anteriores a 2016 e artigos que não abordavam o contexto da atenção primária.

2.2. Resultados

Fizeram parte do escopo inicial desta revisão 21 artigos sobre o tema. Após uma análise mais rigorosa, dez foram excluídos e, dos nove restantes, dois não estavam entre os anos de 2016-2020, três abordavam conteúdos que não se relacionavam com o tema, dois não abordavam a atenção primária e três foram excluídos por serem artigos de revisão.

A amostra da revisão sistemática resultou em dez estudos primários. Assim, foi observado que 2017 (quatro estudos), 2018 (dois estudos) e 2019 (quatro estudos) são os anos com maiores números de publicações referentes ao tema.

Dos estudos selecionados, seis foram feitos por estudo transversal, dois foram pesquisas exploratórias quantitativas, um foi pesquisa exploratória qualitativa e um foi quantitativo descritivo. As tabelas, a seguir, mostram a síntese dos principais resultados encontrados.

Tabela 1- Características dos estudos selecionados (ano, país, tipo de estudo, periódico, título)

Ano/país	Tipo de estudo	Periódico/ título
2017/ Brasil	Quantitativo descritivo	Revista mineira de enfermagem / ACESSO DE IDOSOS ÀS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.
2017/ Brasil	Transversal	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia/ Fatores associados ao atendimento a idosos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde.
2017/ Brasil	Transversal	Revista de saúde pública/ Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional.
2017/ Brasil	Exploratório descritivo com abordagem quantitativa	Revista ciência plural/ AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVA DE USUÁRIOS.
2018/ Brasil	Transversal	Revista Ciência & Saúde Coletiva / Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos.
2018/ Brasil	Pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo	Revista de Saúde Coletiva/ Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado.
2019/ Brasil	Exploratório, descritivo,	Revista gaúcha de

	com abordagem quantitativa	enfermagem/ Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde segundo o nível de satisfação dos idosos.
2019/ Brasil	Quantitativo de corte transversal	Saúde em debate/ Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados.
2019/ Brasil	Transversal	Revista latino-americana de enfermagem/ Estratos de risco e qualidade do cuidado com a pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde.
2019/ Brasil	Transversal	Ciência & Saúde Coletiva/Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família.

Fonte: Tabela criada pelos próprios Autores

Tabela 2 - Características dos estudos selecionados (objetivo, metodologia e resultados)

Objetivos	Metodologia	Resultados
Avaliar a acessibilidade para idosos às Unidades de Atenção Primária de zonas urbanas e rurais.	Estudo realizado em 16 municípios no estado do Ceará. Foram selecionadas 157 unidades de atenção primária como amostra para análise. Para a coleta de dados, utilizaram-se câmeras fotográficas, trenas manuais e instrumento composto de itens de identificação da unidade de saúde, além dos tópicos via pública e acesso ao prédio.	Unidades de saúde rurais e urbanas apresentaram condições insatisfatórias de acessibilidade nas vias públicas e nenhuma acessibilidade aos prédios, comprometendo o atendimento aos idosos. Tais fragilidades, como a insuficiência de faixas de pedestre, já que é de extrema importância para o idoso atravessar de uma calçada a outra com segurança; meio-fio rebaixado, essa medida ajudaria na prevenção de queda e sinalização de trânsito. Desse modo, evidencia que ainda é necessário elaborar novas estratégias para a melhoria da acessibilidade do idoso aos sistemas de saúde.

<p>Analisar os fatores associados ao atendimento a idosos em Unidade de Pronto Atendimento, por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>O estudo foi realizado em uma UPA que abrange cerca de 200.000 pessoas. Na realização do cálculo amostral, levantou-se o número de idosos atendidos na UPA nos últimos quatro meses, resultou-se em uma média de 300 indivíduos idosos atendidos mensalmente.</p>	<p>Os dados apontaram que as pessoas com presença de morbidade crônica possuem mais chances de procurar a Unidade de Pronto Atendimento antes da Unidade Básica de Saúde e têm mais chances de serem encaminhadas pela própria unidade para assistência.</p> <p>A insuficiente oferta de recursos humanos no primeiro nível de atenção do serviço de saúde aparece como fator associado à procura dos idosos pela assistência por condições sensíveis à atenção primária.</p>
<p>Analisar o uso de serviços de saúde e a qualidade da atenção médica recebida por idosos brasileiros com e sem limitação funcional.</p>	<p>As análises principais foram baseadas em amostra nacional representativa de 23.815 participantes da Pesquisa Nacional de Saúde com 60 anos ou mais. Os dados da PNS foram utilizados com o objetivo de analisar o uso de serviços de saúde e a qualidade da atenção médica recebida na percepção de idosos brasileiros com e sem limitação funcional.</p>	<p>Os usuários do sistema público com limitações funcionais fizeram pior avaliação da liberdade para escolha do médico e do tempo de espera para a consulta, em comparação aos usuários do mesmo sistema sem essas limitações.</p>
<p>Avaliar, por meio da percepção dos usuários idosos, a qualidade da assistência da equipe profissional na Atenção Primária à Saúde da pessoa idosa.</p>	<p>A escolha da amostra se deu de modo aleatório, mediante um sorteio com base no cadastro da rede de APS do município. A pesquisa trata de uma avaliação da qualidade do atendimento multiprofissional e sua relação quanto à rotatividade dos profissionais nas unidades. A amostra calculada total foi de 130 sujeitos, e a coleta de dados foi realizada em domicílio.</p>	<p>A atuação dos profissionais da APS foi adequada, o que confere boa qualidade aos serviços. Porém, ainda existem fragilidades relacionadas à carência em educação em saúde, como a insuficiência na prevenção de câncer, no controle de quedas e na orientação quanto à importância da prática de atividades físicas.</p>
<p>Avaliar a acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva dos idosos em um município do Nordeste brasileiro.</p>	<p>A amostra de estudo, assim, foi estimada em 420 idosos.</p> <p>Foram coletadas informações socioeconômicas e demográficas dos idosos e sua avaliação acerca da acessibilidade (organizacional, sociocultural e</p>	<p>Na avaliação dos questionários, foi evidenciado que os idosos ainda enfrentam dificuldades no que tange à acessibilidade organizacional, que persiste tanto na procura, quanto na utilização dos serviços.</p>

	econômica) aos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF).	
Analisar o potencial da visita domiciliar como instrumento de prática de cuidado e fortalecimento de vínculo junto à população idosa em território de alta vulnerabilidade.	Foram realizadas observações de participantes sistematizadas em diários de campo, além de entrevistas semiestruturadas com agentes comunitários de saúde de uma Unidade de Saúde da Família, utilizando-se ACSs do sexo feminino, na faixa etária entre 29 e 40 anos, com a realização de um total de 12 visitas.	O ACS ocupa um lugar afetivo-técnico importante na ESF, potencializando ações de promoção à saúde dos idosos na comunidade, por meio do acolhimento e da escuta atenta, os quais são a base da relação com os idosos, o que evidencia sua importância na assistência e no cuidado com esses indivíduos.
Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde segundo o nível de satisfação dos usuários idosos.	Para a coleta de dados, o <i>Service Quality</i> (SERVQUAL) foi adaptado ao contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e foi elaborado um questionário. Os dados foram analisados por meio de técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. A população da pesquisa foi constituída pelos 78.455 indivíduos com idade igual ou maior de 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados nas 180 UBS/ESF, e conta com uma amostra de 281 usuários idosos.	Foram evidenciados resultados negativos para todas as questões referentes aos atributos do atendimento nos serviços das UBS/ESF. Podem-se citar alguns exemplos: sala de espera e consultório confortáveis, materiais informativos de fácil entendimento, informação de data e horário do serviço a ser prestado e equipe de saúde capacitada para tratar corretamente os problemas da população idosa. Vale ressaltar que esse resultado negativo, independentemente do tamanho, traduz as falhas do serviço identificadas pelos usuários idosos, e esses resultados são responsáveis por produzir baixa satisfação.
Estimar o risco de fragilidade em idosos comunitários e seus fatores associados.	A população do estudo foi constituída por idosos adscritos a Unidades de Saúde da Família do município de Recife (PE). A fragilidade foi avaliada por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional. A população da pesquisa é de 2907 indivíduos, sendo definida uma amostra	Sobre o desenvolvimento de fragilidade, idosos com idades entre 71 e 80 anos apresentam oito vezes mais risco; na faixa etária de 81 a 90 anos, o risco é nove vezes superior. Idosos sujeitos à desnutrição possuem o dobro de risco e esse fator aumenta em cinco vezes o risco de fragilidade.

	equivalente de 179 idosos.	Entretanto, a desnutrição é passível de modificação, a partir do manejo e assistência efetiva na atenção básica de saúde.
Identificar padrões de associações entre o grau de conformidade às solicitações de exames laboratoriais por estratos de risco, bem como os parâmetros de resultados da qualidade do cuidado prestado ao idoso com condições crônicas na APS.	Utilizaram-se questionário semiestruturado e dados de prontuário eletrônico. Para avaliação da qualidade do cuidado, utilizou-se o questionário Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Realizaram-se análise descritiva, análise de correspondência múltipla e agrupamento k-means. A amostra da linha de base do estudo é constituída por 300 idosos aleatorizados.	Constataram-se baixa conformidade da prática assistencial e assimetrias entre oferta de ações em saúde e necessidades dos usuários, indicando falhas no processo de cuidado com o idoso na APS.
Analisar a prevalência de vulnerabilidade e os fatores associados em idosos atendidos pelas Estratégias Saúde da Família do município de Várzea Grande (MT).	A variável dependente, vulnerabilidade, foi investigada por meio do The Vulnerable Elders Survey. As variáveis independentes analisadas foram as sociodemográficas e as condições de saúde. O estudo dispõe de uma amostra de 377 idosos.	A prevalência de vulnerabilidade encontrada foi alta ao ser comparada com outros estudos realizados com idosos da comunidade.

Fonte: Tabela criada pelos próprios Autores

2.3. Discussão

Sabe-se que a acessibilidade é um dos sustentáculos que asseguram o usufruto do Sistema Único de Saúde (SUS) pela população no Brasil. No entanto, apesar dos muitos avanços alcançados nesse contexto ao longo de sua história, verifica-se que determinados grupos populacionais, como os idosos, possuem mais obstáculos no tocante à acessibilidade, principalmente na rede de atenção primária, colocando-os em um patamar de maior vulnerabilidade social (MARTINS, 2014).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), observa-se que a população brasileira tem passado por um intenso processo de envelhecimento durante as últimas décadas, o que tem recebido um foco especial dos gestores de saúde para o desenvolvimento de estratégias voltadas para essa parcela de indivíduos. Desse modo, a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) busca estabelecer diretrizes que assegurem, satisfatoriamente, o direito ao acesso a uma saúde de qualidade durante o processo de senescência dentro da atenção primária (Brasil, 2006).

Outrossim, ressalta-se que a promoção do envelhecimento de forma ativa, isto é, desprovida de inaptidões não fisiológicas e incapacitantes, assim como o tratamento de

enfermidades e seus agravos também devem estar inclusos nas políticas de saúde (OMS, 2005). Por isso, a atenção primária possui tanta relevância, principalmente para a população idosa, e os obstáculos que venham a barrar seu canal de acesso são, potencialmente, danosos.

À luz dessas considerações, os resultados obtidos nos estudos avaliados revelam condições insatisfatórias de acessibilidade relativas à estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (FREITAG-PAGLIUCA, 2017) ou ao tempo de espera, mal avaliado pelos usuários com limitações funcionais (SILVA, 2017), embora evidencie-se boa qualidade dos serviços providos pelos profissionais da APS (FREITAG-PAGLIUCA, 2017; SOUZA, 2017). Em contrapartida, outros estudos revelaram falhas no processo de cuidado com o idoso (SILVA, 2019), baixa satisfação com o serviço e insuficiência da oferta de recursos humanos neste nível de atenção à saúde.

Também foi observada uma priorização de atendimento em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) por usuários com morbidades crônicas (RÊGO, 2017), o que revela desinformação no âmbito da acessibilidade organizacional ou, ainda, falta de confiança no atendimento no nível primário. Nessa perspectiva, observou-se, sobretudo, a importância de análises constantes e da elaboração de estratégias baseadas nos parâmetros anteriormente mencionados (LIMA-COSTA, 2003), uma vez que isso ajuda a sanar, na maioria dos casos, limitações relativamente simples que impedem a população idosa de ter um aprimoramento do atendimento do sistema de saúde público no contexto da rede de atenção primária.

Ademais, durante o planejamento das políticas públicas voltadas para essa população, torna-se oportuno classificar falhas mais gerais e aquelas vinculadas a cada unidade de saúde (CAMARANO *et al*, 2004), visto que a execução das ações de melhorias depende, em grande parte, das demandas e peculiaridades de cada local, além do engajamento de todos os profissionais que atuam na gestão dessas unidades.

3. Considerações Finais

Apesar das estratégias implementadas para a melhoria da qualidade de atendimento da população idosa no âmbito da Atenção Primária, ainda é observado, baseando-se nos artigos de referência, que existem empecilhos sólidos para que não haja uma plena atividade da saúde para a população em questão. Além das dificuldades de acesso aos postos de saúde por idosos com limitações físicas, a não capacitação adequada dos profissionais que lidam com essa população diariamente é um fator relevante e que gera uma insatisfação nesse grupo.

Dessa forma, consolida-se que ainda há uma grande lacuna na saúde, a qual deve ser estudada e corrigida para melhor atendimento dos pacientes, seja com melhorias estruturais, seja com melhor treinamento dos profissionais das unidades.

4. Referências

- AMARAL, Adaise Passos Souza et al. Acessibilidade nas unidades de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**. Recife, v. 11, n. 11, p. 4638- 4644, nov. 2017.
- ANDRADE, Luiza Amélia Freitas de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde segundo o nível de satisfação dos idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 40, e20180389, ago.2019.
- ASSIS, Audrey Silva de; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto de. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280308, out. 2018.
- CABRAL, Juliana Fernandes et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3227-3236, set. 2019.
- CAMPOS, Ana Cristina Viana; FERREIRA, Efigênia Ferreira e; VARGAS, Andréa Maria Duarte. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2221-2237, jul. 2015.
- CARAMANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro. **Caramano AA, organizadora. Os Novos Brasileiros: muito além dos**, v. 60, p. 25-73, 2004.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 735-743, 2003.
- LINS, Maria Eduarda Moraes et al. Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 520-529, abr/jun. 2019.
- MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 288-295, set. 2017.
- MELO, Natália Calais Vaz de et al. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 139-151, jan/fev. 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSPI, Portaria N° 2528 de 19/10/2016.
- Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag et al. Acesso de idosos às unidades de atenção primária à saúde. **REME – Rev Min Enferm**. Minas Gerais, v. 21, n. e-1021, jun. 2017.
- PAIVA, Karina Mary de; HILLESHEIM, Danúbia; HAAS, Patrícia. Atenção ao idoso: percepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em uma capital do sul do Brasil. **CoDAS**. v. 31, n. 1, e20180069, fev. 2019.
- PEDRAZA, Dixis Figueroa et al. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 923-933, mar. 2018.
- RÊGO, Anderson da Silva et al. Fatores associados ao atendimento a idosos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 778-789, nov/dez. 2017.
- SELLERA, Paulo Eduardo Guedes et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1401-1411, abr. 2020.
- SILVA, Alexandre Moreira de Melo et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Rev Saude Publica**. São Paulo, v. 51, supl 1:5s, jun. 2017.

SILVA, Líliam Barbosa et al. Estratos de risco e qualidade do cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 27, e3166, out. 2019.

Capítulo 46

OS IMPACTOS DO NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

THE IMPACTS OF THE NEW PRIMARY HEALTH CARE FINANCING MODEL: A LITERATURE REVIEW

Verônica Eglina Farias¹
Geison Vasconcelos Lira²

RESUMO: Com as mudanças da lógica de repasse dos custos para atenção primária à saúde, o presente artigo tem o objetivo de realizar uma busca das evidências científicas sobre o novo modelo de financiamento, Brasil Previne, destinado a atenção primária à saúde através de uma revisão de literatura. Diante do modelo de repasse findando em capitação pondera e pagamento por serviços de saúde é de extrema necessidade uma vigilância para os reais efeitos do novo modelo de financiamento que coloca em risco a nossa atenção básica a saúde e o nosso sistema de saúde universal e igualitário.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Financiamento em saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT: Based on the changes in the cost transfer logistics for Primary Health Care in Brazil, this article aims to investigate, through literature review, if there are and which would be the scientific evidences on the new financing model, the “Brasil Previne”, intended for Primary Health Care. It turns out that, in view of this transfer model, it is extremely necessary to monitor the real effects of the new financing model, as it puts at risk the Primary Health Care in Brazil and our universal and egalitarian health system, ending in capitalization of Health services.

Keywords: Primary Health Care. Health Funding. Unified Health System. Family Health.

Introdução

A conquista por um sistema de saúde universal e igualitário que fosse acessível a todos, em especial, as camadas mais populares, não foi fácil, decorrente de uma luta árdua e progressiva que pendura até os dias atuais. Diversos movimentos populares e conferências de saúde fizeram parte deste cenário, em especial, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1976), que trouxe à tona três temas principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e o financiamento setorial. Estes questionamentos serviram como premissas para os movimentos que idealizavam a saúde como um direito de todos (MENDES, 2015).

A medida que o movimento sanitário crescia, a saúde seguia um novo propósito, principalmente sobre influência do cenário de redemocratização no Brasil. Com a Constituição de 1988, ficou expresso o dever de o Estado de zelar pela saúde da coletividade, conforme consta no artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, 1988, p.118).

¹Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará-UFC. E-mail: veronica_egline17@hotmail.com

² Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará; Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pela UFC. E-mail: vasconlira@gmail.com

Assim permanece expresso constitucionalmente o Sistema Único de Saúde fundamentado na universalidade, equidade e integralidade. Este centrado nas ações de saúde de cunho individual e coletivo, possuindo sua essência findada na Atenção Primária à Saúde (GIOVANELLA et al.2009). O SUS tem suas bases jurídicas estabelecidas pelas seguintes leis: 8.142/90 e 8.080/90, a primeira refere-se à participação da comunidade na gestão do SUS e transferências de recursos, já esta última diz respeito sobre a organização e o funcionamento dos serviços ofertados pelo sistema de saúde público (BRASIL,1990).

As transferências de recursos no Sistema Único de Saúde se dão de forma compartilhada com as três esferas de governo tendo como base o princípio da descentralização. No entanto, desde da sua implementação enfrenta vários impasses no que se refere transferência de recursos, sendo um deles o subfinanciamento (BARROS et al.2016).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2016) o número de beneficiários com os serviços suplementares(privado) no SUS saltou de 16,7 milhões no ano de 2000 para 49,7 milhões em 2015, contudo parte destas ações são ofertadas pelo sistema público. Outro ponto que chama atenção são as renúncias fiscais, tanto para os trabalhadores como para empregadores, ou seja, a redução do imposto de renda, caso haja gastos em saúde, isso reflete consideravelmente nas arrecadações do sistema público. De acordo com OCKÉ-REIS (2013) o Brasil deixou de arrecadar no período de 2003 a 2011 cerca de R\$ 197.786 milhões relacionados a dispensa fiscal, principalmente referente a isenção concedida as unidades filantrópicas e as indústrias químicas e farmacêuticas. Nessa mesma prisma, FIGUEIREDO et al (2018), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (2018) e SERAPIONI (2019) consideram estas eventualidades como o lado smithiano do Sistema de Saúde brasileiro, este modelo (Adam Smith) adotado pelo EUA, financiado pelos empregadores e voluntários de forma predominantemente privada.

Outro dado relevante quando se fala em gastos públicos está relacionado ao consumo equivalente do produto interno bruto (PIB) com saúde. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Brasil, teve um custo total com gastos públicos e privados, equivalente a 9.2% do PIB no ano de 2017 esta porcentagem se aproxima de outros países que adotam o sistema universal, como Reino Unido, Alemanha, França, Espanha, contudo quando desviamos olhar restritamente para os gastos com os serviços de saúde, o Brasil despenca quando comparado a estes países e aos membros da (OCDE) que apresentam um gasto de 70% dos recursos em saúde, enquanto o Brasil, gira em torno de 56% para gastos privados, ultrapassando os EUA (53,4%) e 45% com sistema público de saúde, reafirmando a colocação citada anteriormente, o lado smithiano do Sistema de Saúde brasileiro(OCDE,2018).

Os dados acima evidenciam um distanciamento das premissas adotadas pelo sistema universal de saúde. Recentemente, no ano de 2016, foi promulgado a Emenda Constitucional Nº95/2016 (EC/95) que instituiu um novo regime fiscal com o objetivo de limitar os gastos públicos pelos próximos 20 anos, conquanto um estudo realizado por VARÃO JUNIOR et al (2017) com o propósito de avaliar os impactos da EC/95 evidenciou que existe uma tentativa do Estado em

diminuir os gastos públicos a partir das despesas primárias, entretanto, reflete de maneira distinta em diversas “áreas de ação governamentais, prejudicando algumas mais do que outra” é o que aponta também a Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) ao demonstrar uma diminuição de orçamentos direcionados as políticas públicas e aos direitos sociais.

Ratificando que as consequências são/serão sentidas prejudicando assim as ações de saúde direcionadas para classe social mais carente, conforme cita DWEK e MARTINS (2018) ao considerarem que os impactos da EC/95 serão sentidos pela APS como aumento da mortalidade infantil e redução da oferta de vacina.

Além de tudo esta emenda revogou a EC 86/2015 que modificava o cálculo de aplicação do governo federal da Receita Líquida Corrente, como cita Mendes (2016) “observa-se uma perda de 9,2 bilhões para o orçamento do Ministério da Saúde” e com menos de ano da vigência da EC/95 já se tem indícios de repressão para a saúde. Percebemos o definhamento dos princípios do SUS, sobretudo na garantia de políticas públicas que visem a promoção e a prevenção da saúde. MELO et al (2019) também reforça a ideia de que “os problemas crônicos de financiamento” se dilataram principalmente por conta da intensificação de “reformas calcadas na austeridade fiscal e na restrição de gastos públicos”.

Nessa mesma linha, no ano de 2019, foi a vez das mudanças nos repasses de recursos financeiros destinados à atenção básica em saúde, com a introdução do programa “Brasil Previne”, que altera o modelo de repasse dos recursos para atenção básica, que antes fundamentado no Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, regular e automático baseado na população estimada e nas condições socioeconômicas do município e no PAB Variável referente a adesão a estratégia Saúde da Família, agora passa a ser por capitação ponderada equivalente ao número de pessoas cadastradas no Sistema de Informação em Saúde para atenção básica (Sisab), incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde e no pagamento por desempenho considerando sete indicadores, são eles: *indicador 1*-proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20 semana de gestação; *indicador 2*-proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; *indicador 3*- proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; *indicador 4*-cobertura de exame citopatológico; *indicador 5*- cobertura vacinal de poliomielite inativada e de Pentavalente; *indicador 6*- percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre, *indicador 7*-percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2020). Atenção Básica já vem passando por modificações ao longo dos anos, como a nova Política Nacional de Atenção Básica 2017 que minimiza a assistência a saúde a medida que a Atenção básica retorna “aos conceitos tradicionais”, além disso ainda propõe uma mescla das atribuições técnicas de alguns profissionais como o Agente Comunitário de Saúde, Agentes de Controle de Endemias e Técnico de Enfermagem e a inserção de novos cargos, como Gerente da Unidade, este possuindo exigência acadêmica para desempenhar as funções apenas ao ensino superior em qualquer área de formação, ou seja, não necessariamente ser nas ciências da saúde

e isso poderá influir no direcionamento das ações da atenção básica (MENDES et al 2018; MOROSINI et al 2018).

A implementação da Portaria Nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 que institui o Brasil Previne, manteve alguns programas já existentes, como equipes de saúde bucal, consultórios de rua entre outros, todavia revoga alguns instrumentos estratégicos da atenção básica como o custeio federal do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), desta forma fica a cargo dos gestores municipais compor ou não suas equipes multiprofissionais, além disso podendo definir ainda a carga horária e os arranjos da equipe. “O fim do Nasf-AB” vai de encontro com os resultados das pesquisas, já que o mesmo é considerado uma ferramenta para melhoria da assistência na atenção básica, como mostra SERAPIONI et al (2019) ao considerar o Nasf-AB como estratégia para o aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro embasado principalmente na integralidade. É o que aponta também TESSER (2017), em seu estudo sobre as potencialidades e entraves do Nasf-AB ao revelá-lo como “um excelente protótipo de serviço especializado no SUS”.

O sistema de saúde brasileiro implantado com base no modelo APS, com o objetivo de atender mais de 80% das demandas da população, sendo assim resolutive e coordenadora do cuidado, equilibrando as procuras por intervenções secundárias, reorganizada e reestruturada pelo programa Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciado por volta de 1994, devido o avanço do Programa Agente Comunitário de Saúde, instituído com vários propósitos, como diminuir a mortalidade materna-infantil (BRASIL, 2016).

A Estratégia Saúde da Família tem como finalidade a expansão e consolidação da APS trabalhando com uma população adscrita, conhecendo os reais problemas e necessidades da comunidade, com o objetivo de promover, prevenir e reabilitar a saúde das pessoas que integram o território. Em um estudo feito por SILVA et al (2010) para avaliar a influência do programa Saúde da Família sobre a taxa de mortalidade infantil evidenciou uma efetiva redução em aproximadamente -4.39, é o que afirma também MACINKO et al (2015) ao destacar a expansão da APS no Brasil a partir do acesso aos serviços básico de saúde, com reconhecimento a nível internacional como exemplo de política de saúde pública.

Conforme os painéis dos indicadores da atenção primária à saúde, do ano de 1998 a 2018 o número de equipes ESF cresceu de 2mil para 43 mil e atualmente até abril de 2020 foram contabilizadas 44.716 mil equipes de Saúde da Família com um percentual de cobertura aproximadamente 65,36%, estes dados demonstram um progresso no que concerne a acesso aos serviço de saúde (BRASIL, 2020).

Mesmo diante dos dados apresentados ainda há muito o que melhorar, contudo o mínimo apresentado até aqui corrobora com o reconhecimento do programa saúde da família como algo que deu certo e poderia continuar, por outro lado, também se observa a desvalorização do controle social e das políticas públicas no atual cenário político-social do País. A partir destes questionamentos faz-se necessário discutir sobre o novo modelo de repasse dos recursos para a APS.

O presente estudo, tem o objetivo de analisar e refletir sobre o novo modelo de financiamento da Atenção Básica em Saúde (Brasil Previne) e os possíveis impactos com bases nas evidências científicas até o presente momento.

DESENVOLVIMENTO

MATÉRIAS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo sistemática. Para realizar a revisão de literatura foram pesquisadas na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), em todas as bases de dados. A pesquisa foi executada por meio do cruzamento de palavras chave descritas no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). As palavras chaves de busca foram: (atenção primária á saúde) AND (financiamento em saúde) AND (sistema único de saúde) AND (saúde da família).

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos artigos apenas em língua inglesa e portuguesa que estivesse sido publicado entre o período de janeiro de 2019 até os dias atuais, isto se justifica devido as mudanças no custeio da atenção primária em saúde ter iniciado no ano de 2019.

Foram excluídos artigos que estavam escritos em outras línguas que não aquela pré-estabelecidas, artigos publicados que não estavam dentro do período estabelecido e que não tratassem sobre o novo financiamento da APS.

Após a pesquisa inicial nas bases de dados com as palavras chave, respeitando os critérios escolhidos foram encontrados 12 textos na plataforma BVS e 11 na plataforma SciELO, no entanto, nesta última plataforma, 4 artigos estavam repetidos, e os demais também foram encontrados na BVS. Diante disso foram encontrados 19 estudos. Destes, 14 artigos foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios determinados e, principalmente, não terem ligação com a temática desta pesquisa. Finalizou-se com 4 estudos que refletem sobre os possíveis impactos do novo repasse de recursos da atenção básica. A sumarização dos dados contemplou o ano da publicação, metodologia, resultados e conclusão, estes são relevantes para alcançar o objetivo do estudo. A análise deste trabalho foi realizada através da união das informações em Word®.

RESULTADOS e DISCUSSÕES

A amostra final da revisão foi pequena em virtude de a temática ser uma discussão recente, com menos de um ano.

Tabela 1- Sumarização dos Estudo sobre o novo modelo de financiamento da APS.

Autor /ano de publicação	Metodologia	Resultados/conclusão
Massuda ,2020	Discutir os possíveis efeitos da nova política de financiamento com base nas tendências globais de financiamento de sistemas de saúde e de remuneração por serviços de saúde.	O novo modelo de financiamento é mais restritivo, podendo limitar a universalidade e ampliar distorções no financiamento.
Melo et al ,2019	Artigo de opinião com o objetivo de destacar os principais elementos de mudanças do novo modelo de financiamento e analisar as possíveis implicações para a APS no Brasil.	As mudanças podem ser potencialmente desestruturantes para a APS.
Harzheim et al ,2019.	Artigo reflexivo com o objetivo de apresentar um debate sobre a nova política de financiamento para a APS no Brasil através de uma consulta na literatura nacional e internacional, além do envolvimento de gestores municipais, estaduais e federais da APS	A partir do estudo o autor entende que o novo modelo de financiamento irá fortalecer os atributos da APS para tornar concreto os princípios de universalidade e equidade do SUS.

Os artigos analisados para esta revisão de literatura utilizaram a metodologia de reflexão, sobre os efeitos possíveis do novo modelo de custeio Federal da Atenção Básica.

MELO et al (2019), considera que o novo repasse de recursos trará instabilidades e incertezas para os municípios. MASSUDA et al (2018) faz referência a este cenário de incerteza ao citar que as modificações irão ferir o princípio da descentralização, já que os municípios ficarão a mercê das transferências de recursos, colocando as ações da APS em jogo, pelo o contrario, HARZHEIM (2019) acredita numa oferta de melhores recursos federais para aqueles municípios e

equipes que mais geraram indicadores e que mais trabalharam e com o fortalecimento dos princípios da universalidade e equidade.

Ao se referir as ações da atenção básica, estas voltadas para os problemas reais de saúde da população, principalmente das pessoas mais vulneráveis social e economicamente, “poderá sofrer efeitos perversos”, assim coloca MASSUDA (2018), já que o novo modelo de financiamento esta baseado no número de pessoas cadastradas gerando a possibilidade de uma atenção maior para os indicadores acarretando instabilidade para o modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família.

Nessa mesma linha, MELO (2019) reafirma o pensamento acima, ao considerar que este novo modelo não favorece e nem incentiva as ações direcionadas para o território e para a comunidade, sendo estas de grande relevância para a efetividade de intervenções no âmbito da promoção e prevenção da saúde, como prioriza o SUS. Possivelmente dará espaço para o modelo biomédico prevalecer, caminhado para afinamento do real objetivo da APS.

No que concerne ao repasse de recursos com base no número de pessoas cadastradas, e não mais o número de equipes, isto poderá gerar uma diminuição dos repasses para determinado município, este pensamento é colocado pelos dois autores MELO E MASSUDA, quando ambos consideram as fragilidades do sistema de informação-E-SUS, que recentemente passou por uma remodelação e principalmente as condições estruturais das unidades de saúde para realizar o cadastramento das pessoas acarretado numa diminuição do real recurso que aquele município por ventura necessita.

Por outro lado, MASSUDA aponta como vantagens: “a Adscrição da clientela, a responsabilização por determinada população e fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde/serviço” quando se usa o método de pagamento pela prestação de serviços de saúde. Afirma também HARZHEIM (2019) ao considerar que este modelo “objetiva induzir as equipes a trabalhar com maior responsabilização”, no entanto, MELO considera que isto pode gerar uma seletividade por parte da equipe em relação a escolha das pessoas as quais se responsabilizar, deixando os “grupos populacionais que exijam maiores esforços e cuidados de saúde á parte” contribuindo para restrições de acesso”, lesando a resolutividade da APS ao direcionar estes pacientes para o serviços de urgência, por exemplo. Além disso, o autor ainda considera a possibilidade de competição entre as equipes, já que o modelo de capitação dar aos usuários a opção de se vincular ao serviço que desejar.

MELO E MASSUDA alinham suas reflexões quando enxergam a capitação e a avaliação de desempenho como critérios negativos, no que tange a qualificação de serviços e a ampliação do acesso, estes dois pesquisadores renomados, sendo o primeiro integrante da Fundação Oswaldo Cruz, e este último da Fundação Getúlio Vargas caminham numa vertente direcionada ao pensamento de que o novo repasse de recurso federal será potencialmente desestruturante e malicioso para a APS e para o SUS a medida que amplia as “distorções no financiamento” preponderando o subfinanciamento público de saúde. Os dois autores ainda enfatizam o governo do atual Presidente Jair Bolsonaro com sua ideologia enraizada na extrema direita provocou uma

acentuada mudança na conjectura política do Governo Federal, citando como algo devastador o fim do programa Mais Médicos provocando a saída de mais de 8 mil médicos cubanos que atuavam nas áreas mais carentes do País.

Já HARZHEIM, pertencente a Secretária de Atenção Primária à Saúde, enfatiza a ideia de que o financiamento atual traz a “APS brasileira para o Século XXI” e destaca diferente, dos outros dois autores, a melhoria dos recursos e da cobertura ao demonstrar um “incremento imediato de recursos financeiros para mais de 4.200 municípios”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O novo modelo de financiamento como o próprio novo já diz, é algo novo, e com isso as evidências científicas ainda estão em posse de construção, no entanto, para chegar a conclusões os autores elencados aqui levaram em considerações vários pontos, sendo um deles as experiências obtidas por outros países que adotam o modelo de capitação ponderada e pagamento por serviço de saúde.

Dentre estes países, podemos citar o Reino Unido, que financia seus serviços de saúde com base na capitação ponderada e este tem um gasto 70% dos seus recursos em saúde e já o Brasil, onde há uma prevalência do subsistema (privado) o custo chega em torno de 45% de seus recursos com saúde a pública. Isto já é uma disparidade exorbitante para que o SUS seja financiado por capitação e pagamento por serviços.

As evidências científicas mostram a efetividade do programa saúde da família. Contudo a portaria “Brasil Previne” a grosso modo parece não se importar/valorizar o trabalho feito por milhares de trabalhadores da equipe saúde da família que realizaram/realizam uma experiência bem sucedida de atenção Básica à Saúde abrangendo já a adesão da comunidade e assim realizando ações direcionadas para as deficiências de saúde do território (MELO; MASSUDA; 2018).

O que chama atenção também nesse novo modelo de financiamento são requisitos que devem ser alcançados para o repasse dos recursos, sendo um deles a quantidade de pessoas cadastradas deve ser equivalente ao número estipulado pelo IBGE, ou seja, se o município não conseguir cadastrar uma totalidade imposta isso reflete diretamente no valor a ser recebido, sem levar em conta as falhas estruturais das unidades mais carentes para que possam estar realizando esse cadastro e assim deixando as ações de cunho coletivo como prioriza a atenção básica ameaçada, já que o nível municipal é/ou era o principal provedor das ações e serviços de saúde direcionados para a atenção básica.

Ao considerarmos o cenário epidemiológico atual que Brasil enfrenta, a pandemia por Covid-19 e o descaso do governo, em especial, pelo Presidente da República, Jair Bolsonaro, para o número de mortes que já ultrapassa 72 mil mortos pelo novo coronavírus transparece a conjectura política do atual Governo Federal, considerando os acontecimentos recentes como a saída de dois Ministros da Saúde em plena crise sanitária. Estes acontecimentos e muitos outros

ratificam o desdém pelas publicas públicas direcionadas a saúde da coletividade, em especial, o caminhar gradativamente para a desvalorização dos princípios do sistema universal.

Frente a esses questionamentos é de extrema necessidade uma vigilância para os reais efeitos do novo modelo de financiamento que coloca em risco a nossa atenção básica a saúde e o nosso sistema de saúde universal e igualitário.

REFERÊNCIAS

ANS (Brasil). **ANS disponibiliza dados do último trimestre de 2015**. Brasília (DF), 7 mar. 2016. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3229-ans-disponibiliza-dados-do-ultimo-trimestre-de-2015>>. Acesso em: jul. 2020.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz; PIOLA, Sérgio Francisco. **O financiamento dos serviços de saúde no Brasil**. In: Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. 2016. p. 101-138.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

Brasil. Ministério da saúde. **Painéis de indicadores da APS**. Brasília,DF.[internet]. [acesso em : 10.jul.2020].disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. [internet]. [acesso em 10 jul.2020]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf

BRASIL. **Projeto de Emenda Constitucional no 241**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. (2016). Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/PEC/2016/msg329-junho2016.htm>Acesso em: 08.jul. 2020.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira et al. **Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados**. *Saúde em Debate*. [internet].v. 42, p. 37-47, 2018. [acesso em 13 jul.2020]. Disponível em : <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe2/37-47/>

GIOVANELLA, Ligia et al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2009, vol.14, n.3, pp.783-794.[acesso em 10.jul.2020]. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.

IBGE. **Despesas com saúde ficam em 9,2% do PIB e somam R\$ 608,3 bilhões em 2017**. Brasília (DF), 2017. [internet]. [Acesso em: 08. jul. 2020].Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26444-despesas-com-saude-ficam-em-9-2-do-pib-e-somam-r-608-3-bilhoes-em-2017>> .

MACINKO, James; et al. **Brazil's family health strategy—Delivering community-based primary care in a universal health system**. [internet]N Engl J Med, v. 372, n. 23, p. 2177-81, 2015. [acesso em 10 jul.2020]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Matthew_Harris4/publication/283899889_Brazil's_Family_Health_Strategy/links/564e551708aeafc2aab1c61e/Brazils-Family-Health-Strategy.pdf

MELO, Eduardo Alves et al. **Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil**. *Saúde em Debate*[internet], v. 43, p. 137-144, 2020.[acesso em 14.jul.2020].Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0224.pdf>

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.[internet]. [acesso em 06 jun.2020]. Disponível em : <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** [internet]Saúde em Debate, v. 42, p. 11-24, 2018. [acesso em 10 jul.2020]. Disponível em : <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/11-24/pt/>

OCKÉ-REIS, C. O; FUNCIA, F. R. **Insuficiência Orçamentária para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) agrava o quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde no período de 2014-2016.** [internet] Domingueira, Campinas, n. 025/2015, 8 nov. 2015.[Acesso em: 08.jul.2020]Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164206>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. **Health Statistics 2018** [internet]. [acesso em 10 jul. 2020]. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-brazil_19990820

SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. **O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável.** Saúde em Debate [internet] v. 43, p. 44-57, 2020. [acesso em: 10 jul.2020]. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/44-57/>

SILVA, V. H. M. C. et al. **Uma avaliação econômica do programa saúde da família sobre a taxa de mortalidade infantil no Ceará.** Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia do Ceará (IPECE), 2010.[internet],[acesso em 10.jul.2020].Disponível em: https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2014/02/TD_86.pdf

TESSER, Charles Dalcanale. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde.** Interface (Botucatu) [internet]. 2017, vol.21, n.62 [acesso em 10 jul.2020]. disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000300565&script=sci_abstract&lng=pt

VAIRÃO JUNIOR, Newton Sergio; ALVES, Francisco José dos Santos. **A EMENDA CONSTITUCIONAL 95 E SEUS EFEITOS.** Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ[internet], v. 22, n. 2, p. 54-75, 2018.[acesso em 10.jul.2020]. Disponível em : <http://atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-06/index.php/UERJ/article/viewArticle/3234>

Capítulo 47

PELAS ÁGUAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE RESIDENTES EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

THROUGH THE WATERS OF PRIMARY HEALTH CARE: EXPERIENCES OF RESIDENTS IN A MULTIPROFESSIONAL TEAM IN THE CORONAVIRUS PANDEMIC

Rafael Fernandes Tritany¹
Camila Siqueira de Castro Ferreira²
Debora Silva do Nascimento Lima³
Luana de Castro⁴

RESUMO: Em março de 2020 é declarada pela Organização Mundial de Saúde a pandemia da COVID-19. Visto que a maior parte dos casos no Brasil são leves ou moderados, a Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia Saúde da Família, é responsável pelo acolhimento, orientação, cuidado e encaminhamento dos casos críticos. Trata-se de um relato de experiência, produzido a partir da cartografia, que objetiva refletir acerca da vivência de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro no contexto dessa pandemia. Uma nova rotina, oriunda de uma reorganização dos fluxos de atendimento, suspensão de parte dos serviços, modificando o acompanhamento das linhas de cuidado, sobrecarregando as/os profissionais na linha de frente e, uma inundação de notícias não-científicas, apresentam-se como desafio atual, convocando à criação de novas estratégias de cuidado em saúde.

Palavra-chave: COVID-19; Atenção Primária à Saúde; Residência Multiprofissional; Sistema Único de Saúde; *Fake News*.

ABSTRACT: In March 2020, the COVID-19 pandemic was declared by the World Health Organization. Since most cases in Brazil are mild or moderate, Primary Health Care, through the Family Health Strategy, is responsible for the reception, guidance, care and referral of critical cases. This is an experience report, produced from cartography, which aims to reflect on the experience of residents of the Multiprofessional Residency Program in Family Health at a Family Clinic in the city of Rio de Janeiro in the context of this pandemic. A new routine, arising from a reorganization of service flows, suspension of part of services, modifying the monitoring of care lines, overloading professionals on the front line, and a flood of non-scientific news, appear as current challenge, calling for the creation of new health care strategies.

Key words: COVID-19; Primary Health Care; Multiprofessional Residence; Public Health System Public; *Fake News*.

Introdução

A pandemia do novo coronavírus, deflagrada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tem colocado à prova os Sistemas de Saúde de todo mundo. Até o dia 28 de julho de 2020, já haviam sido confirmados mais de 16 milhões de casos e 650 mil mortes pela doença no mundo (OPAS, 2020) e, no Brasil, cerca de 2,5 milhões e 90 mil mortes (BRASIL, 2020), números que fazem do país um dos epicentros desta crise global.

No Brasil, um país de dimensão continental e com um dos maiores Sistemas de Saúde universais do mundo (SARTI *et al.*, 2020), a Atenção Primária à Saúde (APS), através do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), vem tendo importância substancial no

¹ Farmacêutico residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/Fiocruz);

² Psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/Fiocruz),

³ Nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/Fiocruz),

⁴ Cirurgiã-Dentista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/Fiocruz)

enfrentamento à pandemia (DAUMAS *et al.*, 2020). Através de seus atributos derivados (competência cultural e orientação familiar e comunitária) (STARFIELD, 2002), a APS possui grande potencial de mitigação da pandemia nos territórios mais vulnerabilizados do país, de diminuição da taxa de infecção em sua população adscrita e de apoio ao distanciamento social, com estratégias inovadoras de cuidado remoto (DAUMAS *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que a maioria dos casos de COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), são leves ou moderados e que, por isso, cabe à APS acolhê-los, encaminhando-os para outro nível de atenção de acordo com a criticidade do caso e fatores de risco envolvidos. Nesse sentido, além de fornecer um cuidado integral as/os usuárias/os⁵, é atributo essencial da APS a coordenação das Redes de Atenção à Saúde (STARFIELD, 2002), apoiando à conformação de fluxos de comunicação poliárquicos entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

No entanto, a concentração dos esforços no enfrentamento à COVID-19 engendra também novos desafios. A conformação emergencial de novos fluxos de acesso (RIO DE JANEIRO, 2020), com o intuito de diminuir a disseminação da doença, tem afetado a continuidade de diferentes linhas de cuidado. Além disso, múltiplos fatores têm aumentado o adoecimento das/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde, sobrecarregadas/os pela carga emocional e de trabalho trazida pela pandemia. Acrescentam-se também, as dificuldades de adaptação às novas (e antigas) recomendações das autoridades sanitárias no que tange à biossegurança e prevenção contra COVID-19, assim como, o excesso de informações, acerca do vírus e da doença, advindas de fontes não científicas e, muitas vezes, mal intencionadas, as chamadas *fake-news*⁶.

Ademais, as Residências em Saúde são modalidades de ensino em serviço que visam à formação de trabalhadores em saúde “no” e “para” o SUS (BRASIL, 2012; CECCIM *et al.*, 2018, p. 8). Esse tipo de formação parte do pressuposto de que os cenários de prática “possuem a potência de transferir para o núcleo profissional a compreensão das necessidades sociais em saúde, exigindo respostas coletivas, elaboradas a partir de práticas interprofissionais e conhecimentos transdisciplinares” (CECCIM *et al.*, 2018, p. 8). Assim, ao ingressarem à linha de frente no combate à pandemia, as/os residentes em saúde passam por processos singulares de ensino-aprendizado que resguardam contribuições nas dimensões formativas e assistenciais para o SUS.

Dessa forma, o presente trabalho objetiva refletir sobre as experiências de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) em uma Clínica da Família (CF)⁷ do município do Rio de Janeiro no contexto da pandemia da COVID-19.

⁵ A opção de escrever os artigos e substantivos ao longo do texto utilizando o feminino seguido do masculino é uma escolha política tendo em vista a composição da força de trabalho feminino em saúde no Brasil (WERMELINGER *et al.*, 2010) e privilegiando o lugar das mulheres nas escritas acadêmicas

⁶ A expressão ‘Fake News’, que em uma tradução livre pode ser entendida como ‘notícia falsa’, diz respeito a “informações falsas que são transmitidas como notícias para fins fraudulentos ou politicamente motivados”(LEXICO, 2020).

⁷ O termo ‘Clínica da Família’ foi cunhado no município do Rio de Janeiro para designar as Unidades de Saúde da Família.

Metodologia

O presente estudo trata de um relato de experiência produzido a partir da cartografia, que se propõe a acompanhar processos de produção de subjetividades (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 56), em que as/os autoras/es (aprendizes de cartógrafas/os) são tão pesquisadoras/es quanto objetos de estudo. Isso pois, enquanto método, a cartografia é avessa ao isolamento desses dois clássicos atores da ciência moderna (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 54). Dessa forma, de antemão, é preciso reconhecer o entrelaçamento afetivo entre as/os residentes e o campo de prática para dar sentido às experiências aqui apresentadas.

Portanto, a cartografia pressupõe a orientação de uma pesquisa que não se faz de forma prescritiva, com regras prontas, com objetivos previamente estabelecidos. Trata-se, então, de uma reversão do sentido tradicional de método, ou percurso de pesquisa hegemônico, sendo mais amplo e abrangente, nos permitindo permear por formas menos duras e normativas do modo de fazer científico (PASSOS; BARROS, 2009, p. 17–21).

Nesse caminho metodológico, descarta-se a ideia de coleta de dados, substituindo-a pela de produção de experiências (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 59), que não são como frutos que caem das árvores à espera de alguém que os colete (as/os pesquisadoras/es). Pelo contrário, são produzidos em conjunto, por sujeitos e objeto de pesquisa, através das múltiplas afetações, de modo que tão somente poderiam ser frutos de uma árvore composta por ambas/os atrizes/atores. Portanto, diferindo-se profundamente daquilo que apenas “se passa” ou “acontece”, a experiência produzida é a expressão daquilo que “nos passa”, “nos acontece”, “nos” toca num campo de afecções, que é também o campo de prática, de produção de saberes e sentidos (BONDÍA, 2002).

Discussão

Ser e estar residente na ESF é como embarcar em uma viagem com data programada (dois anos), mas com trajeto em constante construção. Se ela fosse pelo mar, em um navio, as/os trabalhadoras/es do serviço provavelmente seriam as/os tripulantes. As/os residentes, por sua vez, não seriam nem tripulantes nem passageiras/os. Mas lá estariam para compreender o funcionamento do navio, ora guiando-o, ora sendo guiadas/os. Nesse lugar (ou *não lugar*), seriam ora estudantes, ora trabalhadoras/es (CECCIM *et al.*, 2018). Assim, cortando as águas da APS, seguiram esses dois anos por caminhos diversos, caminhos de aprendizagem, de trocas, de compartilhamentos, de afetos e de potencialidades.

Nesse percurso de ser residente em uma equipe multiprofissional é permitido viver a Saúde da Família sobre diversas perspectivas, seja acompanhando e compondo o fluxo habitual de atendimentos e ações em saúde; ou mesmo, apoiando em corpo (através das mobilizações) e mente (rodas de conversa) as trabalhadoras/es em suas legítimas greves em virtude, principalmente, dos atrasos salariais; e, nesse contexto de pandemia, é poder perceber, em vivências práticas, as adequações necessárias da APS no enfrentamento à COVID-19 e suas implicações no processo de trabalho.

Diante dessa perspectiva, é fundamental trazer à luz da discussão quais foram as orientações para prevenção e manejo da COVID-19 e a reorganização dos serviços da APS no município do Rio de Janeiro. No momento em que a transmissão da SARS-CoV-2 foi definida como na fase comunitária, já era previsto que o fluxo de atendimentos às síndromes respiratórias emergiriam, e, por isso, seria necessário que as unidades sofressem mudanças para se adequar às novas demandas.

Em resumo, as principais alterações propostas pela gestão municipal, e adaptadas às necessidades do território, foram: 1) inclusão de uma/um trabalhadora/trabalhador com formação em saúde de nível superior, com a finalidade de identificar casos Síndrome Gripal (SG), no lugar do 'Posso Ajudar' — que habitualmente é ocupado por uma/um agente comunitária/o de saúde (ACS) — e de uma enfermeira para filtrar as demandas espontâneas; 2) formação de uma equipe denominada como Equipe de Resposta Rápida (ERR), que deveria se revezar, composta por ACS e médica/o; 3) definição de local de espera para as usuárias/os que chegassem com SG; uma sala para acomodação da ERR a fim de evitar a circulação dessas pessoas pela unidade e um outro local para realização de *puff* para pacientes com broncoespasmos (BRASIL, 2013; RIO DE JANEIRO, 2020).

A necessária reorganização da unidade dificultou a continuidade do cuidado em saúde de diversas usuárias/os, mantendo apenas o acompanhamento na gestação; puerpério; pessoas vivendo com HIV/AIDS, tuberculose, neoplasias e outras condições crônicas onde seja percebido alto risco clínico. Dessa forma, respondendo às demais questões como demandas espontâneas, isto é, a usuária/o chega à CF com uma queixa e o atendimento é realizado pela/o trabalhadora/trabalhador que estiver escalado no dia, muitas vezes na lógica queixa-conduta, independente da sua equipe de referência (BRASIL, 2013; RIO DE JANEIRO, 2020).

Cabe destacar que a integralidade do cuidado, princípio doutrinário do SUS (BRASIL, 1990) e atributo essencial da APS (STARFIELD, 2002), exalta a importância do rastreamento e da detecção precoce de agravos. Além disso, conceitos como prevenção primária, no sentido de identificação de fatores de risco, e quaternária, caracterizada pelas ações que atenuam ou evitam o intervencionismo médico excessivo, são inerentes à prática clínica na ESF (BRASIL, 2010). Então, torna-se um desafio pensar a prevenção quando, nesse momento, a principal forma de acesso é através da demanda espontânea.

Mesmo em meio a uma das maiores crises de saúde pública mundial, agravos como a hipertensão arterial, diabetes e sífilis, de alta prevalência na APS, não deixaram de existir em função da COVID-19. No entanto, com a alteração nos fluxos de atendimento dos serviços de saúde, as consultas, exames e cirurgias marcadas via o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) também foram suspensas; o serviço odontológico foi suspenso, assim como o acompanhamento de usuárias/os com diabetes e/ou hipertensão nas CF (RIO DE JANEIRO, 2020). Dessa forma, tais restrições de acesso impactaram negativamente a longitudinalidade e integralidade do cuidado.

A alteração de fluxos, com diminuição de atendimentos, agendamentos, profissionais atuando, somada a um período com aumento de desemprego, diminuição das condições de vida, fechamento das escolas e agravamento da saúde mental da população (DIAS *et al.*, 2020; LIMA, 2020; SOUZA, 2020), o esperado é um aumento significativo de uma demanda reprimida. Ou seja, usuárias/os que não conseguiram acessar o serviço de saúde e tiveram piora na sua condição sistêmica, que pode ter sido agravada pelo atual contexto (RODRIGUES; SILVA FILHO, 2020). Esse fato atenta à necessidade de pensar em novas práticas de cuidado que consigam responder às essas demandas de saúde, mesmo no contexto atual.

Nesse período, muitas/os trabalhadoras/es afastaram-se do serviço por suspeita e/ou confirmação da COVID-19, ou por possuírem fatores de risco à doença. Por conseguinte, mesmo com a diminuição dos atendimentos em geral — em decorrência das restrições de acesso decretadas —, a redução do quadro de trabalhadoras/es na linha frente gerou, notoriamente, uma sobrecarga laboral e emocional daquelas/es que permaneceram no cuidado. Esta última tem raízes em uma mistura de sentimentos — angústia, medo, tristeza — advindos de uma crise humanitária inédita, mas também, na temerosa sensação de estar perdida/o, de não saber (com precisão) o que, nem como, proteger a si e as/os usuárias/os.

Não só a pandemia do novo coronavírus, mas o processo de desmonte do SUS, que vem acontecendo há alguns anos na cidade do Rio de Janeiro, tem gerado sobrecarga de trabalho para as/os profissionais de saúde, que precisam se reinventar em diferentes contextos (demissões em massa, falta de insumos, greves e, agora, a pandemia da COVID-19) (SILVA, 2020) Esses problemas estruturais desencadeiam diversos sintomas físicos e psicológicos nas/os profissionais de saúde, configurando assim, um grande desafio para o SUS: cuidar dessa demanda para conseguir desempenhar o processo de cuidado em saúde da população.

A reorganização do processo de trabalho apresentado com o aparecimento da pandemia modificou a relação das/os profissionais com o serviço de saúde e com a população em geral. É notório o aumento do nível de estresse durante eventos epidêmicos, desastres e situações de emergência pública, impactando rapidamente a saúde mental das pessoas. Segundo Kadri (2020, p. 3), situações emergência em saúde pública como as já vivenciadas anteriormente (H1N1, Ebola e Zika) mostraram que a ausência do cuidado em saúde mental e atenção psicossocial desencadeou e intensificou o sofrimento psicológico da população em geral, além de ter facilitado o desenvolvimento de psicopatologias. Dessa forma, tornam-se mais compreensíveis os inúmeros efeitos que a pandemia ocasiona na vida dos indivíduos e, as/os profissionais de saúde, por estarem na linha de frente do combate à COVID-19, podem sentir de forma mais acentuada tais sinais.

Assim como apontado pela Weintraub e colaboradoras/es (WEINTRAUB *et al.*, 2020), os impactos da saúde mental decorrentes da pandemia podem comprometer a capacidade de decisão das/os trabalhadoras/es e a atenção no processo de trabalho, dificultando não só o combate à COVID-19, mas a saúde em geral dessas/es profissionais. Com a alteração do fluxo de trabalho foi observada uma barreira de acesso ao serviço de saúde, que pode ser justificada pela

suspensão do acompanhamento às linhas de cuidado em detrimento da COVID-19, somada à sobrecarga de trabalho — que é anterior e foi potencializada pela pandemia.

Esse contexto tem gerado tensionamentos entre profissionais e usuárias/os, afetando o vínculo e o cuidado em saúde, configurando uma dificuldade legítima do cenário atual. Os desafios são inúmeros, mas, assim como orientado pela Weintraub e *et al.* (2020), as/os trabalhadoras/es de saúde são os recursos mais importantes a serem cuidadas/os durante e pós-pandemia. O sofrimento psíquico deve ser entendido como parte fundamental do processo de cuidado, possibilitando pensar espaços de produção de saúde aos profissionais.

Através disso, podemos pensar o fortalecimento das redes de apoio, a identificação dos sinais de alerta do corpo, a construção de momentos de acolhimento e estratégias de cuidado. Tendo em vista que “o suporte social e estratégias coletivas de enfrentamento podem ser considerados como fator de proteção para as/os trabalhadoras/es expostas/os à intensa sobrecarga de trabalho” (WEINTRAUB *et al.*, 2020, p. 5).

O cumprimento de Boas Práticas de Biossegurança na APS, até então tarefa inconclusa, ganha destaque no contexto pandêmico. O uso adequado (assim como fornecimento e estocagem) dos equipamentos de proteção individual e coletiva e o respeito às normas de biossegurança para serviços de saúde, são essenciais à prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (OLIVEIRA; DAMASCENO; RIBEIRO, 2009). Assim, observa-se que o atraso na assimilação de tais tecnologias de cuidado aumenta a exposição das/os profissionais de saúde e usuária/o à COVID-19. Apesar da proximidade nas relações e das tecnologias leves de cuidado (COELHO; JORGE, 2009) marcarem a assistência à saúde ofertada pela APS, tais características não se chocam nem superam a importância da biossegurança na prática profissional.

O início da pandemia no país apontou a fragilidade de sua cadeia logística de insumos de saúde, tais quais as máscaras cirúrgicas e os respiradores N95, que, com o aumento da demanda, zeraram nos estoques dos serviços públicos de saúde. As cenas seguintes foram ainda piores, protocolos contra-indicando sua utilização, gestoras/es as/os aplicando através do constrangimento e trabalhadoras/es contaminando-se. Além disso, passados os primeiros meses, o recebimento de EPIs de baixa qualidade ainda é comum na APS carioca, o que reforça a necessidade de aprimoramento na qualificação dos fornecedores durante o processo de compras.

Apesar das dificuldades práticas com a implementação das orientações das autoridades sanitárias para os serviços de saúde, o período tem sido de grande aprendizado para o conjunto da APS. A rápida assimilação de algumas mudanças que visam à garantia da segurança das/os usuárias/os e das/os trabalhadoras/es — tais como a qualificação da escuta inicial e acolhimento, a disponibilização de álcool em gel em pontos estratégicos, a oferta de máscara cirúrgica para usuárias/os com suspeita de COVID-19, logo na recepção e o aumento do uso de EPIs (RIO DE JANEIRO, 2020) — é um dos aprendizados do SUS para o controle da pandemia.

Durante esse período, uma série de notícias dominou as redes sociais, algumas sendo defendidas por figuras com grande influência, como governantes, artistas e até profissionais da

saúde. A promessa de sucesso na cura ou prevenção da COVID-19 tem aumentado a prescrição e consumo de medicamentos *off-label* (uso para indicação terapêutica não aprovada pela ANVISA) (ALPERN; GERTNER, 2020), como a hidroxicloroquina e a ivermectina, o que levou a ruptura dos estoques de diversas farmácias em todo território nacional, além do aumento abusivo do preço desses medicamentos (SOBRINHO, 2020). Ademais, foi percebido o aumento de usuárias/os à CF em busca desses medicamentos, mesmo sem indicação terapêutica. Vale ressaltar que o uso de medicamentos *off-label*, fora de Ensaios Clínicos Randomizados, pode gerar riscos à saúde, tendo em vista a falta de evidências científicas acerca do perfil de segurança e eficácia (KALIL, 2020).

No acolhimento, na farmácia e na vacinação, as/os residentes, assim como muitas/os profissionais, tiveram momentos com usuárias/os duvidando sobre a existência do vírus e com questionamentos sobre ser uma arma biológica chinesa. Além disso, a quarentena, a necessidade de utilização de máscaras e a alteração nos fluxos de atendimento também geraram tensionamentos na rotina de trabalho.

O termo 'pós-verdade', no inglês '*post-truth*', foi escolhido em 2016 pela *Oxford Dictionaries* como a palavra do ano (OXFORD, 2020). Segundo a Universidade de Oxford (2020) essa escolha ocorreu porque as mídias utilizaram o termo e a sociedade compreendeu sem necessidade de explicações. Basicamente o termo pode ser entendido como aquilo que "se relaciona ou denota circunstâncias nas quais fatos objetivos têm menos influência em moldar a opinião pública do que apelos à emoção e a crenças pessoais" (OXFORD, 2020) tornando a verdade irrelevante (RIBEIRO, 2018).

Dessa forma, fica notória a necessidade de uma medicina baseada em evidências, segundo a qual as/os profissionais de saúde não devem adotar práticas baseadas em opiniões de professoras/es ou profissionais influentes, mas sim nas melhores evidências científicas, em pesquisas, como revisões sistemáticas, metanálises ou ensaios clínicos randomizados de alta qualidade (BRASIL, 2013). O desafio, então, é de como agir ética e cientificamente na presença de um novo agravo, com um microorganismo pouco conhecido, em meio a promessas milagrosas de determinados fármacos defendidos por figuras influentes na sociedade.

Considerações finais

A APS enquanto ordenadora da Rede de Atenção à Saúde tem cumprido papel fundamental durante a pandemia do novo coronavírus, apresentando um novo campo de prática para a formação das/os residentes de uma equipe multiprofissional em saúde da família, revelando potencialidades e desafios no cuidado em saúde no SUS.

Compreender o que é e como se originam as fragilidades, como a barreira de acesso, a sobrecarga das/os trabalhadoras/es, o adoecimento e a facilidade com que as informações falsas (*fake news*) são transmitidas em detrimento às evidências científicas, é essencial para pensar novas estratégias de cuidado, e também para que os tensionamentos oriundos dessas fragilidades

não sejam exclusivos da relação interpessoal entre usuárias/os e trabalhadoras/es, prejudicando o vínculo e o processo de cuidado em saúde.

Apesar das tempestuosas ondas trazidas pela pandemia, seguimos cortando as águas do revolto mar da APS. Nesse barco, cabem os aprendizados, as críticas e os desafios para uma formação dialógica, ética, política e sanitária, 'no' e 'para' o SUS.

Referências

ALPERN, J. D.; GERTNER, E. Off-Label Therapies for COVID-19—Are We All In This Together? **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, [S. l.], 2020. Disponível em: <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpt.1862>. Acesso em: 7 maio 2020.

BARROS, L. P. de; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: EDUARDO PASSOS; VIRGÍNIA KASTRUP; SILVIA TEDESCO (org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 52–75.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, [S. l.], n. 19, p. 20–28, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013(, Cadernos de Atenção Primária, n. 28).

BRASIL. Coronavírus Brasil. 2020. **COVID-19: Painei Coronavirus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2010(Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário da Oficial da União**: seção I, Brasília, DF, p. 24–25, 04 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 31 jul. 2020.

CECCIM, R. B. *et al.* (Org.). **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>. Acesso em: 29 jul. 2020.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 14, p. 1523–1531, out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 ago. 2020.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, p. e00104120, 26 jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/pt/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

DIAS, É. *et al.* A Educação e a Covid-19. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, [S. l.], v. 28, n. 108, p. 545–554, set. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-40362020000300545&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 ago. 2020.

KADRI, M. R. E. Organizando a Assistência. Guia de Atenção Psicossocial para o Enfrentamento da COVID-19 no Amazonas. [S. l.], abr. 2020.

KALIL, A. C. Treating COVID-19—Off-Label Drug Use, Compassionate Use, and Randomized Clinical Trials During Pandemics. **JAMA**, [S. l.], 24 mar. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763802>. Acesso em: 7 maio 2020.

LEXICO. Fake News | Definition of Fake News by Oxford Dictionary on Lexico.com also meaning of Fake News. 2020. Disponível em: https://www.lexico.com/definition/fake_news. Acesso em: 2 ago. 2020.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 30, p. e300214, 24 jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2020.v30n2/e300214/>. Acesso em: 2 ago. 2020.

OLIVEIRA, A. C.; DAMASCENO, Q. S.; RIBEIRO, S. M. C. P. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle*. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 445–450, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/211>. Acesso em: 2 ago. 2020.

OPAS. OPAS/OMS Brasil - Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) | OPAS/OMS. 30 jun. 2020. **Pan American Health Organization / World Health Organization**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#datas-notificacoes. Acesso em: 30 jun. 2020.

OXFORD. Oxford Word of the Year 2016 | Oxford Languages. 2020. **Oxford Languages**. Disponível em: <https://languages.oup.com/word-of-the-year/2016/>. Acesso em: 2 ago. 2020.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; VIRGÍNIA KASTRUP; TEDESCO, S. (org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17–21.

RIBEIRO, J. A. **Notícias falsas ou questionáveis compartilhadas em mídias sociais na era da pós-verdade: uma análise do uso da informação científica em postagens sobre vacinas no Facebook**. 2018. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/20895>. Acesso em: 2 ago. 2020.

RIO DE JANEIRO. Nota Técnica: Orientações sobre a prevenção e manejo da covid - 19 e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. [S. l.], 27 abr. 2020. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/3e094d06-3be6-42d2-9995-e3c6a17384ff>. Acesso em: 31 jul. 2020.

RODRIGUES, I. R.; SILVA FILHO, M. S. da. Inovações e desafios no acompanhamento de pacientes crônicos em tempos de covid-19 na Atenção Primária à Saúde. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, [S. l.], v. 12, p. 1–7, 25 jul. 2020. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/991>. Acesso em: 2 ago. 2020.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222020000200903&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 maio 2020.

SILVA, B. Z. da. Pela DesCriminalização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, e300308, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2020/07/Revista-physis-30-3_artigo-08.pdf. Acesso em: 2 ago. 2020.

SOBRINHO, W. P. Cloroquina: preço dispara e remédio some das farmácias. 26 maio 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/26/com-alta-na-procura-preco-dispara-e-cloroquina-some-das-farmacias.htm>. Acesso em: 2 ago. 2020.

SOUZA, D. de O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre

sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, p. 2469–2477, 5 jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25suppl1/2469-2477/>. Acesso em: 2 ago. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1. ed. Brasília: UNESCO, 2002.

WEINTRAUB, A. C. A. de M. *et al.* Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41828>. Acesso em: 2 ago. 2020.

WERMELINGER, M. *et al.* A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, [S. l.], n. No. 45, p. 54–70, maio 2010.

Capítulo 48

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DOS GRUPOS ANTITABACO

PERCEPTION OF PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS ABOUT ANTI-SMOKING GROUPS

Anamerinda de Oliveira Diaz¹
Raquel de Maria Carvalho Oliveira²
Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues³
Adriano Matos Cunha⁴
Antonia Maria Railene de Lima Cunha Linhares⁵
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior⁶

RESUMO: O tabagismo pode ser considerado um complexo problema de saúde pública e a Atenção Primária à Saúde desponta como potente área para o enfrentamento desta situação. A pesquisa buscou conhecer a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca dos grupos antitabaco. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em município pequeno porte, no estado do Ceará, Brasil. A coleta de informações ocorreu entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, por meio de entrevistas individuais com oito profissionais atuantes no programa antitabaco. A análise temática de Minayo auxiliou a organização das informações. Os profissionais expressam a importância do programa para o acompanhamento dos usuários do tabaco, especialmente na estratégia de trabalho em grupo, pois isso facilita a promoção da saúde na coletividade. O acompanhamento aos dependentes do tabaco é um programa essencial para a melhoria de vida da população, trazendo benefícios por meio da promoção da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Tabagismo. Promoção da Saúde.

ABSTRACT: Smoking can be considered a complex public health problem and Primary Health Care emerges as a potent area to face this situation. The research sought to know the perception of Primary Health Care professionals about anti-smoking groups. This is a qualitative study, carried out in a small municipality, in the state of Ceará, Brazil. Information collection took place between December 2018 and February 2019, through individual interviews with eight professionals working in the anti-smoking program. Minayo's thematic analysis helped organize the information. The professionals express the importance of the program for monitoring tobacco users, especially in the group work strategy, as this facilitates the promotion of health in the community. Monitoring tobacco dependents is an essential program for improving the population's life, bringing benefits through health promotion.

Keywords: Primary Health Care. Tobacco Use Disorder. Health Promotion.

Introdução

Dentro das definições possíveis para a Atenção Primária à Saúde (APS), destaca-se: ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com abrangência na promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com vistas ao desenvolvimento de uma atenção integral com repercussões na situação da saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: merindaodiaz@gmail.com

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: Raquel.oliveira@aluno.uece.br

³ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: eunicegaleno@hotmail.com

⁴ Graduado em educação física pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: adrianomatoscunha@hotmail.com

⁵ Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário INTA. E-mail: railenelima@yahoo.com.br

⁶ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professor da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: arodrigues.junior@uece.br

condicionantes de saúde das coletividades. Essa colocação transforma a APS no cenário oportuno para a prática das ações de controle do tabagismo (FERREIRA, PÉRICO e DIAS 2017).

Salienta-se que o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Sendo que destes, é causa de 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero, estômago e fígado), 25% por doença coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (OMS, 2019).

No Brasil, cerca de 428 pessoas morrem diariamente devido ao uso da nicotina. Estima-se que R\$ 56,9 bilhões são perdidos a cada ano em virtude de despesas médicas e perda de produtividade, e 156.216 mortes anuais poderiam ser evitadas. O maior peso é dado pelo câncer, doença cardíaca e DPOC (PINTO et al., 2017).

A identificação dos fatores determinantes da iniciação e da cessação do tabagismo é, portanto, fundamental para o planejamento de ações específicas para o controle do tabaco. o programa antitabaco inserido no Brasil pelo Ministério da Saúde desde os anos de 1980, vem adotando várias ações para controle do tabagismo, que culminaram na criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), a partir do início da década de 1990 (ROMERO, SILVA, 2011; INCA, 2019).

Um estudo revelou que o tabagismo causa outros problemas relacionados ao estilo de vida das pessoas como interferência na sua capacidade de abandono do tabaco relevando crises de ansiedade, raiva, irritabilidade, mudanças de humor, tristeza e efeito negativo composto, nas 24 horas após a cessação do tabagismo (CONTI et al., 2020).

Nesse âmbito, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) integrando ações e serviços na organização do sistema de saúde, busca respostas para todas as necessidades de saúde da população. Para isso, a ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, da articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Ademais, os profissionais atuantes no sistema de saúde encontram desafios, sobretudo pela fragilidade de se implantar uma rede que permita a integração entre os níveis de atenção na sua dimensão vertical e horizontal, bem como sistemas de apoio e logística para sustentar os fluxos de comunicação e os processos para a produção social em saúde (MENDES, 2016).

Frente a essa discussão, é possível constatar que as potencialidades da APS se sobrepõem às fragilidades, destacando-se os supracitados avanços na integração da ESF na rede assistencial, o aumento da oferta desta modalidade de APS e a institucionalização de novas práticas na atenção voltada para a integração assistencial (RODRIGUES et al., 2014). Levantar essa discussão é importante para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, para o avanço dessa rede de cuidados.

Para que ocorra a minoração do uso do tabaco é previsto que sejam promovidas ações de educação e informação, concomitante com o tratamento para o fim do tabagismo em unidades do SUS, a fim de estabelecer redes de cooperação e parcerias, visando à descentralização do atendimento, o estabelecimento de leis e regulação de produtos do tabaco, além da contínua vigilância para mobilização e controle social (CAMPOS; GOMIDE, 2015).

Nesse íterim, emerge o questionamento: o que pensam os profissionais que atuam diretamente no enfrentamento do tabagismo sobre os grupos formados na APS? A partir disso, objetivou-se conhecer a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca dos grupos antitabaco. Este trabalho se torna relevante, pois ao adotar medidas para combater o tabagismo, percebe-se uma diminuição nos gastos com a saúde relacionados ao uso do tabaco, uma estratégia para diminuir as doenças pulmonares, cardiovasculares, cânceres e problemas do sono, melhorando assim os indicadores de saúde.

Método

Estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, tendo em vista as contribuições dos estudos qualitativos na perspectiva da saúde coletiva, uma vez que se propõem a conhecer o que os profissionais de saúde como sujeitos envolvidos no fenômeno de cuidado e orientação dos usuários acerca do grupo de antitabaco na compreensão dos dados obtidos (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

A pesquisa foi realizada em um município de pequeno porte localizado na zona norte do estado do Ceará. Selecionado por apresentar 100% de cobertura da ESF (sete equipes básicas e um Núcleo Ampliado de Saúde da Família), assim como por desenvolver programas de combate ao tabagismo há mais de três anos, o que atendeu às intenções desse projeto.

A coleta das informações ocorreu entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, com oito participantes, profissionais da APS com envolvimento nos grupos antitabaco. Os critérios de inclusão para profissionais foram: trabalhar ao menos há seis meses na APS e atuar diretamente no programa de combate ao tabagismo. Como critérios de exclusão: profissionais de férias ou licença no momento da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais, cujas perguntas foram direcionadas ao programa de controle ao tabagismo. Ocorreram na unidade de saúde de trabalho do participante, em lugar privativo e calmo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas, conforme aprovação dos participantes.

Para compreensão dos dados utilizou-se como norteadora da construção das discussões a análise temática (MINAYO, 2014), com a ordenação do conteúdo, de acordo com os temas emergentes. Foram elaboradas as categorias temáticas, ou expressões significativas que explicitassem o conteúdo das falas.

Os riscos para os participantes da pesquisa foram mínimos, oriundos das discussões abordadas individualmente, quando surgiram lembranças de acontecimentos passados que possam ter sido desagradáveis ligados ao programa de antitabaco. No entanto, os pesquisadores

tentaram minorar os riscos explicando da possibilidade de finalizar a entrevista em qualquer momento, bem como esclarecendo as dúvidas dos participantes no decorrer das atividades.

Os principais benefícios da pesquisa estão relacionados às possibilidades de análise da linha de cuidados ao dependente do tabaco e a partir disso às modificações para melhoria da gestão e da assistência aos usuários envolvidos. A coleta de dados ocorreu mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, com CAAE 56649416.1.0000.5376, no dia 10 de setembro de 2018.

Para facilitar a explicitação das informações e manter o anonimato, cada profissional foi identificado por um código alfanumérico, precedidos pela letra P com a sequência em números arábicos crescentes de um a oito.

Resultados e Discussão

Caracterização dos participantes

Os resultados foram agrupados em uma temática, conforme a semelhança dos mesmos, para que fossem discutidos segundo literatura pertinente. Antes disso, optou-se em realizar uma caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa (Quadro 1), a fim de facilitar a estruturação dos achados.

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, 2019.

Participante	Categoria profissional	Gênero	Idade em anos	Estado Civil	Tempo de atuação profissional em anos
P1	Enfermeiro	F	37	Casado	14
P2	Médico	M	32	Solteiro	4
P3	Psicólogo	F	30	Solteiro	2
P4	Farmacêutico	F	30	Casado	4
P5	Assistente social	F	43	Casado	6
P6	Nutricionista	F	28	Casado	3
P7	Profissional de educação física	M	25	Solteiro	2
P8	Enfermeiro	F	27	Casado	5

Fonte: Elaborado pelos autores.

O quadro apresenta cada participante conforme categoria profissional, gênero, idade em anos, estado civil e tempo de atuação profissional em anos. A partir disso constatou-se a realidade de uma equipe multidisciplinar nessa rede de cuidados com o tabagista. Ainda, observou-se a predominância do sexo feminino (6) na equipe, e média de idade aproximada de 32 anos. O estado civil prevalente foi o casado (5). Quanto ao tempo de atuação profissional, observa-se uma variação entre 2 e 14 anos, com uma média de 5 anos.

Percepção dos profissionais acerca dos grupos antitabaco

Com relação ao que pensam sobre o grupo propriamente dito, a maioria dos profissionais concordou que o acompanhamento na unidade de saúde e a participação no grupo de combate ao tabagismo são estratégias que estimulam e favorecem a abstinência.

Especialmente no cenário da APS, a participação em grupos de apoio para indivíduos tabagistas é uma importante ferramenta aos que enfrentarão os desafios de parar de fumar, afinal o hábito de fumar pode envolver fases recidivas, que dificultam esse acompanhamento. Dessa forma, parar de fumar envolve um conjunto de fatores, como a determinação em abandonar o vício, a adesão ao tratamento e discussões de esclarecimento e incentivo, que são encorajados a partir do grupo (FRANÇA et al., 2015).

“A estratégia do trabalho em grupo é muito potente, pois as pessoas se veem umas nas outras. Isso facilita nossa discussão e justifica a necessidade do nosso trabalho.” (P3)

“O trabalho de grupo é maravilhoso, porque assim a gente chega a mais pessoas de uma vez só. Isso de multiplica.” (P5)

Os princípios regentes da APS são eficazes nesse contexto uma vez que doenças crônicas tabaco-relacionadas constituem um grande desafio para os sistemas de saúde por modificarem o padrão de necessidades da população, o que lhes impõem uma configuração sensível à produção da equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas, não da perspectiva de cura, mas do cuidado (RODRIGUES et al., 2014).

E a constituição dos grupos parece estar em consonância com as bases da APS no Brasil, com fortalecimento da vinculação entre equipe e pessoas no território. A junção de um coletivo populacional que visa o enfrentamento de problemas similares pode potencializar os mecanismos de apoio necessários para diminuir a necessidade do tabaco.

“Saliento que não havia programas que trabalhassem o tratamento na perspectiva da discussão, da reflexão, da promoção da saúde. Isso pode ter chamado a atenção das pessoas para nosso trabalho.” (P8)

“O tipo de atendimento conjunto ajuda demais, porque meu foco seria prioritariamente clínico. O olhar sobre o que o paciente pode ter a partir da dependência, sem o olhar ampliado para as questões sociais e até individuais que não são do corpo e sim da mente. Quando a gente trabalha em um grupo com tantos profissionais diferentes a gente sente que faz um trabalho melhor.” (P2)

O foco na promoção da saúde traz uma nova perspectiva para a atuação da equipe multidisciplinar na APS. Os profissionais da ESF agregados aos do NASF possibilitam mudança no modelo de atenção, com priorização de ações que priorizem reflexões nos usuários do sistema para adoção de hábitos saudáveis, em detrimento de uma espera na unidade de saúde exclusivamente para ouvir queixas e decidir condutas técnicas de tratamento. O grupo antitabaco permite justamente uma aproximação entre usuários do tabaco que decidiram parar e

espontaneamente encontram na equipe de saúde o suporte necessário para o enfrentamento dessa situação em parceria.

Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (2020), quando conseguem parar definitivamente de fumar, as pessoas já fizeram de três a cinco tentativas, sem sucesso. Cerca de 80% dos fumantes querem parar e fumar, mas somente 3% conseguem a cada ano, sem ajuda profissional. Some-se que, entre os fumantes que não conseguem parar espontaneamente, 40 a 50% apresentam graus leves de dependência à nicotina, com a possibilidade de abandonarem o tabagismo através de abordagens breves, que podem ser realizadas por qualquer profissional de saúde, em qualquer local, incluindo as Unidades Básicas de Saúde.

Deste modo, são intervenções de três a dez minutos de duração, que demandam uma capacitação mínima dos profissionais, têm baixo custo e são muito abrangentes (INCA, 2020). Esses números reafirmam a necessidade e importância do acompanhamento diário desses pacientes, individual e, principalmente, em grupo, considerando a força que este traz para o indivíduo que deseja parar de fumar.

Nesse contexto, outras falas trazem, ainda, a necessidade de levar as discussões do grupo para além dele próprio. Isso significa abordar sua temática para a comunidade, independentemente de serem tabagistas. A partir do momento que mais pessoas têm o conhecimento do grupo de acompanhamento ao fumante, da sua missão e da forma como ele busca alcançar seus objetivos, mais pessoas falarão sobre ele e divulgarão seu trabalho, sendo mais uma estratégia para sua eficácia.

“O grupo é importante porque a gente encontra pessoas da comunidade na qual já desenvolvemos trabalhos. Ajudo junto com agentes de saúde em um grupo de caminhada com idosos, duas vezes na semana, que ocorre bem cedinho, justamente na área que fazemos o atendimento ao grupo de dependentes do tabaco. Algumas pessoas são as mesmas, outras são familiares, então todo lugar é importante para as conversas baterem direitinho. Nenhum espaço é desperdiçado. Tudo é oportunidade.” (P7)

“O grupo de usuários do tabaco ganhou vida e está forte, porque temos bons exemplos de pessoas que deixaram de fumar após décadas de uso diário. Isso anima as pessoas. Tem propaganda boca a boca e a procura pela ajuda aumenta.” (P8)

Essas discussões confirmam a importância de atividades promotoras de saúde voltadas para esses indivíduos, fortalecendo a teoria de que os grupos antitabaco e o acompanhamento do usuário pelo profissional de saúde, são uma das maneiras mais simples e eficientes na cessação do tabagismo.

Se por um lado as consequências da produção e do consumo do tabaco são devastadoras para a saúde, o meio ambiente e a economia, por outro, salienta-se que foram desenvolvidos estratégias e instrumentos mais sólidos de proteção da saúde com equidade. As políticas de controle do tabagismo em geral possuem embasamento suficiente para o

desenvolvimento de atividades com foco nas singularidades, no entanto, aproveitando o potencial dos coletivos (FIGUEIREDO; TURCI; CAMACHO, 2017).

Nesse sentido, são estabelecidos mecanismos intersetoriais, com o objetivo de coordenar as medidas de controle do tabaco entre os diferentes departamentos do governo. O Brasil foi um dos pioneiros na criação de mecanismos específicos para coordenação intersetorial nacional para implementar as medidas de controle do tabagismo, especialmente considerando a APS (LENCUCHA, et al., 2017).

Atuar sobre o tabagismo encontra-se dentro dos critérios de eleição de um problema, pois a partir de olhares diversos pode-se intervir, trabalhando diretamente com a população. O tabagismo é pertinente a rotina de toda a equipe, pois o cigarro está intimamente relacionado com diversas doenças. Assim é passível de intervenção em equipe, pois percebe-se o envolvimento de todos na luta antitabaco.

Considerações finais

A ESF e o NASF ocupam uma posição privilegiada no âmbito da APS na atuação para o combate ao tabaco no (SUS), assim como para diversos outros agravos crônicos. A formação de grupos antitabaco se apresenta como relevante para os usuários do sistema de saúde brasileiro.

Nessa perspectiva, os profissionais atuantes no grupo antitabagista promovem a saúde da população, ao tempo em que formam e orientam estes coletivos, com capacidade resolutiva diante das questões complexas que se apresentam no cotidiano. Uma vez que o tabagismo é ainda um problema de saúde prevalente nas comunidades, isso pode assegurar o cuidado da pessoa que fuma e a prevenção para o início deste hábito em outras da comunidade.

Evidencia-se a pactuação do trabalho interprofissional para continuidade do seguimento dos grupos antitabagistas na perspectiva da APS, bem como necessidade de ampliação das equipes, com disponibilidade de profissionais qualificados para esta atenção. Isso fortalece as interrelações da equipe de saúde com o território adscrito para melhorar a qualidade assistencial e limitar cada vez mais o uso da nicotina.

Ademais, entende-se como limitação o lócus específico que serviu de cenário para a realização deste estudo. Porém, cabe salientar que situações similares podem ser encontradas em diversos locais no país, visto que o sistema de saúde possui normativas e programas com organização e normativas parecidas.

Referências

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. O objeto de trabalho na estratégia saúde da família. **Interface**, v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018.

CAMPOS, Paulo César Moreira; GOMIDE, Márcia. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 436-444, 2015.

CONTI, Aldo Alberto. et al. Severity of negative mood and anxiety symptoms occurring during acute abstinence from tobacco: a systematic review and meta-analysis. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**. v. 115, p. 48-63, august 2020.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 1, p.752-7, 2018.

FIGUEIREDO, Valeska Carvalho; TURCI, Silvana Rubano Barretto; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem sucedida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, supl. 3, e00104917, 2017.

FRANÇA, Samires Avelino de Souza. et al. Fatores associados à cessação do tabagismo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 10, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. Brasília, 2020. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em: 21 fev. 2019.

LENCUCHA, Raphael. et al. As instituições e a implementação do controle do tabaco no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, supl. 3, e00168315, 2017.

MENDES, Andréa Cristina Rosa. et al. Custos do programa de tratamento do tabagismo no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol. 10, n. 50 (0), p. 66, nov, 2016.

MINAYO, M, C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**: CID-10. Tradução Centro Brasileiro de Classificação de Doenças – CBCD. Genebra: WHO, 2019. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 03 jul. 2020.

PINTO, Márcia. et al. Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. Documento técnico IECS N° 21. **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires**, Argentina. 2017. Disponível em: www.iecs.org.ar/tabaco. Acesso em: 27 fev. 2020.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, Fev, 2014.

ROMERO, Luiz Carlos; SILVA, Vera Luiza da Costa e. 23 anos de Controle do Tabaco no Brasil: a atualidade de Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n.3, p. 305-314, 2011.

SILVA, Ticiane Raimundo da; MOTTA, Roberta Fin. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 17-25, jul./dez., 2015.

Capítulo 49

PERFIL DE GESTANTES DE UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO AGRESTE PERNAMBUCANO

PROFILE OF PREGNANT WOMEN AT A FAMILY HEALTH STRATEGY UNIT IN THE COUNTRYSIDE OF
PERNAMBUCO

Ana Pedrina Freitas Mascarenhas¹
Aldaires Peixoto da Silva²
Gabriel Barbosa Huszcz³
Izaura Cleone Ferreira dos Santos Cadete⁴
Juliana Maria Azevedo Pessoa da Silva⁵
Klessiane Mendes de Fontes⁶
Luana Vitória da Costa Silva⁷

RESUMO: O estudo objetiva traçar o perfil das gestantes de uma unidade de Programa de Saúde da Família num município do agreste pernambucano, a partir de dados disponíveis no SISPRENATAL-WEB. Trata-se de estudo documental analítico descritivo, de abordagem quantitativa. Os dados mostraram que 66,7% das gestantes tem até o ensino fundamental; 63% não tem emprego; 11% são casadas; 63% possuem união estável; 55,6% se autodeclararam parda, 37% branca e 7,4% negras; São adolescentes 25,92%, e 33,3% apresentam gravidez de alto risco; O principal antecedente familiar foi Hipertensão Arterial Sistêmica; 7,41% são tabagista; 60,38% apresentaram-se vacinadas para DT e para vacina HB, 51,85%. Foram identificadas grande quantidade de gestantes adolescentes em vulnerabilidade com risco para sua gestação, uma grande quantidade de gestantes com baixa escolaridade, sem companheiro. A situação vacinal encontra-se em níveis desejáveis. Sugere-se a necessidade de ações de saúde eficazes no controle da natalidade, com enfoque na equidade social.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidado Pré-Natal; Saúde da Mulher.

ABSTRACT: The study aims to outline the profile of pregnant women from a Family Health Program unit in a municipality in the countryside of Pernambuco, based on data available on SISPRENATAL-WEB. This is a descriptive analytical documentary study, with a quantitative approach. The data showed that 66.7% of pregnant women have completed elementary school; 63% have no job; 11% are married; 63% have a stable union; 55.6% declared themselves brown, 37% white and 7.4% black; 25.92% are adolescents, and 33.3% have high-risk pregnancies; The main family history was Systemic Arterial Hypertension; 7.41% are smokers; 60.38% were vaccinated for DT and HB, 51.85%. A number of pregnant adolescents in vulnerability at gestational risk were identified, a large number of pregnant women with low education, without a partner. The vaccination situation is at desirable levels. It is suggested the need for effective health actions in birth control, with a focus on social equity.

Keywords: Primary Health Care; Prenatal Care; Women's Health.

Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do

¹ Enfermeira Obstétrica- Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, anapedrinajp@hotmail.com

² Enfermeira Sanitarista- Hospital Belamino Correia/ Secretaria de Saúde de Pernambuco, aldairespeixoto@hotmail.com

³ Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina de Mogi das Cruzes/ FMUMC, gabrielbh120302@gmail.com

⁴ Enfermeira Clínica Cirúrgica Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB; izacfs@hotmail.com

⁵ Enfermeira Clínica Cirúrgica Hospital das Clínicas/UFPE; juli.azevedo.pessoa@gmail.com

⁶ Enfermeira Clínica Cirúrgica Hospital Universitário Onofre Lopes/ UFRN; klessianemendes@hotmail.com

⁷ Graduanda em Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/ UFRN; luanavitoria50@gmail.com

ponto de vista físico, social e emocional, entretanto, existe uma quantidade considerável de fatores relacionados à morbidade que podem cursar com danos para a saúde do binômio materno- infantil. (BRASIL, 2012)

Os acompanhamentos realizados nos serviços de saúde durante as diferentes fases do período gestacional proporcionam um efeito protetor para a saúde do binômio mãe-filho. Dentre os procedimentos de acompanhamento existentes, destacam-se a realização do pré-natal, que tem como objetivo promover, proteger e recuperar a saúde da gestante e do concepto. (DALLA *et al*, 2017).

Uma atenção pré-natal de qualidade pode diminuir a morbi-mortalidade do público atendido, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação bem como encaminhamentos necessários de acordo com as demandas em cada momento da gravidez. (BARBEIRO *et al*, 2015). Em 2019, cerca de 41,86% dos 23.282 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação (BRASIL/SIM, 2019)

A assistência pré-natal baseia-se no tripé de atuação: rastreamento das gestantes de alto risco, ações e cuidados de saúde específicos para a gestante e o feto e educação em saúde. Diante da importância do pré-natal e de suas implicações na saúde materno-infantil, é importante investigar a qualidade da atenção ofertada às gestantes à nível de atenção básica, através de estudos epidemiológicos. (BRASIL, 2004)

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de atenção à saúde, favorecendo aspectos como o atendimento, como a territorialização e o acesso da grande massa populacional. Além destes aspectos, o programa visa uma ação interdisciplinar entre profissionais de saúde somando esforços com representantes das comunidades, o que estimula um vínculo forte entre a comunidade e a equipe do PSF. E são nestas equipes, que muitas mulheres acompanham suas gravidezes. (MAYOR *et al*, 2018)

Contribuindo para o monitoramento dos usuários do SUS no Brasil, os Sistemas de Informação em Saúde- SIS foram criados como estratégia para melhorias da situação de saúde da população. Dentre eles o sistema de informações sobre gestantes é o SISPRENATAL, que tem por objetivo o acompanhamento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neo-natal, subsidiando Municípios, Estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, da qual faz parte a ficha de cadastramento da gestante no Programa SISPRENATAL. (MORAIS *et al*, 2014)

A ficha de cadastramento da gestante no Programa SISPRENATAL contém dados referentes à idade, estado civil, anos de estudo, local de moradia, antecedentes familiares e pessoais de risco obstétrico, vacinação completa, tabagismo, etilismo, realização de exames e

saneamento básico, entre outros. Esses dados avaliados conjuntamente podem detectar as situações de risco para a gestante, permitindo uma intervenção precoce, o planejamento de ações do cuidado obstétrico, para avaliação de ações de saúde, e para construção de indicadores demográficos e de saúde materno infantil. (TOMASI *et al*, 2017)

Ao considerar a instituição escolhida, há o interesse em traçar o perfil da clientela assistida, para reconhecer suas características e identificar fatores de risco e intercorrências que poderiam ser evitadas ou tratadas.

Pelo exposto, acredita-se ser oportuno o estudo das características da população atendida para elaboração de modelos de assistência. O objetivo desse estudo foi traçar o perfil de gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma Equipe de Saúde da Família em um município de pequeno porte no agreste pernambucano no primeiro trimestre do ano de 2019.

Com a avaliação de indicadores do perfil da gestante é possível fazer um levantamento de dados não só demográficos como também epidemiológicos para identificar fatores de risco e intercorrências para uma intervenção precoce no atendimento obstétrico evitando a morbimortalidade por causas totalmente evitáveis

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo documental analítico descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no município de Jurema, agreste pernambucano, com a utilização de dados consistentes no SISPRENATAL-WEB do município, tendo como período o primeiro trimestre de 2019, identificando as características da gestante atendidas na Unidade de Programa de Saúde da Família escolhida como campo de pesquisa. Foram incluídas todas as gestantes cadastradas nesse período.

O levantamento dos dados ocorreu mediante avaliação do instrumento de coleta de dados sendo considerados mais relevantes nesta pesquisa: Nível de Escolaridade, Profissão, Estado Civil, Cor da Pele, Faixa etária, Classificação de Risco, Antecedentes Familiares, Antecedentes Obstétricos, Uso de Álcool ou Tabaco e Situação Vacinal.

As tabulações foram realizadas entre o mês de maio e julho de 2020.

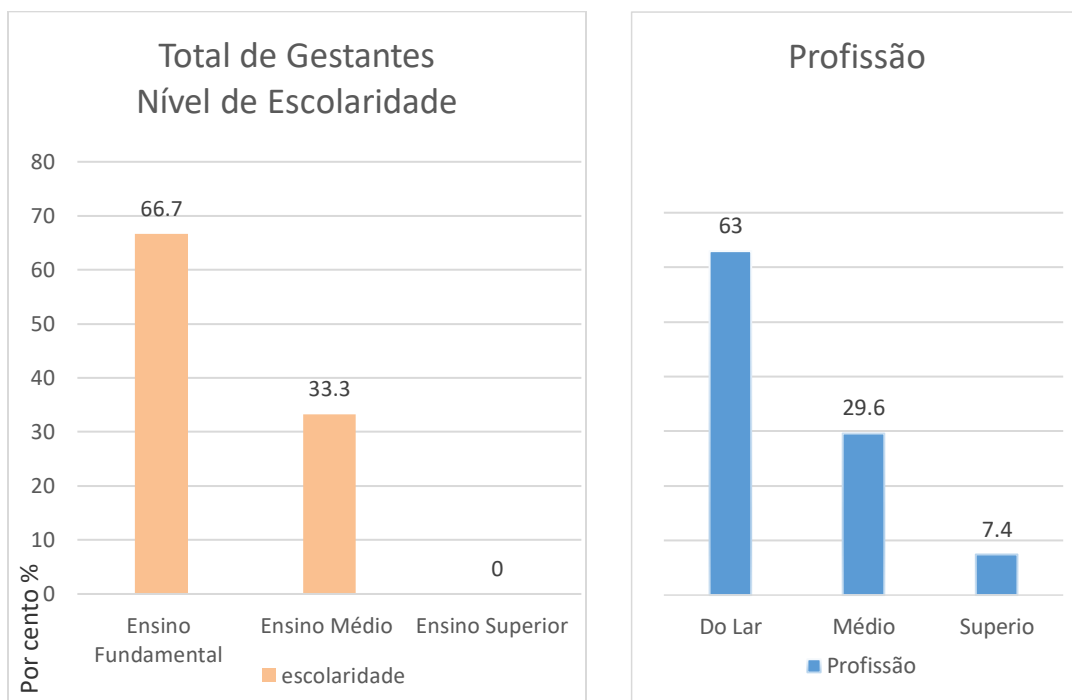
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de gestantes encontrado foi 27, representando 30% das gestantes cadastradas no município de Jurema. Não foi encontrada nenhuma variável sem informação, posto que, isto é necessário para computação dos dados no sistema SISPRENATAL-WEB.

Na tabela 01, com os dados sobre escolaridade e profissão, nota-se que a maioria das gestantes apresentou pouca escolaridade, sendo 66,7% gestantes com até 08 anos de estudo e 33,3% com mais de 08 anos de estudo, entretanto sem nível superior. Acresce ainda, à condição

social das gestantes sua ocupação, onde 63% foram consideradas do lar, 29,6% foram consideradas agricultoras e apenas 7,4% estavam em outra categoria como professora, estudante ou doméstica.

Tabela 01- Nível de Escolaridade e Profissão

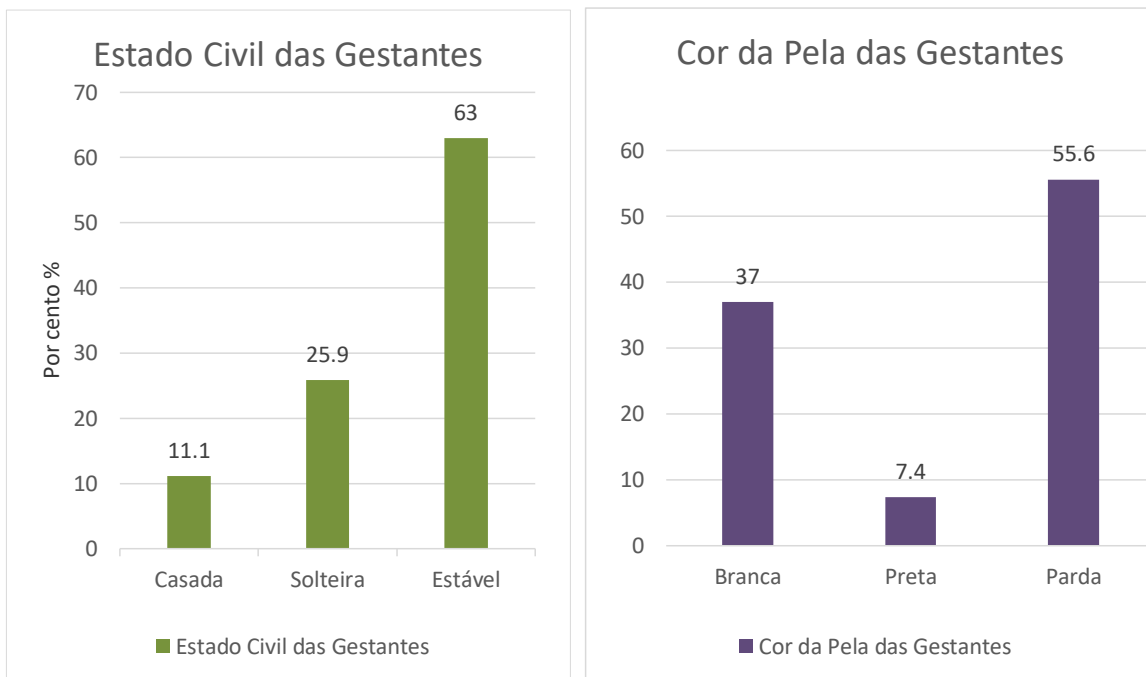


Fonte: Pesquisa realizada pelo autor

O menor nível de escolaridade materna e a profissão apresentam associação à ocorrência de recém-nascido de baixo peso, talvez pelo fato da situação sócio econômica, com menor ganho de peso na gestação, além do início do pré-natal tardio (OKOSUN, 2000). Além disto, em estudo realizado por Haidar, Oliveira, Nascimento (2001), estes fatores refletem aspectos como a via de parto, onde as gestantes com maior escolaridade e profissões que necessitam nível superior, apresentam uma chance seis vezes maior de terem seus filhos por parto cesáreo, já que este demanda um custo financeiro, e as mães com melhor condições econômicas podem pagar por ele.

Na tabela 02, quanto à situação conjugal, 11,1% das gestantes eram casadas, enquanto 25,9% eram solteiras e 63% viviam com companheiros em união estável. Com relação à cor, 37% se autodeclararam como sendo branca; 7,4% como sendo preta e 55,6% como de cor parda.

Tabela 02- Estado Civil e cor de pele

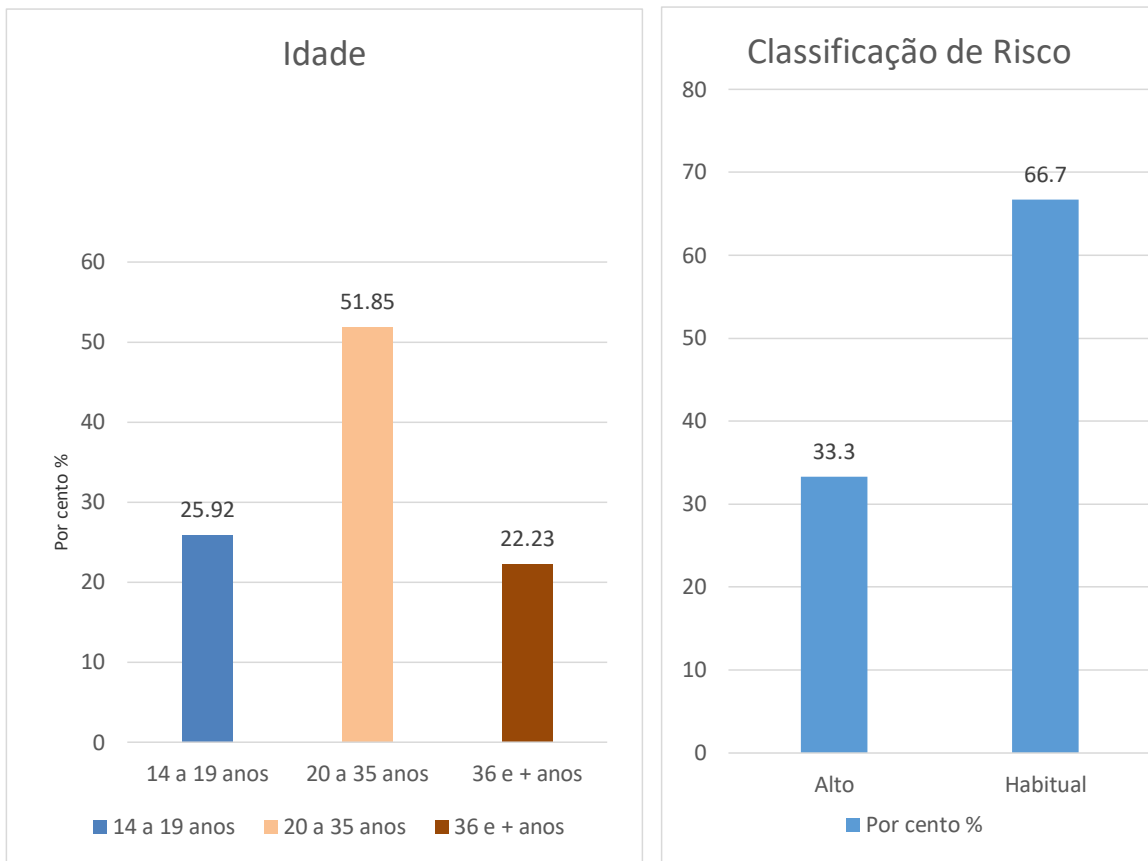


Fonte: Pesquisa realizada pelo autor

Segundo Petroni *et al.* (2012), a participação e o apoio, emocional e comportamental da família da gestante no período gestacional, contribui para o fortalecimento emocional da mesma, sendo importante para que esta se sinta amparada, através do acolhimento e disposição de ouvir e auxiliar a gestante no que for necessário. Por outro lado, a ausência do cuidado e atenção, gera inseguranças difíceis de serem superadas, podendo encontrar barreiras e dificuldades na amamentação, na criação de um novo papel familiar com a chegada desse bebê, bem como em outras demandas específicas desse período, fatores esses os quais podem contribuir para a manifestação de sintomas depressivos. (ROMAGNOLO *et al*, 2017)

As gestantes negras se encontram em desvantagem na assistência pré-natal na gravidez, com menor proporção com número adequado de consultas, e ao receber menos orientação quanto ao parto normal, evidenciando desigualdades sociais como também uma deficiência no sistema de saúde em facilitar e qualificar o acesso a todas as mulheres, oferecendo orientações sobre parto e local de parto. (THEOPHILO *et al*, 2018)

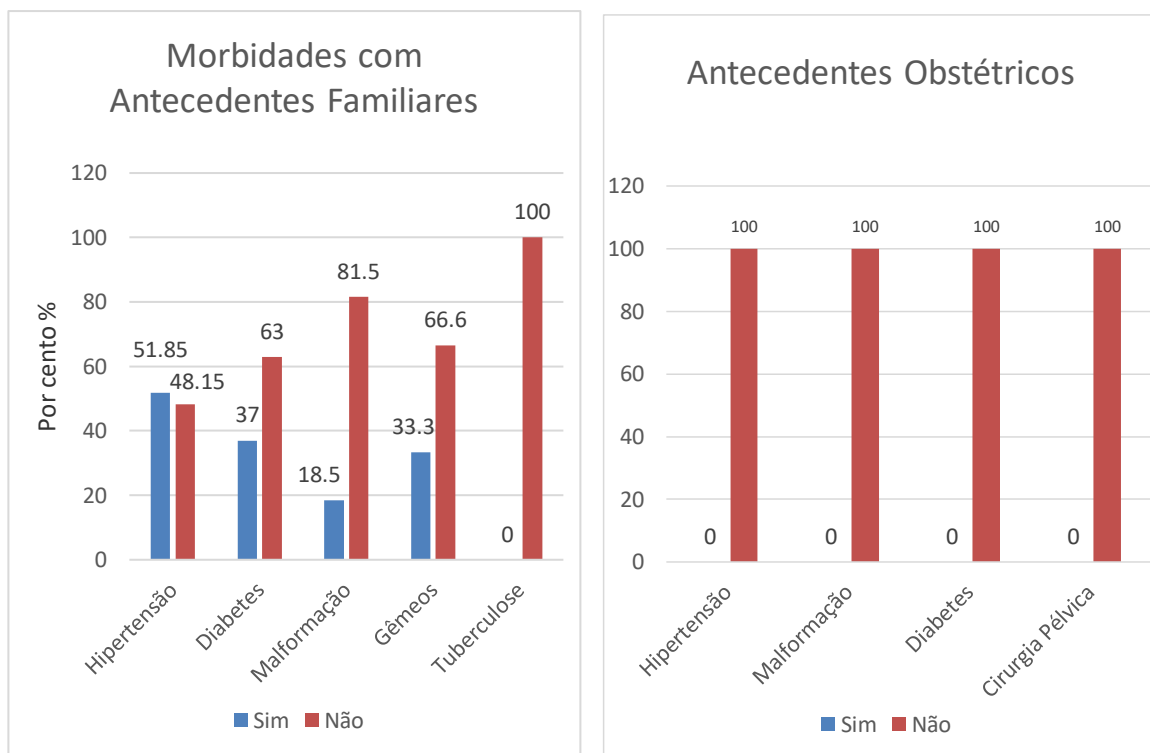
Tabela 03: Faixa Etária e Classificação de risco



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor

A tabela 03 apresenta as variáveis referentes à idade das gestantes e classificação de risco. Houve predomínio na faixa etária de 20-34 anos com 51,85%, na sequência a faixa etária <20 anos com 25,92% e > 35 anos com 22,23%. Para a classificação de risco gestacional 33,3% das gestantes, apresentaram gravidez de alto risco e 66,7% gravidez de risco habitual, conforme tabela 03. Na adolescência, a gravidez acarreta repercussões que demandam atenção e intervenção por parte dos profissionais da saúde. É necessário refletir sobre algumas questões fortemente associadas à problemática da gravidez precoce e que tem sido objeto de pesquisas, destacando-se entre elas: a sexualidade dos adolescentes e a educação sexual, o uso de métodos contraceptivos, as doenças sexualmente transmissíveis, a AIDS, o abandono escolar e a violência relacionada ao abuso sexual. (SOUZA, 2012)

Tabela 04: Antecedentes Familiares e obstétricos

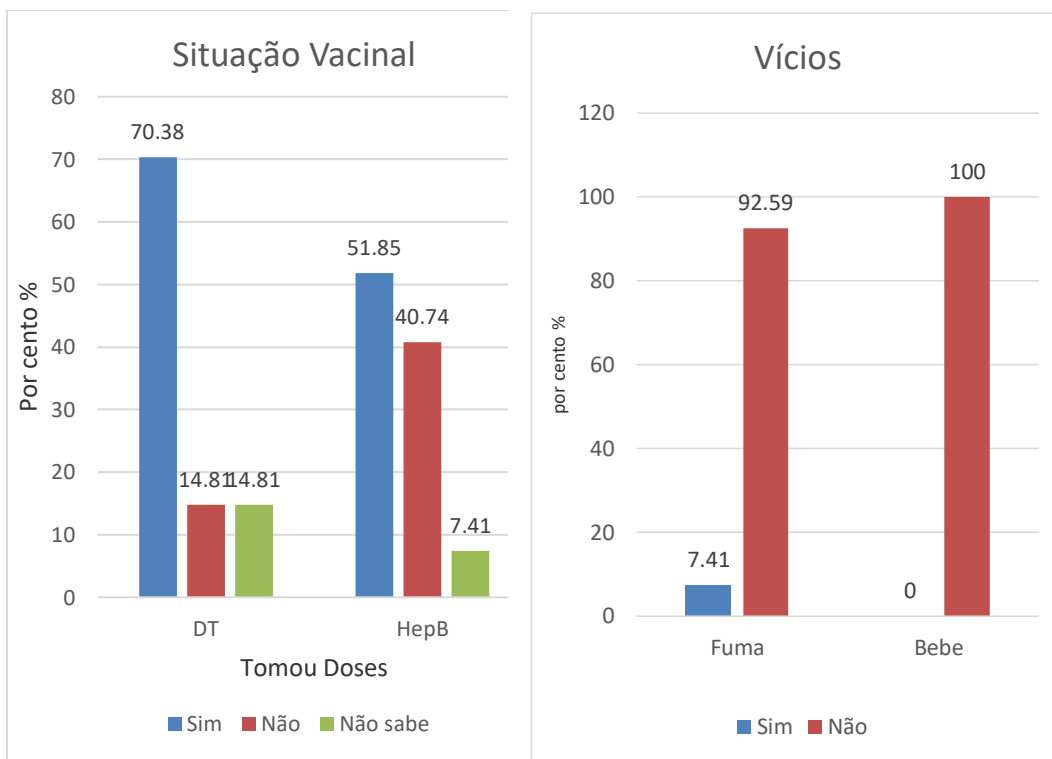


Fonte: Pesquisa realizada pelo autor

Os antecedentes familiares representam um fator importante na classificação do risco da gestante. As taxas prevalentes no histórico familiar fizeram referência à Hipertensão Arterial Sistêmica (51,85%) e Diabetes Melitus (37%), seguido de gemelaridade (33,3%) e malformação (18,5%). Nenhuma gestante referiu tuberculose na família. Um estudo realizado por HUÇULAK, PETERLINI (2014) afirmam que a somatória de antecedentes familiares ou pessoais pode aumentar a probabilidade de agravo na gestação.

Nos antecedentes obstétricos da gestante, nenhuma apresentou histórico de HAS, DM, cirurgia pélvica ou malformação. Entretanto, cabe ressaltar que os antecedentes pessoais são fator relevante para complicação do período gestacional, visto que agrava tanto o prognóstico materno quanto o perinatal. (BRASIL, 2012)

Tabela 05: Uso de Álcool ou Tabaco e situação vacinal



Fonte: Pesquisa realizada pelo autor

Na avaliação das gestantes que fazem uso de cigarro ou álcool, 100% das mães afirmam não fumar e pelo menos, 7,41% das mesmas afirmam fumar. Segundo é estimado, mais de 30% das mulheres em idade reprodutiva são tabagistas e apenas 1 em cada 5 abandona o vício ao engravidar.

O hábito de fumar acarreta riscos fetais decorrentes do amadurecimento placentário precoce e da redução do aporte nutricional, passíveis de provocar restrição do crescimento fetal. Ademais, a aceleração da maturidade placentária tem sido associada a aumento na incidência de descolamento prematuro de placenta. Os malefícios do tabaco atingem não apenas a gestante, mas também o feto, o qual, ainda no útero, se torna um verdadeiro fumante ativo. (LEOPERCIO, GIGLIOTTI, 2017)

Já para as imunizações, foi avaliada a situação vacinal com relação a dT e HB. Para dT, 60,38% das gestantes apresentaram-se vacinadas no início do pré-natal, 14,81% não estavam vacinadas e 14,81% não sabia seu estado vacinal. Para vacina HB, 51,85% das gestantes estavam vacinadas no início do pré-natal 40,74% não estavam vacinadas e 7,41% não sabiam o estado vacinal, conforme a Tabela 05. Existe uma importante diferença entre o tétano e as outras doenças cuja prevenção está incluída no PNI, para o tétano, a imunização só é alcançada mediante vacinação, já que a imunidade não pode ser naturalmente adquirida. Dessa forma, a intensificação no controle da cobertura da vacina dT e Hep B são questões necessárias à saúde da gestante. (ROCHA, *et al*, 2016)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise dos dados do estudo, foi possível identificar o perfil das gestantes de uma determinada Equipe de Saúde da Família, que pode representar um município. Dentro dos resultados encontrados encontra-se a grande quantidade de gestantes adolescentes que vivem em vulnerabilidade com risco para sua gestação. Uma grande quantidade de gestantes com baixa escolaridade, sem um companheiro. Por outro lado, a situação vacinal, encontra-se em níveis desejáveis. Estes dados sugerem a necessidade de ações de saúde mais eficazes no controle da natalidade, com enfoque na equidade social.

A princípio, espera-se que com o perfil das gestantes, traçado por dados da ficha de cadastramento da gestante no Programa SISPRENATAL, possam ser utilizados como instrumentos de avaliação capazes de prevenir a morbimortalidade.

A população brasileira não se enquadra em um único padrão social e educacional, e com a grande diferença entre as regiões em relação ao atendimento em saúde, não é possível generalizar o tipo de atendimento obstétrico, já que existem as peculiaridades referentes a aspectos culturais, econômicos, sociais e demográficos na população feminina, assim, se faz necessário o conhecimento da clientela atendida, sendo necessário outros estudos sobre a temática.

REFERÊNCIAS

BARBEIRO, F.M.S; FONSECA, SC; TAUFFER, M.G; FERREIRA, M.S.S; SILVA, F.P; VENTURA, P.V. *et al.* Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**. 2015; 49:22.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde. Área profissional saúde. Brasília: MS/MEC; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal. [http:// http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/](http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/), acessado em 18/jul/2019).

DALLA COSTA L.D *et al.*,. Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista baiana de enfermagem**. 2017; 31(4):e20458.

Haidar, Fátima H.; OLIVEIRA, Urânia F.; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, Aug. 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400037&lng=en&nrm=iso>. access on 23 may 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400037>.

HUÇULAK, M.C.; PETERLINI, O.L.G. Rede Mãe Paranaense - Relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde**. 2014; 15(1): 77-86.

LEOPERCIO, Waldir; GIGLIOTTI, Analice. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 176-185, Apr. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Jun 2020. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132004000200016>.

MAYOR, M.S.S; HERRERA, S.D.S.C; Araujo MQ, Santos FM, Arantes RV, Oliveira NA. Avaliação dos Indicadores da Assistência Pré-Natal em Unidade de Saúde da Família, em um Município da Amazônia Legal. **Rev Cereus**. 2018 [acesso em 10 jun 2020];10(1):91-100. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2079>.

MORAIS, Rinaldo Macedo de; COSTA, André Lucirton. Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 767-793, jun. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000300011&lng=pt&nrm=iso. acessos em 19 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-76121512>.

OKOSUN, I. S.; HALBACH, S. M.; DENT, M. M. & COOPER, R. S. Ethnic differences in the rates of low birth weight attributable to differences in early motherhood: A study from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Journal of Perinatology**, 2000. 20:105-109.

PETRONI, L. M. et al. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. *Cienc. Cuid. Saude*, v. 11, n. 3, p. 535-541, 2012.

ROCHA, Bárbara Cristina Casemiro da et al. Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2287-2292, July 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702287&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Apr 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.16862015>.

SOUZA, Andrea X. A; NOBREGA, Sheva M; COUTINHO, Maria P.L. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psychology Society**. [online]. 2012

ROMAGNOLO, A.N.; COSTA, A.O.; SOUZA N.L.; SOMERA V.C.O.; BENINCASA, M. A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 38, n. 2, p. 133-146, jul./dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2017v38n2p133>

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103505&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadastro de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso. access on 19 July 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815>.

Capítulo 50

PORTA DE ENTRADA PARA QUEM?

OS DESAFIOS DE PESSOAS TRANS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ENTRY DOOR FOR WHO? THE CHALLENGES OF TRANS PEOPLE IN PRIMARY HEALTH CARE

Vanessa Juliene Ferreira Braga¹

Cibele Lima Taveira²

RESUMO As pessoas trans (transgênero, transexual e travesti) são historicamente marginalizadas e consideradas identidades desviantes devido a não conformidade com os padrões cis-heteronormativos e o binarismo de gênero, ficando expostas aos mais diversos tipos de discriminação, preconceito, violência e vulnerabilidade. Neste artigo, objetivou-se analisar como ocorre o acesso de pessoas trans na Atenção Primária à Saúde, por meio de uma revisão sistemática mediante buscas de produções/artigos nas bases de dados SciELO e LILACS, que fossem compatíveis com o tema abordado, utilizando os descritores: “transexual”, “transgênero”, “travesti” e “pessoas trans”. A partir dos materiais selecionados foi possível identificar uma carência de materiais que contemplassem o tema de forma integral, totalmente voltados para o acesso desse grupo na APS. Além do mais, constatando que a APS não se configura como uma porta de entrada para a população trans, devido as inúmeras situações constrangedoras vivenciadas por esses sujeitos na procura de atendimento nesses serviços.

Palavras-chave: Pessoas Trans. Transgêneros. Atenção Primária à Saúde. Saúde.

ABSTRACT: Trans people (transgender, transsexual and transvestite) are historically marginalized and considered deviant identities due to non-compliance with cis-heteronormative standards and gender binarism, being exposed to the most diverse types of discrimination, prejudice, violence and vulnerability. In this article, the objective was to analyze how the access of trans people in Primary Health Care occurs, through a systematic review through searches of productions / articles in the SciELO and LILACS databases, which were compatible with the topic addressed, using the descriptors: “transsexual”, “transgender”, “transvestite” and “trans people”. From the selected materials, it was possible to identify a shortage of materials that fully addressed the theme, fully focused on the access of this group in PHC. Furthermore, noting that PHC is not configured as a gateway for the trans population, due to the numerous embarrassing situations experienced by these subjects in seeking care in these services.

Keywords: Trans people. Transgender. Primary Health Care. Health.

Introdução

O acesso a saúde é um direito de todas e todos, sendo dever do Estado promover a garantia desse para população de forma igualitária e equânime, como proposto pelo art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1998). No entanto, esse acesso ainda se configura como um desafio para alguns indivíduos, como no caso das pessoas trans (transgêneros, transexuais e travestis), devido a imperícia por parte de alguns profissionais e a discriminação institucional.

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como a porta de entrada dos sujeitos e base organizadora para promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado da população. Diante disso, as questões referentes a atenção e cuidado

¹ Graduado em Psicologia pela Faculdade Santa Maria. Pós-graduando em Docência do Ensino Superior pela CEDES – UFCG/CFP. Homem Trans com documentos não retificados. E-mail: matheo_braga@outlook.com.

² Graduada em Psicologia pela Faculdade Santa Maria. Pós-graduanda em Docência do Ensino Superior pela CEDES – UFCG/CFP. E-mail: cibelelmtaveira@outlook.com.

de pessoas trans, assim como todas as outras, devem ser visíveis e acolhidas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) (ROGERS et al., 2016).

Pensar sobre o acesso de pessoas trans na APS ainda reflete um obstáculo. Visto que, essas pessoas são historicamente marginalizadas e compreendidas como anormais, por essa não conformidade de sexo-gênero. No sentido mais comum, entende-se que pessoas trans (transgêneros, transexuais e travestis) são sujeitos que não se sentem pertencentes ao gênero atribuído a elas no seu nascimento. Passar por qualquer procedimento transexualizador é uma escolha do indivíduo, não há obrigatoriedade para hormonização, cirurgias, etc. Ou seja, são sujeitos que transgridem a norma cis-heteronormativa. (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; BUTLER, 2017).

Devido a isso, as identidades desses sujeitos são deslegitimadas e consideradas incongruentes, pois estão fora do “normal”, ou seja, não seguem o padrão cis-heteronormativo e o binarismo de gênero. Esse padrão cis-heteronormativo pauta-se na normalização do que é feminino/masculino, na qual os sujeitos só serão classificados com legítimos se seguirem a ordem sexo-gênero-desejo. As identidades que subvertem esse padrão acabam sendo rotuladas com seres desviantes e patológicos (BUTLER, 2017).

Analisando toda a vulnerabilidade e preconceito que essa população está exposta, estes ainda precisam enfrentar alguns obstáculos na procura por atendimento nos serviços de saúde. Mesmo com a elaboração da Portaria 1.820/09 que regulamento o uso do Nome Social nos documentos dos serviços de saúde e a criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, em 2011, alguns profissionais não possuem habilidades no acolhimento e cuidado de pessoas trans, onde a política acaba sendo oprimida e, além disso, produzindo situações vexatórias e humilhantes (ROGERS et al., 2016; BRASIL, 2012).

O uso do nome social é um exemplo das situações de constrangimento enfrentadas pelas pessoas trans na APS e em outros serviços de saúde, mesmo com a elaboração da Portaria que regulamenta o uso do Nome social, pois devido à falta de habilidade e manejo dos profissionais/serviços, estes acabam enfatizando o nome de registro do indivíduo, o que acaba agravando as experiências dessas pessoas no âmbito da saúde, havendo um distanciamento desses usuários com os serviços. A imperícia no acolhimento, a inexperiência no manejo de questões do universo trans, e até mesmo a falta de sensibilidade e empatia com o outro, acaba reforçando atitudes preconceituosas e deslegitimando essas identidades, além de os colarem em situações ainda mais vulneráveis (ROGERS et al., 2016).

A resistência na procura de atendimento nos serviços de saúde já é vista como um obstáculo devido a carga patológica colocada sobre esses indivíduos, que desde sempre foram classificados como portadores de um transtorno por não seguirem essa linha do binarismo de gênero. Frente a isso, é possível presumir os danos emocionais, sociais e físicos causados por todo esse sistema cis-heteronormativo, onde além desses sujeitos ficarem expostos a mais agravos, a relação usuário-serviço-profissional é bastante fragilizada (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

As práticas e os serviços de saúde sempre estiveram baseados em um modelo normativo e em uma visão biologicista, sendo compreensível que as pessoas trans sintam receio em procurar atendimento. Nesse sentido, o artigo se propôs a analisar como ocorre o acesso de pessoas trans na APS, utilizando como base metodológica uma revisão sistemática.

A APS sendo considerada a porta de entrada na RAS, deveria desenvolver estratégias para fortalecer as habilidades dos profissionais de saúde no atendimento e acolhimento desses sujeitos, proporcionando a redução de atitudes discriminatórias e do preconceito, e cumprindo com o princípio da equidade. Porém, nota-se que os profissionais e o serviço ainda encontram-se fragilizados e com poucas habilidades no manejo das questões do universo trans, gerando um questionamento: “A Atenção Primária em Saúde é porta de entrada para quem?”.

Metodologia

Para o desenvolvimento da pesquisa utilizou-se de uma revisão sistemática, pensando numa melhor sintetização dos dados encontrados. A revisão sistemática tem como critério uma avaliação crítica dos estudos encontrados por meio da busca na literatura sobre determinada temática. Seu objetivo é a obtenção de uma resposta clara e concreta para uma questão de investigação levantada pelo pesquisador, apresentando um resumo sobre todos os estudos encontrados que tenham relação com o tema investigado e fazendo uma discussão dos estudos encontrados com a questão de investigação (DONATO; DONATO, 2019).

Dessa forma, a revisão sistemática foi realizada por meio de uma busca eletrônica nas bases de dados LILACS e SciELO, no ano de 2020. Aplicando os seguintes descritores: “transexual”, “transgênero”, “travesti” e “pessoas trans e saúde”. Quanto aos critérios de inclusão, foram selecionados artigos completos que abordassem o tema “acesso de pessoas trans na atenção primária à saúde”, publicado nos últimos 5 anos (2016-2020), escritos na língua portuguesa. Sendo excluídos estudos que divergiam através do título, que não investigassem o tema proposto e que não atendessem aos critérios de inclusão citados.

Resultados e Discussões

Foram encontrados 1.141 artigos ao todo, unindo as duas bases de dados, SciELO e LILACS. Após um afinamento extenso seguindo os critérios de inclusão e exclusão delimitados na pesquisa, 503 publicações foram excluídas devido ao ano, 213 eram de outros idiomas, assim sendo descartados, 391 não condiziam com o tema abordado e 29 artigos estavam duplicados, restando 5 artigos selecionados para uso (tabela 1) que seguiam os critérios de inclusão e transcorriam sobre a temática “acesso de pessoas trans na atenção primária à saúde”.

Tabela 1 – Artigos selecionados nas bases de dados SciELO e LILACS.

Artigo	Referência	Ano	Título
1º	ROCON, Pablo Cardozo <i>et al.</i>	2020	Acesso à saúde pela população trans no brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa.
2º	VIEIRA, Renata Carneiro <i>et al.</i>	2019	Atenção Primária à Saúde quebrando tabus: memorial do I Seminário de Sexualidade e Diversidade da SBMFC.
3º	PEREIRA, Lourenço Barros de Carvalho; CHAZAN, Ana Cláudia Santos.	2019	O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa.
4º	ROCON, Pablo Cardozo <i>et al.</i>	2018	O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?
5º	ROCON, Pablo Cardozo <i>et al.</i>	2016	Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde.

Durante a realização da pesquisa nas bases de dados dos estudos relacionados a temática, sobre o “acesso de pessoas trans na atenção primária à saúde”, observou-se uma escassez de produções que abordassem o tema de forma integral. A maioria das produções eram voltadas para temas sobre as vulnerabilidades sociais, cirurgias, processo transexualizador, HIV/AIDS, a saúde de forma mais generalista, havendo poucas pesquisas com foco no acesso à saúde e acolhimento desses sujeitos no âmbito da APS.

Visto que a APS é a porta de entrada da população no Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelo acolhimento integral e igualitário dos sujeitos, esta ainda se encontra fragilizada em relação as demandas e acolhimento das pessoas trans, assim como outros serviços de saúde. Pereira e Chazan (2019) apontam para necessidade de discussão e produção de estratégias voltadas para o atendimento humanizado de pessoas trans na APS, já que este serviço deve valorizar o cuidado centrado na pessoa, e as pessoas trans também têm demandas que não perpassam só pela hormonização, cirurgias, etc.

Nota-se que as instituições e o sistema de saúde ainda estão pautados no modelo cis-heteronormativo e no binarismo de gênero, como aponta Vieira et.al. (2019), existindo a necessidade de uma readequação dos serviços para proporcionar o atendimento de forma igualitária para todos os usuários, porém desde a graduação muitos profissionais não tem uma familiarização com as questões que envolvem gênero e sexualidade, o que acaba sendo refletido nos atendimentos nos serviços de saúde.

Havendo uma (re)produção de atitudes preconceituosas e humilhantes, que vão desde o desrespeito do nome social desses sujeitos, além da imperícia no acolhimento das demandas dessa população, por não terem conhecimento sobre as demandas do universo trans, ou reduzirem as questões de saúde dessas pessoas apenas ao processo transexualizador. Ou seja, uma crença de que esses sujeitos não precisam cuidar e tratar de outras questões de saúde, como se todas as questões que envolvessem essas pessoas girassem em torno da sua transição.

Ficando claro a inexistência de um olhar humanizado e sensível, gerando dúvidas se a APS também é porta de entrada para as pessoas trans (VIEIRA et al., 2019).

Em outro estudo encontrado, Rocon et al. (2020) confirma que um dos maiores obstáculos encontrados por essa população é a discriminação, no qual o nome social é o principal fator de desrespeito para com as pessoas trans. Estes sujeitos acabam sendo motivo de “chacota” e humilhação devido aos estereótipos de gêneros pautados na cis-heteronormatividade. Devido a isso, existindo o medo de procurar os serviços de saúde e passarem por situações constrangedoras, o que acaba agravando os quadros de saúde desses indivíduos, além dos danos psíquicos e emocionais que são imensuráveis.

Ficando claro que o acolhimento não acontece desde o momento em que esses sujeitos têm os seus nomes desrespeitados, o autor ainda complementa dizendo que:

Aqui, nomeia-se inadequado o acolhimento que impede a inclusão e a escuta qualificada das demandas em saúde da população trans usuária dos serviços de saúde. Nesse sentido, não há acolhimento ou este é inadequado na medida em que o desrespeito às identidades de gênero da população trans vai se materializando no cotidiano dos serviços de saúde pelo desrespeito ao nome social e outras formas de manifestação de transfobia e travestifobia (ROCON et al., 2020, p. 11).

O nome é tido como um signo, este é carregado de significados únicos e subjetivos na vida de qualquer sujeito. Em se tratando das pessoas trans, o nome social carrega ainda mais significados e histórias, é uma das principais formas em que estes sujeitos sentem-se respeitados e reconhecidos. Quando se deparam com um serviço e profissionais que não demonstram conhecimento sobre as questões trans, que muitas vezes estão munidos com suas crenças no lugar de uma postura profissional, essa população tem os seus nomes, identidades e vidas desrespeitadas. Mesmo com as políticas e portarias publicadas em relação ao atendimento de pessoas LGBTQ+, uso do nome social, entre outras, ainda existe muito a ser mudado e melhorado nesses ambientes (ROCON, 2016).

Além das múltiplas situações enfrentadas no âmbito familiar e social, dificuldades de emprego e vulnerabilidades, um lugar que deveria ser de acolhimento e cuidado acaba se tornando mais uma das instituições que contribuem para uma qualidade de vida ainda mais difícil para as pessoas trans. Profissionais não capacitados e essa inexistência da integralidade do cuidado, contribuem para que os serviços de saúde e, principalmente, a APS que é a porta de entrada para o SUS e responsável pelo manejo e repasse para outros níveis de atenção, sejam vistos como ambientes que excluem as identidades trans de um direito que deveria ser assegurado, mas não é. Assim, a imagem que se tem é que a APS acaba sendo porta de entrada para todos, menos para aqueles sujeitos que transgridem o “normal”, o binarismo, a cis-heteronormatividade, ou seja, as pessoas trans (PEREIRA; CHAZAN, 2019; ROCON et al., 2020).

A população trans acaba ficando mais propensa a múltiplos fatores de risco, além dos que envolvem o meio social e a transfobia. Quando estes sujeitos procuram o serviço de saúde e vivenciam situações desrespeitosas e humilhantes, que causam danos emocionais, muitos desistem de procurar ou continuar o atendimento. Isso abre portas para o uso de hormônios sem

acompanhamento médico, aplicação de silicone industrial, além de outras questões de saúde-doença que não tem ligação com esse processo de transição. Havendo um adoecimento ainda maior, pois com o uso de forma indiscriminada de hormônios, a aplicação do silicone industrial, esses sujeitos acabam desenvolvendo problemas de saúde graves, pois não recebem nenhum tipo de acompanhamento médico, além das questões de saúde-doença que divergem da transição. Sendo muitos os agravos na saúde física, emocional, psíquica nas vidas trans (ROCON et al., 2016).

A porta de entrada nos serviços de saúde é a APS, ela é responsável por esse acolhimento e manejo, ela deve desenvolver estratégias de promoção e proteção para toda a população, extinguindo qualquer tipo de discriminação e preconceito, e não excluindo aqueles que já se encontram em situações vulneráveis (ROCON et al., 2016).

Para que ocorra o acesso de pessoas trans na APS é necessário que os profissionais estejam capacitados e aptos para cuidar das demandas referentes a essa população. Procurem ter uma maior familiaridade com os temas que envolvem os aspectos relacionados a saúde e bem-estar de toda população, proporcionando assim a integralidade e atendimento equânime na APS. No momento em que os profissionais passam a se atualizarem, buscando informação e aperfeiçoamento sobre as demandas da população trans, respeitando o uso do nome social, trazendo uma discussão sobre temáticas LGBTQ+, assumindo uma postura respeitosa e aberta para se informar e perguntar ao usuário como ele quer ser chamado, o vínculo médico-paciente começa a se fortalecer e, principalmente, existir (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Os autores ainda discutem sobre a importância dos temas relacionados a gênero e sexualidade serem discutidos e trabalhados desde a graduação, em especializações e residências em todas as carreiras da saúde (PEREIRA; CHAZAN, 2019). Rocon et al. (2016) aponta para a relevância de debater junto aos profissionais as questões relacionadas a população trans, sobre esse padrão cis-heteronormativo e binarista imposto pela sociedade, refletindo sobre os danos causados a esses sujeitos, no intuito de desenvolver uma postura mais empática desses profissionais, promovendo um atendimento mais humanizado que veja aquele indivíduo e suas subjetividades.

É necessário colocar em prática o que se encontra no papel, nas políticas, realmente fazer acontecer esse acesso que é garantido pela Constituição e por essas políticas. Além de desenvolver uma formação continuada em relação a esses profissionais e realizando campanhas que discutam sobre os direitos dessa população ao atendimento, ao uso do nome social, etc., proporcionando assim a equidade no acesso para sujeitos que são historicamente apagados da sociedade (ROCON et al., 2016).

Considerações Finais

Com base na pesquisa realizada, observou-se que existem poucas produções que transcorram sobre o acesso das pessoas trans na Atenção Primária à Saúde. Evidenciando a

importância de maiores discussões sobre o tema. A maioria dos estudos estão mais voltados para o processo transexualizador ou a saúde de forma mais geral, onde muitas vezes esse atendimento já é direcionado para uma atenção secundária ou terciária. Deste modo, havendo uma crença dos profissionais de que as pessoas trans só enfrentam problemas de saúde relacionadas a sua transição, como se não vivenciassem outras questões de saúde-doença.

Sabendo que a APS é a porta de entrada da RAS, responsável pelo acolhimento e cuidado integral de toda população, esta também deveria ser vista como uma porta de entrada para população como um todo, se desvinculando do padrão cis-heteronormativo e do binarismo de gênero. Ademais, ainda existe muito a ser desconstruído e construído no serviço. É preciso que os profissionais mantenham-se atualizados sobre as questões referentes a saúde da população trans, procurem trabalhar um postura empática e acolhedora, livre de qualquer tipo de discriminação e preconceito.

Conclui-se que a APS ainda é um serviço fragilizado, principalmente, quando se pensa no atendimento de pessoas trans. A mesma não funciona como uma porta de entrada para esses sujeitos, sendo apenas mais uma porta que se fecha além das várias outras. Existindo a necessidade de uma (re)construção do serviço no sentido de proporcionar um atendimento integral e igualitário, e uma (re)construção dos profissionais, para que estejam aptos e capacitados para manejar essas questões, enxergando esses sujeitos como vidas que importam.

Referências

- ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4. 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2012.
- BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. 14. ed. Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 2017.
- DONATO, Helena; DONATO, Mariana. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. **Revista Científica da Ordem dos Médicos**, v. 32, n. 3, p. 227-235, mar. 2019.
- PEREIRA, Lourenço Barros de Carvalho; CHAZAN, Ana Cláudia Santos. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, v.14, n.41. 2019.
- ROCON, Pablo Cardozo. *et al.* Acesso à saúde pela população trans no brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1. 2020.
- ROCON, Pablo Cardozo. *et al.* O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. **Interface, Comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 22, n. 64. 2018.
- ROCON, Pablo Cardozo et.al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Vitória – ES, v. 21, n. 8. 2016.
- ROGERS, João. *et.al.* Pessoas Trans na Atenção Primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. **Saúde & transformação Social**, Florianópolis, v. 7, n. 3. 2016.
- VIEIRA, Renata Carneiro. *et al.* Atenção Primária à Saúde quebrando tabus: memorial do I Seminário de Sexualidade e Diversidade da SBMFC. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41. 2019.

Capítulo 51

PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES ISOLADAS DE APARELHOS CELULARES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Caroline Da Silva Cortez Sanchez¹
Lucia Mara Lopes Cursino²

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar a presença de bactérias nos aparelhos celulares de profissionais da atenção primária à saúde. Das 60 amostras, coletadas dos celulares e das mãos dos profissionais, 96,6% (58/60) apresentaram crescimento bacteriano. Dentre os isolados identificados, 20,67% apresentaram índice de múltipla resistência aos antimicrobianos. Foi identificado através da aplicação de um questionário, sobre higienização e uso do aparelho, que 34,62% dos profissionais não realizam a limpeza de seus aparelhos celulares e sobre a lavagem das mãos após o uso dos aparelhos, 96,15% informaram não fazê-la. A multirresistências das bactérias aos antibióticos demonstra um importante problema de saúde pública e um outro agravante foi que os profissionais não aderem às práticas de assepsia das mãos mesmo tendo consciência de que o celular pode ser um potencial reservatório de microrganismos.

Palavras chaves: Bactéria; Aparelho de celular, Atenção primária à saúde,

ABSTRACT: The aim of this study was to analyze the presence of bacteria in the cell phones of professionals in primary health care. Of the 60 samples, collected from cell phones and the hands of professionals, 96.6% (58/60) showed bacterial growth. Among the identified isolates, 20.67% had an index of multiple resistance to antimicrobials. It was identified through the application of a questionnaire, about hygiene and use of the cell phone, that 34.62% of the professionals do not clean their cell phones and about hand washing after using the devices, 96.15% reported not doing it. The multi-resistance of bacteria to antibiotics demonstrates an important public health problem and another aggravating factor was that professionals do not adhere to the practices of hand asepsis even though they are aware that the cell phone can be a potential reservoir of microorganisms.

Key words: Bacteria; Cell phone, Primary health care

Introdução

O aparelho de telefone celular tornou-se um símbolo da contemporaneidade e sua forma compacta permite sua utilização em diversos ambientes, o que pode torna-los reservatórios potenciais de microrganismos e, conseqüentemente, possíveis fontes de contaminação (RANA et al, 2013). Estudos relataram que a umidade da pele e temperatura ótima em algumas partes do corpo, como a palma das mãos, associadas a temperatura gerada pelos telefones celulares contribuem para o armazenamento e transmissão de grande quantidade de microrganismos entre aparelho e usuário (TAGOE, GYANDE, ANSAH, 2011).

Foi evidenciado que os trabalhadores de saúde utilizam o mesmo celulares em outros ambientes, e assim, conduzem o risco de contaminação em hospitais, departamentos e para a comunidade (PAL et al, 2013). Sabe-se que a microbiota humana é composta por inúmeras bactérias, dentre elas a *Staphylococcus aureus* que habitam a pele e a mucosa nasal e a transmissão ocorre por contato direto com a área colonizada e dessa forma, o indivíduo contamina as próprias mãos e passa a ser um carreador de bactérias (CHAMBERS, 2001). Ressalta-se que

¹ Discente do curso de medicina da Faculdade FACERES – São José do Rio Preto/SP E-mail: caca_cortez@hotmail.com.

² Doutora em Microbiologia pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP e docente do curso de medicina da Faculdade FACERES – São José do Rio Preto/SP. E-mail: lopeslm@yahoo.com.br

esses microrganismos podem causar processos patológicos desde os mais simples como acne até mais os mais complexos como endocardite, pneumonias, infecções do trato urinário, entre outras (DIAS, PINHEIRO, ALVES, 2015). Levando em consideração que o telefone móvel representa um instrumento de trabalho e reconhecendo que sua forma compacta pode levá-lo a diversos ambientes, inclusive hospitais, é válido ressaltar seu potencial para infecções nosocomiais, uma vez que um mesmo aparelho pode ser usado em outros ambientes e por outras pessoas (FOONG et al., 2015). A partir do quadro de prevalência de infecções nosocomiais, dos estudos sobre os microrganismos encontrados nos telefones móveis de trabalhadores de saúde, evidencia-se uma problemática referente à saúde pública global, uma vez que estamos enfrentado um processo de evolução acelerada de resistência para antibióticos de patógenos responsáveis por importantes infecções (RICE, 2008, BARBOSA, 2019). Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo analisar a presença de bactérias nos aparelhos celulares de profissionais da saúde primária, identificar a resistência a antibióticos e os hábitos dos donos dos aparelhos celulares e como estes hábitos podem influenciar no risco de infecções.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de estudo analítico, descritivo, transversal, com dados obtidos a partir experimentos e questionários de pesquisa desenvolvidos especificamente para este estudo. As coletas foram realizadas em 2 (duas) unidades de atenção à saúde do município de São José do Rio Preto – SP. As amostras foram coletadas de aparelhos celulares e da mão de médicos, estudantes de medicina, enfermeiros, técnicos auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas. A coleta das amostras foi realizada com swabs estéreis umedecidos em solução salina (NaCl 0,9%), sendo o primeiro swab friccionado com movimentos giratórios na face ventral das duas mãos de o segundo em ambas as superfícies do celular. Os swabs foram inoculados em caldo BHI (Brain and heart infusion broth) e colocados em estufa a 37° C por 24 horas do laboratório de microbiologia da Faculdade FACERES. Após o crescimento foram semeadas em placa ágar manitol e ágar MacConkey, com incubação a 37°C por 24 horas. As colônias isoladas dos meios de cultura foram analisadas pelo método de Gram e por provas bioquímicas (catalase e coagulase). Utilizou-se o método de difusão de discos de antimicrobianos (método de Bäuer-Kirby) em Ágar Müeller-Hinton para análise da resistência a antibióticos. Foram testados os antibióticos: gentamicina 10 µg, tetraciclina 30 µg, eritromicina 15 µg, nitrofurantoína 300 µg e norfloxacinina 10 µg. No momento da coleta das amostras, os participantes foram submetidos a um questionário sobre o compartilhamento do aparelho com outras pessoas, higienização, frequência de uso de celular no ambiente de trabalho e presença infecções frequentes e sobre informações pessoais (gênero, idade e profissão). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade FACERES por meio do parecer de número 2.034.537.

Resultados

Foram coletadas 60 amostras das mãos e aparelhos de celulares dos profissionais de saúde. Das amostras coletadas 96,6% (58/60) apresentaram crescimento bacteriano. Conforme evidenciado na tabela 1, o microrganismo identificado em maior número de amostras foi o *Staphylococcus aureus* (62,07%). O segundo microrganismo mais presente foi o *Staphylococcus coagulase negativa* (17,24%), seguido pelo *Streptococcus* (12,07%) e, por último, bactérias gram negativas (8,62%).

Tabela 1. Microrganismos identificados no total de amostras

Bactérias identificadas	n=58
<i>Staphylococcus aureus</i>	36/58(62,07)
<i>S. coagulase negativa</i>	10/58(17,24)
<i>Streptococcus</i>	7/58(12,07)
Gram (-)	5/58 (8,62)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Fonte: Autoria própria (2020).

A percentagem de compatibilidade entre os microrganismos identificados na mão e no celular foi de 56,67%, sendo que a tabela 2 indica os percentuais de microrganismos identificados nas mãos e aparelho celular.

Tabela 2. Microrganismos identificados na mão e nos celulares de profissionais de saúde

Bactérias identificadas na mão	n=30
<i>Staphylococcus aureus</i>	18/30 60,00)
<i>S. coagulase negativa</i>	6/30 (20,00)
<i>Streptococcus</i>	4/30 (13,33)
Gram (-)	2/30 (6,67)
Bactérias identificadas no celular	n=28
<i>Staphylococcus aureus</i>	18/28 (64,29)
<i>S. coagulase negativa</i>	4/28 (14,29)
Gram (-)	3/28 (10,71)
<i>Streptococcus</i>	3/28 (10,71)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Fonte: Autoria própria (2020)

Dentre os isolados identificados, 20,67% apresentaram índice de múltipla resistência aos antimicrobianos. Das 36 amostras que indicaram a presença de *Staphylococcus aureus*, 09 amostras foram multirresistentes quando analisadas no antibiograma. Das 10 amostras que indicaram a presença de *S. coagulase negativa*, 01 amostra foi multirresistente. E, das 05

amostras que indicaram a presença de bactérias *Gram (-)*, 02 amostras apresentaram-se multirresistentes (Tabela 3).

Tabela 3. Bactérias multirresistentes

Bactéria multirresistente	Frequência %
<i>Staphylococcus aureus</i>	9/36 (25,0)
<i>S. coagulase negativa</i>	1/10 (10,0)
Gram (-)	2/5 (40,0)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem)

Fonte: Autoria própria (2020)

Foi analisado o perfil de resistência dos isolados aos diferentes antibióticos e das 12 espécies que apresentaram multirresistência identificamos que 4 espécies foram resistentes a 3 antibióticos e 1 amostra apresentou resistência a 4 tipos de antibióticos (Tabela 4).

Tabela 4. Perfil de multirresistência das espécies isoladas

Espécies isoladas	Antibióticos	Número de espécies multirresistentes
<i>S.aureus</i>	Norfloxacino, Eritromicina e Tetraciclina	3
<i>S.aureus</i>	Gentamicina, Eritromicina e Nitrofurantoina	1
<i>S.aureus</i>	Eritromicina e Tetraciclina	3
<i>S.aureus</i>	Norfloxacino, Gentamicina, Eritromicina e Tetraciclina	1
<i>S.aureus</i>	Norfloxacino e Eritromicina	1
<i>S.coagulase negativa</i>	Eritromicina e Tetraciclina	1
Gram (-)	Eritromicina e Nitrofurantoina	1
Gram (-)	Eritromicina e Tetraciclina	1

Fonte: Autoria própria (2020)

Com relação aos hábitos dos donos dos celulares foram aplicados questionários e coletadas informações de médicos (19,23%), enfermeiros (34,62%), auxiliares de enfermagem (11,54%), fisioterapeutas (7,69%) e estudantes (26,92%), sendo que 04 profissionais optaram por não respondê-lo, o que resultou em 26 questionários preenchidos. Nas questões sobre material de limpeza utilizado para higienização dos celulares e com quais pessoas o entrevistado compartilha o celular foi possível à escolha de mais de um item. Dos participantes, 34,62% foram do gênero masculino e 65,38% do gênero feminino. Dos questionários respondidos, observou-se que o tempo de uso mais frequente dos aparelhos celulares durante a jornada de trabalho é de 01 hora (38,46%). Em relação aos hábitos de limpeza, 34,62% dos profissionais de saúde não realizam a

limpeza de seus aparelhos celulares e 69,23% compartilham os aparelhos com outros indivíduos, preferencialmente com amigos (34,62%). Dos profissionais que realizam a limpeza dos seus aparelhos (65,38%), a maioria afirmou fazê-la semanalmente (26,92%). O material de limpeza mais utilizado por todos que a fazem em qualquer período foi o álcool (38,46%). Os profissionais também foram questionados se acreditavam que o celular poderia ser um potencial reservatório de microrganismos, sendo que 100% responderam afirmativamente. Contudo, quando questionados sobre a lavagem das mãos após o uso dos aparelhos, 96,15% dos profissionais informaram não fazê-la.

Tabela 5. Informações coletadas pelo questionário

Variável	n=26 indivíduos
Ocupação	
Enfermeiro	9/26 (34,62)
Estudante	7/26 (26,92)
Médico	5/26 (19,23)
Auxiliar de enfermagem	3/26 (11,54)
Fisioterapeuta	2/26 (7,69)
Departamento	
Triagem	18/26 (69,23)
Consultório	7/26 (26,92)
Gerência	1/26 (3,85)
Limpeza do Celular	
Não realiza limpeza	9/26 (34,62)
Realiza limpeza	17/26 (65,38)
Semanalmente	7/26 (26,92)
Mensalmente	6/26 (23,08)
Diariamente	4/26 (15,38)
Material de Limpeza	
Utiliza	
Álcool	10/26(38,46)
Tecido	5/26 (19,23)
Água	4/26 (15,38)
Não utiliza	9/26 (34,62)
Frequência de Uso	
01 hora	10/26 (38,46)
15 a 30 minutos	9/26 (34,62)
05 horas ou mais	3/26 (11,54)
Não utiliza	3/26 (11,54)
03 horas	1/26 (3,84)
Outras pessoas compartilham o celular?	
Não	8/26 (30,77)
Sim	
Amigos	9/26 (34,62)
Cônjuge	8/26 (30,77)
Filhos	7/26 (26,92)
Outros	3/26 (11,54)
Lava a mão após o uso do celular?	
Não	25/26 (96,15)

Sim	1/26 (3,85)
Apresenta infecções frequentes?	
Não	23/26 (88,46)
Sim	
Acne	1/26 (3,85)
Resfriado	1/26 (3,85)
Infecções urinárias	1/26 (3,85)
Você acha que o celular pode ser fonte de microrganismos?	
Não	0/26 (0)
Sim	26/26 (100)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Fonte: Autoria própria (2020)

Discussão

O presente estudo demonstrou que 96,6% das amostras apresentaram crescimento bacteriano corroborando com dados da literatura (SOUZA et al., 2018). De acordo com a literatura, de 9 à 25% dos aparelhos celulares estão contaminados com alguma bactéria patogênica (BRADY et al. 2009; PERIM et al., 2015). Dentre as bactérias encontradas no presente estudo *Staphylococcus aureus* teve maior prevalência (62,06%) seguido por *Staphylococcus coagulase* negativa (17,24%). O *Staphylococcus aureus* provoca diversas doenças em razão de sua capacidade de produzir toxinas, invadir e destruir tecidos. São exemplos: intoxicação alimentar, choque tóxico, infecções cutâneas, pneumonia, endocardite e osteomielite (PERIM et al., 2015). O *Staphylococcus aureus* é um problema nos hospitais por desenvolver resistências aos antibióticos, especialmente a metilina e à vancomicina. Em ambiente hospitalar, o *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) são um grande fator de risco de transmissão cruzada e de infecção subsequente (MONTEIRO et al., 2016). Esse risco está tão consolidado que já existe uma norma do Sistema Nacional de Saúde para prevenção e controle das infecções pelo MRSA em hospitais – Norma 018/2014. Foram descritas na literatura cepas de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina e com resistência à vancomicina que é um antibiótico recomendado em último caso para bactérias gram positivas (GARDETE; TOMASZ, 2014). A multirresistência da bactéria está relacionada com a resistência a diferentes classes de antimicrobianos (BRASIL, 2017). No presente estudo verificou-se que das amostras de *Staphylococcus aureus* identificadas, 25% foram multirresistentes, 10% das amostras de coagulase negativa também se mostraram multirresistentes.

Foi analisada a compatibilidade 56,67% entre os microrganismos identificados na mão e no celular dos profissionais de saúde. Dessa forma, foi identificado que o celular pode contaminar uma mão limpa, assim como uma mão contaminada pode transferir microrganismo à superfície do celular. A partir de alguns estudos definiu-se que a flora da pele podia ser dividida em transitória e permanente. Sendo que a transitória, por se localizar em regiões expostas, onde as bactérias ficam agregadas a partículas de poeira e que poderiam ser facilmente removidas pela lavagem das mãos com água e sabão (BOGEA et al., 2014). Foi observado que 100% dos profissionais de

saúde entrevistados tinham consciência de que o celular poderia ser uma fonte de microrganismos, contudo 96,15 % dos profissionais disseram não lavar as mãos após seu uso. No Canadá foi criado um guidelines enfatizando os momentos de higienização das mãos antes de tocar no paciente, após uso de equipamentos e antes de colocar as luvas (IPAC, 2018). As mãos contaminadas, como mencionado na literatura, oferecem risco de infecção cruzada para os pacientes. A infecção cruzada é um mecanismo de infecção em pacientes internados, sendo que os profissionais de saúde são um dos principais veículos de microrganismos, seja pelas mãos ou por uma infecção (MODESTO; FERREIRA, 2019). Em relação à limpeza do celular, segundo estudos, o álcool 70% resultou em uma eficiente redução na colonização bacteriana (GUZZI, 2018). Entretanto, no presente estudo 34,62% dos profissionais da atenção primária não realizam higienização em seus aparelhos celulares e 96,15% não lavam a mão após o uso do celular. Estudos mostraram que a implantação de ações preventivas como a limpeza dos aparelhos celulares com álcool a 70% e lavagem correta das mãos por profissionais de saúde pode reduzir o número de possíveis infecções (SOUZA et al, 2018).

Considerações Finais

Os resultados deste estudo demonstraram que a maioria das mãos e celulares estavam contaminadas com algum tipo de bactéria e que, além disso, algumas se mostram multirresistentes aos antibióticos testados (norfloxacino, gentamicina, eritromicina, tetraciclina e nitrofurantoína), o que demonstra um importante problema de saúde pública. Um outro agravante foi que a maioria dos profissionais da atenção primária não adere às práticas de assepsia das mãos, apesar dos profissionais de saúde terem consciência de que o celular pode ser um potencial reservatório de microrganismos.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Fabio Santos. Monitoração da adesão dos profissionais de saúde numa instituição pública da rede estadual do Rio de Janeiro: um desafio à administração do serviço de controle de infecção hospitalar. **In. Braz. J. Hea. Ver**, v. 2, n. 2, p.1313-1322, 2019.
- BOGEA Romulo, Luiz Neves et.al. Eficácia de dois métodos de degermação, utilizando polivinilpirrolidona-iodo à 10%. **Revista de Pesquisa em Saúde**.v.15, n.2, p. 272-275, 2014.
- BRADY, Richard et al. Review of mobile communication devices as potential reservoirs of nosocomial pathogens. **J Hosp Infect**. v. 71, p.295 -300, 2009.
- BRASIL, Anvisa. **Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde**. 2017.
- CHAMBERS, Henry F. The Changing Epidemiology of *Staphylococcus aureus*?. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, n. 2, p. 178 – 182, 2001.
- DIAS, Aline Peçanha Muzy, PINHEIRO, Marcos Gabriel, ALVES, Fabio Aguiar. Características clínicas, resistência e fatores de virulência em *Staphylococcus aureus*. **Acta Scientiae & Technicae**. v.3, n. 1, p. 9-15, 2015.

FOONG, Yi Chao et al. Mobile phones as a potential vehicle of infection in a hospital setting. **J Occup Environ Hyg.** v.12, n.10, p.232-235, 2015.

GARDETE, Suzana, TOMASZ, Alexander. Mechanisms of vancomycin resistance in *Staphylococcus aureus*. **J. Clin. Invest.** v. 124, n.7, p.2836 – 2840, 2014.

GUZZI, Leda. Mobile phones: a potential source of nosocomial infection? **Int. J. Infect Dis.** v.73, 2018.

IPAC, Infection Prevention and Control Canada. **Practice recommendations: cleaning and disinfection of non-critical multi-use equipment and devices in community settings.** 2018.

MODESTO, Esther Nicoli, FERREIRA, José Nicolau Martins. Carga microbiana presente em jalecos de profissionais de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde.** v. 6, n. 11, p.1-5, 2019.

MONTEIRO, Margarida et al. Avaliação da Resistência à mupirocina em estirpes de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina. **Acta Med. Port.** v. 29, n. 9, 2016.

PAL, Pallavi et al. Keypad mobile phones are associated with a significant increased risk of microbial contamination compared to touch screen phones. **J. Infect. Prev.** v. 12, n. 2, p. 65-68, 2013.

PERIM, Michele C. et al. Aerobic bacterial profile and antibiotic resistance in patients with diabetic foot infections. **Rev Soc Bras Med Trop.** v. 48, n. 5, p. 546-554, 2015.

RANA, Radhika et al. Cell phone: homes for microbes. **Int J Biol Med Res.** v. 4, n 3, p. 3403-3406, 2013.

RICE, Louis. Federal funding for the study of antimicrobial resistance in nosocomial pathogens: no ESKAPE. **J Infect Dis.** v.197, n. 8, p.1079-1081, 2008.

SOUZA, Davi Leal et al. Análise microbiológica de aparelhos celulares de acadêmicos de fisioterapia de uma faculdade privada de Teresina. **Revista Ciências em Saúde.** v.8, n.2, p. 03-08, 2018.

TAGOE, Daniel, GYANDE Vincent K., ANSAH Evans O. Contaminação bacteriana de telefones celulares: quando seu telefone celular pode transmitir mais do que apenas uma chamada. **Webmed central microbiology,** v.2, n.10, 2011.

Capítulo 52

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NOS ESPAÇOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: OBSERVÂNCIA DOS DESAFIOS INERENTES A ÁREA DE ATUAÇÃO

NURSING PROFESSIONAL IN THE SPACES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY: OBSERVATION OF THE CHALLENGES INHERENT TO THE AREA OF ACTIVITY

Bárbara Bispo de Santana¹
Marks Passos Santos²

RESUMO: A enfermagem é parte fundamental da equipe de Estratégia de Saúde da Família desenvolve inúmeras funções, que abrange desde a assistência até atividades burocráticas e de gestão. Foi realizado uma mini revisão integrativa em torno dos desafios encontrados na persecução de suas atividades, expondo resultados significativos face a algumas conquistas já pertencentes a realidade profissional, bem como desejos de melhorias na seara da autonomia. Dados os desafios, cumpre observar que faz-se necessário repensar a enfermagem diante da responsabilidade ensejada pelas ESF, e da necessidade de conciliá-las com a prestação de uma assistência humanizada. Desse modo, pensar em saúde é estimar o respeito ao próximo com a qualidade de vida necessária para dinamizar a assistência em enfermagem, fazendo-se importante reflexão de como a identidade profissional se molda para o alcance da função social no desempenho das mais diversas funções.

Palavras-chave: Enfermagem. Estratégia de Saúde da Família. Educação em Saúde.

ABSTRACT: Nursing is a fundamental part of the Family Health Strategy team and carries out numerous functions, ranging from assistance to bureaucratic and management activities. An integrative review was carried out around the challenges encountered in pursuing their activities, exposing significant results in view of some achievements that already belong to the professional reality, as well as desires for improvements in the field of autonomy. Given the challenges, it should be noted that it is necessary to rethink nursing in view of the responsibility posed by the FHS, and the need to reconcile them with the provision of humanized care. In this way, thinking about health is to estimate respect for others with the quality of life necessary to boost nursing care, making an important reflection on how professional identity is shaped to reach the social function in the performance of the most diverse functions.

Keywords: Nursing. Family Health Strategy. Health Education.

Introdução

A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é composta por alguns profissionais de nível superior e médio, dentre este destaca-se a importância do profissional de enfermagem, que desenvolve inúmeras funções, dentre elas a realização da atenção à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade em todos os ciclos de vida. Sua função não se restringe propriamente a assistência, pois em meio a tantas tarefas, este profissional ainda desenvolve tarefas burocráticas inerentes a ESF (BRASIL, 2017).

Cabe ainda a enfermagem ressaltar as políticas públicas garantidoras de prestação dos serviços associados à saúde, possuindo o condão de trazer reflexões fundamentais para os processos de humanização atrelados ao cuidado, como ferramenta primordial diante da necessidade de transformação de realidades. Partindo desse cenário, compreendemos a necessidade de evidenciar o exercício profissional diante da responsabilidade compreendida pelo

¹ Professora da Faculdade AGES de Medicina. E-mail: barbara_bispo12@hotmail.com.

² Professor da Faculdade AGES de Medicina. E-mail: enfer.marks@hotmail.com.

ser enfermeiro, considerando o brilhantismo de sua atuação para tornar a saúde aplicada e os percalços que este enfrenta no cotidiano laboral.

A humanização vai muito além de tratar bem o paciente, requer uma construção de relações entre quem busca assistência e quem assiste, mas para que essa relação aconteça é preciso haver condições de trabalho favoráveis, ou seja, a ambientação influencia diretamente nessa relação, outro fator essencial é a participação dos usuários na gestão, tornando-se responsáveis pelas ações voltadas para seu cuidado (VERDI, 2015).

Observar os desafios vivenciados nas atividades instrumentalizadas pelo ato de gerir reforça tão somente a grandiosidade da Enfermagem nos programas de ESF, haja vista distanciamento de habilidades práticas e teóricas frequentemente vistas pela categoria profissional em destaque. Ocorre que, bastante se discute sobre a autonomia do enfermeiro nos ambientes orientados pela ESF, mas ainda há muito a se fazer em prol do alcance das melhorias tão desejadas por grande parte da sociedade. Mesmo diante do inquestionável aspecto da autonomia que é atribuída a função dos cuidados legitimados pela profissão, o enfermeiro sente dificuldades notórias no gerir (SILVA et al., 2009).

Tal cenário se sustenta na pontualidade em verificar que o profissional de saúde em suma ainda não dispõe dos recursos necessários para prestar assistência à saúde de forma tão humanizada e isso vai desde as questões financeiras aos problemas encontrados no exercício do trabalho em equipe. Gerir uma instituição de saúde é estar ciente da vontade de superar cada desafio encontrado, desde as burocracias sistematizadas em inúmeras papeladas ao tratamento correto e adequado para com o paciente (LEITE, 2018). Retornar a questão da humanização é então comprobatório para salientar que os obstáculos encontrados no enfermeiro gestor de unidades de saúde não podem se manifestar como elementos impeditivos para o bom trato com o paciente.

A educação em saúde tem por mérito analisar justamente os níveis de conscientização profissional nos campos de atuação, considerando que o enfermeiro deve se utilizar de ações educativas para superar os empecilhos correspondentes ao transcurso de suas atividades. Ser enfermeiro é romper as barreiras através de ações pautadas pelo respeito à vida (ALENCAR, 2006).

Desenvolvimento

A abordagem das informações situadas no campo científico para a realidade do enfermeiro como profissional de saúde habilitado a gerir espaços contidos pela ESF cuidará de expor uma mini revisão integrativa em torno dos desafios encontrados na persecução de suas atividades, expondo resultados significativos face a algumas conquistas já pertencentes a realidade profissional, bem como desejos de melhorias na seara da autonomia. Os recursos metodológicos conferem a disponibilidade de literaturas como ferramentas para sustentar um novo

olhar sobre a temática, tornando público o conhecimento necessário para a enfermagem como ciência da saúde aplicada com eficácia.

De acordo com Gil (1987, p. 27), a ciência tem por objetivo chegar à veracidade dos fatos investigados. Nesse sentido, não se distingue de outras formas de conhecimento e a metodologia a ser instituída para revisar os estudos em face da temática somente salienta a confirmação dos desafios enfrentados pelo enfermeiro nos campos de saúde. As técnicas em destaque foram utilizadas como mecanismos para que haja fundamentação teórica e metodológica em conformidade com a dinâmica de pesquisa bibliográfica.

A base de dado utilizada foi a Biblioteca virtual de Saúde (BVS), para a busca foram inseridas os seguintes palavras chave (Enfermagem, Desafios, Equipe de Saúde da Família), com o booleano “and” entre as palavras, como critério de elegibilidade são os artigos publicados no período de 2000 a 2019, a coleta ocorreu no mês de abril do ano de 2020. Para organização dos temas abordados, optou-se por apresentá-los em três subtópicos.

Listar os obstáculos do enfermeiro nos ambientes de Estratégia de Saúde da Família é primordial para firmar a pontualidade da corrente discussão científica. Desafios como assistir, coordenar e gerenciar se apresentam todos os dias para o profissional (ANGELO et al., 2001) e diversas são as observações que devem ser feitas em torno da Sistematização de Enfermagem nas atividades construídas em cada perfil profissional. Outro ponto importante a sinalizar confere aos desafios encontrados no exercício do trabalho educativo do enfermeiro (SILVA et al., 2001), sendo urgentes perspectivas de mudanças diante do brilhantismo de ações bem executadas.

Dados os desafios, cumpre observar que faz-se necessário repensar a enfermagem diante da responsabilidade ensejada pelas ESF e toda atenção deve ser voltada a saúde pública, haja vista políticas de assistência voltadas às minorias diante das importantes práticas de inclusão (BRASIL, 2001) e surge desse cenário o desafio da humanização, já que os valores estão invertidos inclusive na seara profissional. A discussão em notoriedade é o pontapé inicial para as minúcias que serão descritas posteriormente, observadas as ferramentas necessárias para o enfermeiro exercer da melhor forma suas funções.

Gerenciar e coordenar: Desafios e atribuições frente à identidade profissional

O enfermeiro precisa tomar para si a representação social de sua categoria com a finalidade de compreender que a ESF deve ser gerida com o devido compromisso, haja vista gestão ser fundamental para qualidade de atendimentos humanizados e eficazes no direcionamento de excelência em saúde pública (PAIM et al., 2006). Desse modo, não restam dúvidas que o gerenciamento se coloca de modo incisivo para práticas de enfermagem, pois o ser responsável pelos cuidados integrais dinamiza a importância da colaboração entre as pessoas:

[...] a identidade do enfermeiro e sua imagem possuem aspectos que não são meramente técnicos ou profissionais, mas incluem, além dos sentimentos humanos como solidariedade e empatia, a ética, a negociação política e a postura crítica. A visão de uma imagem profissional dos enfermeiros inclui, além da competência técnica e científica, ingredientes como a competência política e ética, a postura crítica,

reflexiva e transformadora, e o exercício da cidadania e autonomia (GOMES; OLIVEIRA, 2005.p. 1017).

Para sanar a problemática do gerenciamento como aptidão do enfermeiro é válido presenciar as questões voltadas a sua conduta profissional e tal premissa advém de suas competências e habilidades diante das possíveis concepções atribuídas aos valores carregados no exercer de cada uma de suas atividades. A realidade se insere na formação da identidade qualificada, analisada a consciência como meio de resolução de conflitos face a capacidade de diálogo com a equipe de trabalho. É mais que necessário reforçar essa realidade: gerenciar é essencialmente uma atribuição, mas não deixa de ser em hipótese algum desafio.

Para que se consiga gerenciar a unidade de saúde de uma maneira eficaz, o profissional gestor precisa ter domínio de diversos conhecimentos e habilidades que não se restringem apenas a saúde, mas que abrangem também administração. É necessário também que o profissional consiga perceber o contexto social no qual se encontra inserido e possua um comprometimento com a comunidade pelo qual este agora é responsável (PASSOS et al., 2006).

O obstáculo do gerenciamento diz bastante respeito à identidade do enfermeiro, observado o seu comportamento em situações cotidianas de descontrole, caos e tempestades de ideias (PASSOS et al., 2006). Se não é competente para gerenciar, dificilmente se relacionam bem as pessoas, sendo ponderada sua capacidade de organização do ambiente de trabalho com a autonomia inerente ao exercer de atribuições. Não se pode confundir autonomia com arrogância e gerir com êxito jamais se distanciará dessa premissa. O próximo tópico se relaciona inquestionavelmente com essa missão, pois gerenciar com responsabilidade é também assistir.

Assistir: desafios da humanização em saúde

Para os operadores de saúde, muito se discute sobre assistir o paciente com estratégias evidenciadas pela disponibilidade profissional, mas se esquece do desgaste físico, bem como emocional do dia-a-dia e tal assistência acaba perdendo resultados no decorrer do exercício das funções. Assistir é humanizar os processos de saúde, buscando sempre melhorias nos diagnósticos e ressaltando o trilhar do paciente como destinatário final desse serviço (RAMOS, 2018). O obstáculo de assistir, assim como de gerenciar, está associado a identidade do enfermeiro.

Tal pressuposto se dá fundamentalmente pela condição do profissional em encontrar satisfação pessoal nutrido pela escolha que fez e essa é uma concepção que falta para muitos gestores nas unidades básicas de saúde. Assistir é encontrar alegria em cuidar do outro, esquecendo-se de todo o cansaço de si mesmo, consideradas exaustivas funções do enfermeiro nas ESF, desde as consultas as burocracias e papeladas. A assistência precisa ser prioridade de todo e qualquer enfermeiro que se encontre na condição de gestor de saúde (DINIZ, 2015) e não há como gerenciar e assistir sem a devida e humanizada prestação dos serviços associados aos cuidados.

Assistir diz bastante respeito também às flexibilizações das importantíssimas políticas públicas, analisando-se que os programas em propositura com a Estratégia de Saúde da Família só agregam a prestação de cuidados (SILVA *et al.*, 2009) e o enfermeiro é protagonista desse cenário que se insere a assistência ao paciente. As atividades assistenciais só situam a humanização da saúde e almejam o trato com o paciente para que seu diagnóstico seja cada vez mais preciso.

A importância da educação em saúde para gestão e coordenação da ESF

A educação permanente em saúde se desdobra com toda a discussão científica corrente por viabilizar a gestão e coordenação da ESF como instrumento de atividades humanizadas de prestação a saúde, considerada a sua grandeza para promoção de estratégias dinâmicas (LEITE, 2017) e percebê-la é se atentar a revisão bibliográfica em torno do problema ensejando até aqui. Partindo dessa premissa, é necessário repensar como o enfermeiro tem se adequadado às benfeitorias e fragilidades do programa de educação para as ESF e desse ponto advém suas habilidades em conduzir ações em prol da informação clara e transparente para o paciente.

A educação em saúde deve ser utilizada como subsídio para gerir as unidades, caracterizando-se como ferramenta de trabalho do enfermeiro em suas complexas funções (SEABRA, 2019) e é importante evidenciar a própria legitimidade que possui para isso, consideradas menções dos cadernos de Atenção Primária a Saúde em disciplinar a educação com os olhos abertos para essa realidade. O enfermeiro de ESF precisa gerir seu ambiente de modo cortês, não somente pela sua virtuosidade no campo profissional, mas pela missão que sua profissão carrega.

Sem o foco educativo em qualidade de vida, fica inviável gerir e coordenar as unidades e não se discorre sobre essa situação tão somente pela educação em saúde responsabilizada pelo enfermeiro para dinamizar o acesso a informação, mas também pela sua própria identidade profissional que deve ser pautada nos valores e respeito à vida. Na posse dessas lições, o processo de gestão humanizado dá suporte às ações educativas que vislumbram informar o paciente através de estratégias de atenção e prevenção (LOPES, 2017) e configuram maturidade profissional diante do conseqüente compromisso de utilizar o cuidado como gesto capaz de mudar o mundo.

Considerações Finais

É oportuno destacar que os desafios são comuns a toda e qualquer profissão, mas o profissional de Enfermagem se insere de modo acentuado para essa realidade. Prestar cuidados traz um compromisso com a vida e os efeitos dessa missão podem trazer frutos significativos. Observada a legalidade da presente discussão científica, se comprova inquestionavelmente que as atribuições do enfermeiro de ESF são desafios vivenciados no percalço profissional e exercê-

las com maestria só reforça a busca pela inclusão da saúde pública na rotina da vida de milhões de pessoas que necessitam dos serviços.

Desse modo, o ofício de ser enfermeiro precisa compreender a gestão, coordenação, assistência e educação em saúde com finalidade de melhor proceder os processos de humanização e não restam dúvidas de que repensar essa realidade é o primeiro passo para o alcance de melhorias para as minorias. Merece prosperar essa concepção – ao passo de que os valores são inseridos no dogma profissional, o paciente se sente acolhido e honrado com tratamento. Políticas de acolhimento são primordiais para promoção de saúde e essa habilidade precisa fazer parte dos gestores das unidades de saúde.

Desse modo, pensar em saúde é estimar o respeito ao próximo com a qualidade de vida necessária para dinamizar a assistência em enfermagem, fazendo-se importante reflexão de como a identidade profissional se molda para o alcance da função social no desempenho das mais diversas funções. Ser enfermeiro só engrandece a responsabilidade para com a vida e os desafios que foram apresentados tiveram justamente o condão de salientar que o amor ao próximo supera todo e qualquer obstáculo encontrado na profissão.

Referências

ALENCAR, Rodrigo Conti. A vivência da ação educativa do enfermeiro no programa saúde da família (PSF). In: Dissertação. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2006. 120f.

ANGELO, Margareth; BOUSSO, Regina Szylit . Fundamentos da assistência a família em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de enfermagem. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000000377>. Acesso em 08, dez, 2019.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf . Acesso em 13, dez, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em 08, dez, 2019.

DINIZ, Ieda Aparecida; CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; OTONI, Alba and MATA, Luciana Regina Ferreira da. Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 68, n. 2, p. 206-213, Apr. 2015 .

GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 1987.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli e OLIVEIRA, Denize Cristina de. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2005, vol.13, n.6, pp.1011-1018.

LEITE, Loiva dos Santos; ROCHA, Kátia Bones. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. Estud. psicol. (Natal), Natal , v. 22, n. 2, p. 203-213, jun. 2017.

LEITE, Tereza Emanuelle Holanda Pereira; SOUSA, Francisco Ionário Nunes de; PONTE, Vanessa Aguiar; MARIANO, Monaliza Ribeiro; BARBOSA, Priscilla Mayara Estrela; ARAÚJO, Thiago Moura. Os desafios da humanização dentro de unidades de pronto atendimento: a visão dos gestores. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 17, n. 2, 24 ago. 2018.

LOPES, Maria Tereza Soares Rezende; LABEGALINI, Célia Maria Gomes; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2017; V.25:e26278.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(Esp):73-8.

PASSOS, Joanir Pereira and CIOSAK, Suely Itsuko. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. 2006, vol.40, n.4, pp.464-468.

RAMOS, Elen Amaral; KATTAH, Junia Araceli Ribas; MIRANDA, Ludmila Mercês de; RANDOW, Raquel; GUERRA, Vanessa de Almeida. Humanização na Atenção Primária à Saúde. *Rev Med Minas Gerais* 2018; N. 28 (Supl 5): e-S280522.

SEABRA, Cícera Amanda Mota et al . Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, e190022, 2019 .

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1453-1462, Oct. 2009.

SILVA, Franciele Rodrigues; PRADO, Patrícia Fernandes do; CARNEIRO, Jair Almeida, COSTA, Fernanda Marques da. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Dificuldades e Potencialidades. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde. Três Corações*. 2014 ago-dez; v.12, n.2:580-590.

VERDI, Marta; FINKLER, Mirelle; MATIAS, Maria Claudia Souza. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 24, n. 3, p. 363-372, set. 2015.

Capítulo 53

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Rosana da Conceição Evangelista¹
Adan Renê Pereira da Silva²

RESUMO: A carga de transtornos mentais continua crescendo, com impactos significativos sobre a Saúde em todo o mundo. O presente estudo tem por objetivo identificar e analisar o que tem sido produzido na literatura científica nacional sobre as ações de Promoção da Saúde Mental no contexto da Atenção Básica, de acordo com uma revisão integrativa de literatura. Foram utilizados os descritores “promoção da saúde”, “saúde mental” e “atenção primária à saúde” na Biblioteca Virtual em Saúde – Brasil. Oito artigos corresponderam aos critérios de inclusão para este estudo e foram analisados na íntegra. Os estudos destacaram a importância das ações de Promoção da Saúde Mental e quanto a necessidade de qualificação da equipe de saúde para atender as demandas em Saúde Mental.

Palavras chave: promoção da saúde; saúde mental; atenção primária à saúde.

ABSTRACT: The burden of mental disorders continues to grow, with significant impacts on health worldwide. The aim of the present study was to identify and analyze what has been produced in the national scientific literature on mental health promotion actions in the context of primary health care, from an integrative literature review. Method: the descriptors “health promotion”, “mental health” and “primary health care” were used in the Virtual Health Library – Brazil. Eight articles matched the inclusion criteria for this study and were examined in details. The studies pointed out the importance of Mental Health Promotion actions and the need to qualify the health team to meet the demands in Mental Health.

Keywords: health promotion; mental health; primary health care.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), o conceito de saúde envolve um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se limitando a ausência de afecções e enfermidades. Dessa forma, a saúde mental é parte integrante e essencial da saúde, sendo determinada por uma série de fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais. Trata-se de um estado de bem-estar onde o indivíduo pode desenvolver suas habilidades, lidando com as tensões normais do dia-a-dia, além de poder trabalhar de forma produtiva e contribuir com sua comunidade.

Estima-se que cerca de 450 milhões de pessoas são acometidas por algum distúrbio mental e um em cada quatro indivíduos será afetado por alguma doença psíquica em alguma fase da vida. Muitos transtornos mentais estão associados a períodos prolongados de tratamento, desemprego, aumento do volume de trabalho, conflitos sociais, discriminação de gênero, estilo de vida não saudável, violência, dentre outros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

A carga dos transtornos mentais continua crescendo, com impactos significativos sobre a saúde e consequências sociais e econômicas em todos os países do mundo. Os transtornos mentais podem se apresentar de forma diferente, como: por pensamentos, emoções e

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Email: rei2124@hotmail.com

² Doutorando em Educação pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Email: adansilva.1@hotmail.com

comportamento anormais, que podem afetar as relações com outras pessoas. Entre os mais comuns estão: a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo. Existem estratégias eficazes para a prevenção dos transtornos e maneiras de aliviar o sofrimento causado por eles. O acesso aos cuidados de saúde e serviços que proporcionem tratamento e apoio social é fundamental (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE BRASIL, 2018).

Dessa forma, verifica-se que estudos na área da Promoção da Saúde Mental tem sua importância justificada pela alta incidência de indivíduos acometidos por transtornos mentais e pela necessidade de se promover serviços e ações de prevenção, voltados para a promoção da Saúde Mental com foco na melhora da qualidade de vida. O presente estudo tem por objetivo identificar o que tem sido produzido na literatura científica nacional sobre as ações de Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica.

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura científica nacional. Para nortear o estudo, formulou-se a seguinte questão: o que a literatura nacional vem produzindo a respeito das ações de Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica?

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde – Brasil, que reúne as principais bases de dados em Ciências da Saúde, no período de outubro a dezembro de 2019. Os descritores foram selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), sendo utilizados: “promoção da saúde, “saúde mental” e atenção primária à saúde”.

Utilizaram-se como critérios de inclusão: estudos disponíveis em meio eletrônico, em português, publicados entre 2015 e 2019, que abordassem no título, no resumo ou nos descritores, ações de Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica.

Foram identificados inicialmente 1.242 artigos. Ao se aplicar os critérios de inclusão chegou-se a 82 artigos, dos quais a partir da leitura do título, resumo e corpo do texto, foram selecionados oito artigos, sendo, então, realizada uma leitura criteriosa e na íntegra, buscando identificar achados e discussões que tratavam das ações de Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica.

Na coleta de dados foi utilizado o instrumento de extração de dados de Tronchin (2011), discriminando os seguintes itens: título do artigo, base de dados, ano de publicação, objetivos, métodos e principais resultados. Após analisados os resultados foram classificados em duas categorias: Ações de Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica e Dificuldades para a Implementações das Ações de Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica.

A Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), existe nos dias de hoje um consenso de que o termo Saúde Mental descreve um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional e pode envolver a capacidade do indivíduo de apreciar a vida e buscar um equilíbrio entre suas atividades e o esforço para lidar com problemas e superar adversidades sem adoecer, a chamada resiliência.

A Saúde Mental é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas, envolvendo a capacidade de administrar a sua própria vida e suas emoções diante das situações do cotidiano. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações tendo sempre a noção de tempo e espaço. Além disso, Saúde Mental é estar de bem consigo e com os outros, é aceitar as exigências da vida, reconhecendo seus limites e buscando ajuda quando necessário (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2019).

Como vimos, o termo “saúde”, envolve fatores que favorecem que o indivíduo tenha uma vida melhor. Os transtornos mentais podem ser entendidos como uma variação com prejuízo do “normal”, produzindo perda do desempenho geral da pessoa nos aspectos social, ocupacional e familiar. Os transtornos mentais têm causa multifatoriais que podem envolver os fatores biológicos, de aprendizado, cognitivos, psicodinâmicos e ambientais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Diante disso, é necessário criar estratégias que previnam o adoecimento mental e promovam o bem-estar. A ocorrência de transtornos mentais tem aumentando entre os brasileiros, prevalecendo os transtornos de ansiedade, de humor e somatoformes, em mulheres, e de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, em homens. Dentre os possíveis fatores desencadeantes se destacam: condições socioeconômicas (desemprego, baixo nível educacional), situações afetivas (divorciado, separado ou viúvo), condições precárias de habitação e falta de acessibilidade aos bens de consumo. (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

A Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica

A Atenção Básica está fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde, estabelecidos na Constituição Federal de 88, em que a saúde é um direito de todos, garantidos pela integralidade da assistência, universalidade, equidade e participação social. É um nível de atenção que requer uma atuação significativa na resolução de questões de saúde apresentadas e quanto à responsabilidade sanitária no território, sendo um ponto estratégico para a transformação e adoção de práticas no campo da saúde que propiciem a qualidade de vida das pessoas (MENDES, 2002).

O Ministério da Saúde, vendo a necessidade da implantação de ações de Saúde Mental na Atenção Básica, decidiu elaborar o Plano Nacional de Incorporação de Ações de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica e propôs algumas diretrizes para a organização dessas ações: Apoio Matricial da Saúde Mental às equipes da Atenção Básica; formação, como estratégia prioritária para a inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica e inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SOUZA; RIVERA, 2010).

No planejamento de ações na área da Saúde Mental, não se deve confundir programas ou atividades de assistência psiquiátrica ou de prevenção de transtornos mentais com ações de Promoção da Saúde Mental. A concepção de Promoção deve envolver o fortalecimento da capacidade individual e coletiva de lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde. O sentido de Promoção deve ir muito além da aplicação técnica e de normas, acreditando que não

basta conhecer o processo das doenças ou encontrar mecanismos para controlá-las. O foco dessas ações deve ser de fortalecer a saúde através da construção da capacidade de escolha do indivíduo, e da utilização do conhecimento observando suas diferenças e singularidades (MURTA *et al*, 2015).

As ações de Saúde Mental devem promover modificações nas condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Para isso, é necessário olhar o sujeito de forma holística, em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em Saúde Mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam uma relação de confiança e respeito para construir juntos o cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

Resultados e discussão

Apresenta-se a seguir na Tabela 1, as informações sobre os artigos analisados, onde destacam-se quanto a natureza metodológica dos trabalhos, os estudos qualitativos (n=5), transversal (n=1), quantitativos (n=1) e revisão sistemática (n=1). Foram selecionadas informações referentes aos principais resultados de cada estudo, que aborda um panorama amplo de discussões sobre o tema, desde dados sobre formas de acolhimento a usuários, condicionantes de Saúde, estratégias de Promoção a Saúde, como também sobre a formação e qualificação dos profissionais da Atenção Básica.

Foram destacados dois campos de análise a partir dos resultados encontrados nos artigos, que representam as categorias: Ações de Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica e Dificuldades para a Implementação das Ações de Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica.

Tabela 1: Categorização dos artigos selecionados para leitura e análise

Título do artigo	Periódico	Ano	Objetivos	Método	Principais resultados
O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres	Rev. Latino-Am de Enfermagem	2019	Analisar a relação entre percepção de apoio social e sintomas emocionais e físicos.	Quantitativo	Na Promoção da Saúde Mental deve-se empreender esforços para que as mulheres se sintam amparadas.
Avaliação da organização do cuidado em Saúde Mental na Atenção básica à saúde do Brasil	Trab. Educ. Saúde	2018	Avaliar a organização do cuidado em Saúde Mental desenvolvido na ESF no Brasil.	Transversal Exploratório	Cerca de 50% das equipes de ESF de todo o Brasil não desenvolvem estratégias de promoção da saúde.
Programas preventivos brasileiros: Quem faz e como é feita a Prevenção em Saúde Mental?	Psico - USF	2016	Identificar centros de pesquisa que desenvolvem intervenções preventivas e descrever estudos de	Revisão Sistemática	A formação de redes de pesquisa e o intercâmbio com políticas públicas podem fomentar avanços na

			avaliação de programas.		Prevenção da Saúde Mental.
O Enfermeiro e a Assistência a usuários de drogas em Serviços de Atenção básica	Rev enferm UFPE on line	2017	Compreender a atuação do enfermeiro junto aos usuários de drogas em serviços de Atenção Básica.	Qualitativo	Aponta a necessidade de qualificação e um maior envolvimento do dependente com a ESF.
Saúde Mental do Idoso na Atenção Primária: Uma análise das percepções de profissionais de Saúde	Revista Kairós -Gerontologia	2017	Analisar as práticas de cuidado em Saúde Mental do idoso no âmbito da Atenção Primária.	Qualitativo	A atenção à Saúde Mental do idoso configura-se por práticas de cuidado ambulatoriais.
Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de Saúde da Família	Cogitare Enferm	2016	Conhecer a percepção dos profissionais acerca das ações de Saúde Mental na Atenção Primária.	Qualitativo	Participantes apresentaram dificuldades em relatar ações de Promoção à Saúde Mental.
Prevenção ao uso de álcool e outras drogas e tratamento na Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Brasil.	Aletheia	2015	Investigar as ações de prevenção e tratamento a usuários de álcool e outras drogas na Atenção Primária.	Qualitativo	Evidenciou-se a importância do tratamento não só do usuário, mas a necessidade de apoio a família dos usuários.
Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território.	Rev. Bras. Enferm	2017	Compreender as demandas cotidianas da Estratégia Saúde da Família na prática clínica da equipe e as vulnerabilidades sociais.	Qualitativo	A atenção clínica deve reconhecer as condições de vida pela escuta e ações de Promoção da Saúde na comunidade.

Fonte: O autor (2019).

A seguir, são apresentados os resultados e discussão das categorias temáticas identificadas através da leitura dos artigos que compõem esta revisão, tendo sido utilizadas outras referências para aprofundar as discussões e reflexões.

Ações de Promoção a Saúde Mental na Atenção Básica

O estudo de Reis *et al* (2016), buscou conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca da implementação das ações de Saúde na Atenção Primária a Saúde, onde os achados indicam que a concepção de Promoção à Saúde Mental esteve restrita a ações de acolhimento, normalmente voltadas para pessoas que já apresentam algum sofrimento mental, orientações generalistas sobre suas necessidades e encaminhamentos para unidades de referência pautando-se no modelo biomédico, e não associaram a importância de promover saúde mental aos

usuários de uma forma geral, independente de um quadro de sofrimento mental instalado.

No estudo de Garcia, Moreira e Oliveira (2017), observou-se que a atenção a Saúde Mental do idoso na Atenção Básica, encontra-se ainda em processo de transição de conceitos e práticas de cuidado, com predomínio ainda de ações medicalizantes e ambulatoriais, fundamentada na prescrição de psicofármacos e encaminhamentos. O que está na contramão da necessidade de se desenvolver estratégias voltadas para a Promoção de Saúde e Integralidade, com organização de fluxos de Atenção, Ações Intersetoriais e Promoção de Educação Permanente e Apoio Matricial.

Abreu, Miranda e Murta (2016), em seu estudo encontraram fragilidades nas ações de Promoção a Saúde, como ausência de programas preventivos focados em mudanças ambientais. Assim como, Gerbaldo *et al* (2018), que constatou que as ações de Saúde Mental na Atenção Básica são incipientes com prejuízo na oferta organizada do cuidado, ausência de registros de casos, ausência de protocolos nas Unidades e possui limitada oferta de ações de Promoção de Saúde o que revela um distanciamento das recomendações da Política Nacional de Atenção Básica. O autor recomenda

que uma atenção particular deve ser dada à região Norte do país, onde limitações na distribuição e qualidade nos serviços somam-se às dificuldades de acesso geográfico.

As ações de prevenção e tratamento a usuários de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde foram trazidas no estudo de Hirdees (2015), que verificou na perspectiva dos profissionais que essas atividades ainda são muito escassas e estão limitadas às campanhas nas escolas. Segundo os autores, os programas de prevenção devem ser planejados de maneira a reforçar aspectos positivos da vida do indivíduo (fatores de proteção) e diminuir aspectos negativos (fatores de risco) que possam ser prejudiciais.

Pinto *et al* (2017), afirma que os determinantes sociais respaldam a direção da vulnerabilidade, exprimindo valores multidimensionais (biológicos, existenciais e sociais), restringindo capacidades e podendo gerar fragilidades. Os autores afirmam no estudo, que a Atenção Primária precisa reconhecer essa dinâmica da vida urbana buscando entender as atitudes dos usuários quanto aos seus mecanismos de cuidado, tratamento e Promoção da Saúde.

Apesar das ações de Promoção a Saúde Mental serem ainda escassas no campo da Atenção Básica, grande parte dos estudos as considera como fundamentais para a melhora Saúde no Brasil. É importante que a Rede de Atenção Psicossocial desenvolva ações de promoção e de prevenção, baseado no princípio da integralidade que compõe a base do Sistema Único de Saúde, através de

práticas intersetoriais que proporcionem a sociedade questões relativas a emprego, satisfação no trabalho, participação social e lazer (MURTA *et al*, 2015).

Dificuldades para a Implementação das Ações de Promoção à Saúde Mental na Atenção Básica

Reis *et al* (2016), aponta que os profissionais da Atenção Básica reconhecem que necessitam de capacitação para desenvolver ações de Saúde Mental na Atenção Primária e demonstraram que suas percepções sobre o cuidado em Saúde Mental estão somente voltadas para o público que possui algum tipo de sofrimento mental. Dentre as estratégias desenvolvidas para produção do cuidado em Saúde Mental, os profissionais afirmaram realizar acolhimento e Roda de Terapia de Conversa. Segundo o estudo, é necessário repensar a inclusão de ações de Prevenção do sofrimento Mental e Promoção da Saúde no Brasil, além de ampliar o processo de formação dos trabalhadores da Atenção Básica.

O estudo de Gerbaldo *et al* (2018), afirma que grande parte das equipes de Saúde que atuam na Atenção Básica no Brasil atendem demandas de saúde mental, porém menos de 50% afirmou estar preparado para lidar com essas situações. O estudo aponta que a falta de preparo vem sendo atribuída ao predomínio dos saberes biomédicos na formação dos profissionais como fator impeditivo da aquisição de subsídios para o manejo dos aspectos psicológicos e emocionais, aliado a uma educação permanente pouco direcionada para área de Promoção da Saúde Mental e de uma inadequada organização do processo de trabalho, com consultas curtas e dificuldade de articulação com a rede de apoio.

Garcia, Moreira e Oliveira (2017), acreditam que os profissionais atravessam uma transição e readequação conceitual no campo dos cuidados em Saúde Mental com idosos. Quanto às tecnologias de cuidado em Saúde Mental do idoso implementadas nos serviços, os autores destacaram o predomínio de ações ambulatoriais e medicalizantes, com atendimentos individuais com prescrição de fármacos e encaminhamentos para serviços especializados. Como estratégias para melhoria dos serviços, o estudo apontou a utilização de fluxogramas, qualificação profissional e promoção de ações intersetoriais.

Os estudos analisados trataram, principalmente, da prevenção do uso de álcool e outras drogas, onde Hirdes *et al* (2015); e Farias (2017), afirmam que é necessário que haja qualificação dos profissionais que atuam na Atenção Básica, onde a questão do processo saúde-doença deve estar bem estabelecidas, assim como do processo de tratamento e da Promoção da Saúde. Faz-se necessário o desenvolvimento de programas de Promoção da Saúde Mental onde as medidas de prevenção do uso de álcool e drogas envolvam tanto a Atenção Básica, como a sociedade, prezando por um padrão de vida mais saudável.

Gaino *et al* (2019), no seu estudo analisou a relação entre percepção de apoio social e sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos destacando que as mulheres têm maiores risco de desenvolver depressão e que as queixas emocionais tendem a ser negligenciadas frente a outras demandas de saúde e recomenda o desenvolvimento de espaços de escuta qualificada no âmbito da Atenção Primária propiciando uma assistência de caráter compreensivo e acolhedor.

Em relação a temática que aborda as dificuldades encontradas para a implementação e desenvolvimento de estratégias de Promoção a Saúde na Atenção Básica, os autores destacaram principalmente a qualificação dos profissionais que compõe a equipe de Saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a capacitação em Saúde Mental dos profissionais inseridos na Atenção Básica é uma prioridade que possibilita mudanças nas condutas terapêuticas que visem antecipar a detecção dos casos, interrompendo precocemente o processo de adoecimento. As condutas devem abranger os determinantes dos transtornos mentais (pobreza, sexo, idade, conflitos e desastres, doenças físicas graves, fatores familiares e ambientais), e além disso as equipes da Atenção Primária precisam estar habilitadas para assumir o tratamento dos transtornos mentais mais comuns, tais como quadros depressivos, ansiedade, somatização e abuso de substâncias (MUNARI, 2008).

Conclusão

O estudo identificou a carência de pesquisas que relatem estratégias implementadas na Atenção Básica com foco na prevenção de riscos e Promoção da Saúde Mental. A maioria dos estudos destacaram principalmente a importância dessas ações e sobre a necessidade de qualificação da equipe de saúde para atender as demandas em Saúde Mental. Atualmente, essas demandas são cada vez mais comuns na rotina de atendimento da Atenção Básica. Entretanto, grande parte dos profissionais deste setor não se sentem ainda preparados para lidar com situações de Saúde Mental, pautando suas ações na terapêutica medicamentosa e no encaminhamento para serviços especializados.

Nota-se que o cuidado prestado na Atenção Primária ainda carece de um alinhamento com as Políticas de Promoção a Saúde Mental, pautada na visão ampliada de saúde, que busque incorporar as necessidades psicossociais dos usuários, que devem ser vistos como sujeitos protagonistas da melhora de suas condições de saúde. É necessário que se discuta a importância de se desenvolver práticas de prevenção pautadas em estudos epidemiológicos, recomendações normativas e programas educativos tendo em vista a importância dos determinantes sociais em saúde e sua influência no processo saúde-doença.

A análise dos artigos evidenciou que poucas são as práticas desenvolvidas a nível de Atenção Básica para a Promoção da Saúde Mental. Acreditamos que essas práticas devem extrapolar os limites físicos dos serviços, articulando a outros espaços que favoreçam o contato social e favoreçam suas potencialidades. Para isso, é necessário que sejam desenvolvidas novas práticas de Promoção a Saúde Mental com a utilização de novos protocolos voltados para toda a comunidade, e de qualificação em Saúde Mental para os profissionais que atuam na Atenção Básica.

Portanto, a presente pesquisa alcançou seus objetivos propostos, na medida em que possibilitou identificar a produção científica nacional a respeito da Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica, apresentando a importância dessas ações, as fragilidades e potencialidades das estratégias e dos processos de trabalho. Como limitações da pesquisa, acreditamos que ainda são incipientes os trabalhos que apresentam estratégias e soluções concretas para a melhoria dos serviços.

Referências

ABREU, Samia; MIRANDA, Ana Aparecida Vilela; MURTA, Sheila Giardini. Programas Preventivos Brasileiros: Quem Faz e como é Feita a Prevenção em Saúde Mental? **Psico-USF**, Itatiba, vol. 21, núm. 1, p. 163-177, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712016000100163&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 out 2019.

FARIAS, Livia Maria da Silva *et al.* O Enfermeiro e a Assistência a usuários de drogas em serviços de Atenção Básica. **Rev Enferm UFPE on line**, vol. 11, n. 7, Recife: 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/23467-45782-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/23467-45782-1-PB%20(3).pdf). Acesso em: 20 nov 2019.

GAINO, Loraine Vivian *et al.* O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100343&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 nov 2019.

GARCIA, Bruno. Nogueira; MOREIRA, Daiana de Jesus; OLIVEIRA, Pedro Renan Santos de. (2017). Saúde Mental do Idoso na Atenção Primária: Uma Análise das Percepções de Profissionais de Saúde. **Revista Kairós - Gerontologia**, vol. 20, núm. 4, 2017. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/31805/1/2017_art_bngarcia.pdf. Acesso em: 25 nov 19.

GERBALDO, Tiziana Bezerra *et al.* AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO BRASIL. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 3, p. 1079-1094, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301079&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 nov. 2019.

HIRDES, Alice *et al.* Prevenção ao uso de álcool e outras drogas e tratamento na Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Brasil. **Aletheia**, Canoas, n. 46, p. 74-89, 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942015000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 nov 2019.

MUNARI, Denize Bouttelet *et al.* Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** Vol. 10, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>. Acesso em: 22 nov 2019.

MURTA, Sheila Giardini *et al.* **Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção**. Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2015. Disponível em: https://www.sinopsyseditora.com.br/upload/produtos_pdf/356.pdf. Acesso em: 18 out 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Promoção e Prevenção da Saúde Mental**. Genebra: 2002. Disponível em: <http://healthstandards.org/files/Mental-Health-EN-PR-2018.pdf>. Acesso em: 18 out 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 17 out 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE BRASIL. **Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental**. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1257&Itemid=826. Acesso em: 18 out 2019.

MENDES, EV. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002

Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília (DF), Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

PINTO, Antônio Germane Alves *et al.* Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 920-927, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500920&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 out 2019.

REIS, Helca Francioli. Teixeira *et al.* Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem** vol. 21, núm. 2, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483653650009/483653650009.pdf>. Acesso em: 17 dez 2019.

SANTOS, Élem. Guimarães dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Vol. 59, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>. Acesso em: 11 nov 2019.

Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. SPP/DVSAM – **Saúde Mental**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>. Acesso em: 13 nov 2019.

SOUZA, Andrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.**, VOL. 4, N. 1, 2010.

TRONCHIN, D.M.R. **Indicadores de Enfermagem no Âmbito Hospitalar: Revisão Integrativa de Literatura**. Tese (Livre-docência em Enfermagem). – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

Capítulo 54

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL: AÇÕES DOS PSICÓLOGOS INSERIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PROMOTION OF MENTAL HEALTH: ACTIONS OF PSYCHOLOGISTS IN PRIMARY CARE

Rafael Vitor Araújo de Queiroz¹Vitória Tainá Freire da Silva²Francisco Mateus Lima Sousa³Tábitha Ruama Lopes da Silva Gomes⁴Itana Ferreira dos Santos Silva⁵Iara Ferreira Lima⁶Maurício Cirilo da Costa Neto⁷

RESUMO: O objetivo desse artigo é discorrer sobre as práticas dos profissionais de psicologia na atenção primária. A que se propõe a prática psicológica na perspectiva da saúde, como essas evoluíram ao longo dos anos através de auto críticas e estudos sobre os desdobramentos de sua atuação sobretudo com o que diz respeito as bases fundantes do pensamento psicológico no Brasil. Desconstruir a imagem do “psicólogo de consultório”, que por muitos ainda é visto como um profissional que se limita ao fornecimento de diagnósticos, mas reafirmar um papel de um sujeito que irá fornecer meios de auto afirmação e elo entre a comunidade alcançada e a equipe de saúde, como também propor alterações e novas medidas com vistas a contribuir para o sistema de saúde público.

Palavras-chave: atenção básica; Psicologia; saúde mental.

ABSTRACT: The purpose of this article is to discuss the practices of psychology professionals in primary care. What psychological practice proposes from the perspective of health, as these have evolved over the years through self-criticism and studies on the consequences of its performance, especially with regard to the founding bases of psychological thought in Brazil. Deconstruct the image of the “office psychologist”, who by many is still seen as a professional who is limited to providing diagnoses, but reaffirming the role of a subject who will provide means of self-affirmation and link between the community reached and the team as well as proposing changes and new measures to contribute to the public health system.

Keywords: basic care; Psychology; mental health.

Introdução

Compreende-se, a partir da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença, ou seja, a saúde, dentro dessa perspectiva abrangente complexa e multifatorial, passa a ser multideterminada por fatores sociais, políticos e econômicos, ressaltando ainda os fatores sócio históricos e psicológicos que precisam ser levados em consideração quando se busca compreender o processo saúde-doença de um sujeito. Partindo-se dessa perspectiva, buscaremos no decorrer da construção deste artigo abordar questões que envolvem a prevenção e promoção de saúde mental na atenção básica em conformidade com a práxis psicológica.

¹ Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: rafa.vitor_@outlook.com.

² Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: vitoriataina1@hotmail.com.

³ Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: mateulsousa@gmail.com.

⁴ Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: tabitharuama12@gmail.com

⁵ Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: itana_ferreira@hotmail.com

⁶ Graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: iaralimac@hotmail.com

⁷ Docente do curso de Psicologia pela Universidade Potiguar. E-mail: mauricio.costa@unp.br

Nessa perspectiva, a saúde mental é parte integrante e essencial da saúde, visto que se trata de um estado de bem-estar fundamental para habilidades individuais e coletivas enquanto seres humanizados. Porém, a população que padece de sofrimento psíquico passa por dificuldades quanto ao acesso de um atendimento em saúde resolutivo, integral e humanizado. Salientamos que, além da saúde, faz-se necessário pensar em envolver setores de educação, trabalho, justiça e habitação para a construção de um sistema de saúde cada vez mais fortalecido e integrado.

O objetivo geral dessa elucubração é discutir o papel de intervenções psicológicas dentro da atenção primária, sob enfoque da promoção de saúde mental pelo viés da psicologia da saúde. Para tanto, como supedâneo do objetivo geral, percebendo o lugar da saúde mental e a atuação das equipes empenhadas em desenvolver práticas das quais incidem diretamente no bem-estar das pessoas, questionamos como esse processo pode ser tratado de forma a assegurar aos usuários o seu direito à saúde e bem-estar.

Ainda nessa direção, nos propomos a contribuir para o progresso científico, individual e social, orientados por uma visão ampla, complexa e multifatorial de saúde pública e pela perspectiva de um fazer ético crítico da psicologia, mediante a ampliação, prevenção e promoção de saúde a partir das potencialidades dos sujeitos e territórios.

A partir do movimento da Reforma Sanitária no final da década de 70 e início da década de 80, dar-se origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim, no conjunto de questões que norteiam as análises sobre esse período, podemos destacar muitos ganhos, aqui ressaltamos a Reforma Psiquiátrica que proporcionou progressos e transformações no modelo de atenção à saúde mental que priorizam ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia de sujeitos portadores de transtornos mentais. Apesar disso, vem deparando-se com dificuldades que retardam sua prosperidade desde então.

Nessa esteira, a Atenção Básica (AB) é vista pelo Ministério da Saúde como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, bem como centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Sendo assim, torna-se indispensável que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), juntamente com o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), publica em 2019 a cartilha Referências Técnicas Para Atuação De Psicólogas (os) Na Atenção Básica À Saúde, onde visa fortalecer o diálogo que o Sistema Conselhos de Psicologia vem construindo com a categoria, assim como se legitimar como instância reguladora do exercício profissional.

Nessa perspectiva esta referência se apresenta como um importante instrumento técnico e político para a demarcação do espaço de atuação da Psicologia, demonstrando a relevância das contribuições das práticas psicológicas nos serviços específicos. Além disso, ancora o fazer profissional com os princípios do SUS, ressaltando que atuar nestes espaços exige uma postura em defesa das políticas públicas como instrumentos de garantia de direitos. Assim, atuar na Atenção Básica à Saúde convoca o profissional a reafirmar na sua prática a máxima garantida na Constituição Federal de 1988 de que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

(Referências técnicas para atuação de Psicólogas (os) na atenção básica à saúde, 2019, p.6)

Nesse sentido, precisamos nos debruçar sobre o lugar da psicologia que está adentrando cada vez mais nesse universo complexo de saúde. Psicólogos atuando de forma conjunta com a equipe multiprofissional, buscando compreender a realidade do território, de modo a propor possibilidades a comunidade e de promover bem-estar de todos, não focando na doença ou na cura e sim no sujeito.

A importância desse trabalho justifica-se em sua contribuição com a discussão sobre a atuação dos dispositivos que integram a atenção primária, visto como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), vem atuando na perspectiva de construir práticas que condizem com o cotidiano da comunidade, práticas éticas que respeitem e salvaguardem as singularidades dos sujeitos, grupos e territórios, construindo assim a consolidação e efetividade do SUS. Ou seja, num refletir constante sobre as implicações desse órgão representativo em produzir práticas a partir dos contextos sócio históricos que compõem as sociedades contemporâneas.

Desenvolvimento

Para construção deste trabalho, usufruiu-se de uma pesquisa bibliográfica, ou seja, buscar informações e documentos, submetê-los a uma seleção e utilizar aqueles que se relacionam com o problema referente à pesquisa (MACEDO, 1994). Em suma, ainda segundo a autora, ela consiste em reunir os documentos mais representativos e consultados pelos pesquisadores que lhes trarão informações pertinentes ao assunto em questão.

Dessa forma, a partir do tratamento de informações referentes aos autores das pesquisas, aos veículos de publicação, às instituições de pesquisa e às palavras-chave podem-se avaliar as tendências e o comportamento da produção científica desenvolvida sobre um tema específico. (TREINTA *et al.*, 2014)

Para Minayo (1994), a pesquisa é um procedimento onde o(s) pesquisador(es) devem desenvolver tanto uma atitude quanto uma prática que envolve uma busca constante, uma vez que o processo de pesquisa não é acabado e sim permanente. Ainda segundo o autor, o intuito de pesquisa envolve uma série de aproximações sucessivas com a realidade. Trata-se, portanto, não apenas de um apanhado de dados, mas sim da afirmação de um processo histórico – pois se localiza temporalmente, possui consciência histórica – pois a medida em que se dão as relações entre os homens acontece uma série de construções teóricas vinculadas, há a ligação com a identidade dos sujeitos – o pesquisador é levado a se identificar com este, uma vez que ele se propõe a investigação das relações sociais e ainda firma ser tanto intrínseca quanto extrinsecamente ideológicos – através dela são veiculadas visões de mundo e interesses historicamente construídos (LIMA & MIOTO, 2007, p. 38 e 39).

Realizada a partir dos descritores: Atenção Básica; Psicologia da Saúde; Saúde Mental, nas plataformas: Google acadêmico e Scielo, os artigos encontrados foram submetidos a três filtros de seleção que serão descritos a seguir:

O primeiro filtro de seleção trata da utilização das publicações presentes em revistas eletrônicas, que por sua vez se encontram no portal da CAPES e que possuam ISSN. Optamos utilizar este como primeiro filtro, pois acreditamos que nessas bases constam publicações de caráter científico e vivencial mais rigoroso, contendo informações mais confiáveis para basear nossa compreensão e discussão nesta publicação e ainda nos oferecer dados mais regionais, que são de grande valia, visto que a idealização dessa publicação advém de articulações entre profissionais da saúde, professores e alunos que visam promover um espaço de debates e trocas de experiências.

Em segundo lugar, como forma de reduzir o volume de artigos e buscar utilizar documentos que estejam mais alinhados com a proposta deste trabalho, o título dos artigos também foi usado como critério de seleção, para isto, eles devem fazer jus a seguinte proposta: transmitirem a ideia de saúde mental, dentro das políticas públicas em saúde e sob o enfoque da psicologia.

Após essa seleção, utilizou-se um terceiro filtro implementado nas leituras dos resumos desses artigos, a saber: apresentarem uma discussão de constituição de sujeito numa perspectiva sócio-histórica e para além das (psico)patologias; discussão do processo saúde-doença sob um prisma abrangente, complexo, dialético e multifatorial, concebendo-o como (multi)determinado e incluindo os fatores sociais, políticos e econômicos, não apenas sob uma perspectiva biomédica e psicopatológica, tão pouco responsabilizando o sujeito, unicamente, pelo seu processo saúde-doença.

Com isso, os artigos resultantes desse processo foram analisados sob a perspectiva da psicologia da saúde, considerando o processo saúde-doença nas políticas públicas de saúde com vistas a extrair deles informações, dados e narrativas necessárias para argumentação, sustentação e consolidação das propostas posteriormente descritas neste trabalho, construindo-se, assim, reflexões críticas acerca do uso de equipamentos do SUS e de órgãos representativos da classe profissional de psicólogos (CFP e CRPs) à promoção, prevenção e reabilitação da saúde, bem como esclarecer e fundamentar as ideias que serão trazidas aqui pelos autores.

Para Polejack, Vaz, *et al.* (2015), a concepção histórica e política do SUS fez com que os profissionais revessem suas práticas limitadas a uma atuação isolada ou apenas entre categorias profissionais e passassem a promover cada vez mais práticas coletivas, multidisciplinares, como um novo modelo. Uma crítica válida e que deve ser observada continuamente pelos profissionais da Psicologia é trazida por Guareschi, quando este diz que não nos basta, enquanto área do saber, adaptar sua atuação, segundo o autor, isto significa abandonar hábitos, sair do campo tradicional de intervenção, criar novos postos de trabalho e investir na construção de políticas de relações que valorem a vida e permitam o protagonismo (POLEJACK, VAZ, p. 38, 2015 *et al.*, GUARESCHI, 2007).

O rompimento com “modelos institucionalizados, especialismos, a articulação com a incerteza e a incompletude”, são alguns dos aspectos destacados para se inserir e imergir mais um pouco no arranjo complexo dos acontecimentos em que as ações da Psicologia se

sugestionam à desbruchar-se, no momento em que se insere enquanto prática nos diferentes e variados programas com relação a saúde pública.

Segundo o Ministério da Saúde (2017), a atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária e persevera com intuito desenvolver práticas gerenciais e sanitárias que visem promover e prevenir a saúde no âmbito individual e coletiva, direcionadas a populações de territórios bem delimitado, atentando-se a dinâmica existente no território referido.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Nessa esteira, para o Ministério da Saúde, a Atenção Básica preza por trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, assim como valoriza os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação, da mesma maneira que estimula a participação popular e o controle social.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação; e estimular a participação popular e o controle social. (Ministério da Saúde, 2017)

É oportuno destacar que a Psicologia da saúde é um campo em desenvolvimento e certamente tem contribuído significativamente com o aprimoramento e criação de políticas públicas. Este campo do saber é considerado um dos de maior expansão ultimamente dentre as demais propostas de atuação da Psicologia enquanto prática.

Esta área de atuação foi definida apenas em 1980 como um conjunto de "(...) contribuições profissionais, científicas e educacionais da Psicologia "para a promoção e a manutenção da saúde" (...), prevenção e tratamento de enfermidades, bem como a identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, das enfermidades e disfunções associadas, além do melhoramento dos sistemas sanitários e a formulação de políticas de saúde. (POLEJACK, VAZ, *et al.* p. 39, 2015, *apud* MATARAZZO, 1980)

Dentre os muitos lugares que a Psicologia se insere, no que diz respeito as políticas públicas de saúde, vemos uma considerável participação na materialização e constituição da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a partir da diretriz da Redução de Danos (RD), atuando nos diferentes níveis interventivos - primário, secundário e terciário. Para Polejack, Vaz, *et al.* (2015), a política da redução de danos tem presente em sua história muitas contribuições, críticas e articulações que fora trazidas pela Psicologia.

Segundo as organizadoras do livro “Psicologia e Políticas Públicas na Saúde”, é bastante forte e inquestionável o importante enfoque que a psicologia trouxe

na desconstrução de preconceitos e de engessamentos, no desmonte de relações de poder, no trabalho de reflexão, nos atos simbólicos envolvidos, na produção de discursos democráticos e de garantia de direitos dos sujeitos – inclusive o de continuar o uso –, enfim, todo um universo sobre que a ciência psicológica tem muito a dizer. (POLEJACK, VAZ, *et al.*, 2015)

É importante ainda salientar que por conta do percurso histórico que marca a fundação e afirmação das ciências psicológicas em território brasileiro, tendo sobre si ainda o estereótipo de um serviço prestado a elites, que tinha como foco, quase que estritamente, qualificar e separar os sujeitos produtivos dos não produtivos, fazendo mais um serviço sanitário de controle e seleção dos corpo, do que as práticas realizadas atualmente (GONÇALVES, 2013).

Reafirmando isso, Ana Bock (2003) trará que a formação histórica da psicologia no Brasil teve suas ideias inicialmente produzidas de acordo com esse interesse dos mandantes de capital econômico “de controlar, higienizar, diferenciar e categorizar”, uma vez que esses interesses exigem a necessidade de “manutenção ou incremento do lucro e reprodução de capital (BOCK, 2003, p. 16).

Para Gonçalves (2013), a Psicologia, durante certo tempo, se colocou na postura de servir as demais áreas da saúde, mas não de subserviência a estas como se fosse subordinada, de modo que a compreensão trazida pela autora é de uma postura mais de auxiliar as demais. Por conta disso, atrelou-se a presença da psicologia nos espaços sociais somente à emissão dos laudos e diagnósticos, desvinculando-a de ações mais direcionadas para atenção aos usuários.

Considerações Finais

Os serviços da atenção primária podem servir como espaço importante para reestabelecer o bem-estar dentro da comunidade, além de serem eles os que dão o ponta pé inicial nas políticas de promoção de saúde. A figura do(a) psicólogo(a) tende a cada vez mais superar as barreiras outrora trazidas e estigmatizadas de uma psicologia de consultório. No momento em que nos propomos a uma articulação multidisciplinar, não somente para articular com outras práticas, mas para ampliar os modos de atuação, com vistas a contextualizar as práticas de psicologia com temas de impacto e relevância social, somando esforços para diminuição dos montantes de exclusão através do resgate da cidadania (RONZANI & RODRIGUES, 2006, p. 136).

Durán-Gonzales; Hernandez-Rincon e Becerra-Apontes (1995, *apud* Ronzani & Rodrigues, 2006) enfatizam que o(a) psicólogo(a) é essencial no entrelaçamento das produções de autocuidado, a partir do momento em que ele impulsiona isso dentro desse grupo comunitário e ainda serve como mediador entre a população e a equipe de saúde responsável por determinada área. Mediante isso, eles nos apresentam quatro funções da atuação dos profissionais de psicologia na atenção primária que são:

- a) psicossocial (desenvolver diagnósticos das características psicossociais, procurando relacionar tais características aos principais problemas de saúde; desenvolver trabalho preventivo de doenças; proporcionar apoio psicológico a populações em risco); b) pedagógica (desenvolver programas educativos relacionados a problemas de saúde junto às

comunidades) c) de investigação (constante avaliação dos resultados de seu trabalho); d) administrativa (identificar suas tarefas e as dos outros componentes da equipe, delegando responsabilidades e procurando maior integração do trabalho). (DURÀN-GONZALES; HERNANDEZ-RINCON E BECERRA-APONTES (1995, APUD RONZANI & RODRIGUES, 2006)

Reconhecemos que trabalhar com saúde pública tem uma carga particular de complexidade. Por ser algo que se adapta a cada dia diante das novas demandas e desafios decorrentes das inúmeras mudanças sociais, o sistema de saúde propõe sempre novas tarefas, compreensões, provocações e discussões que impulsiona os trabalhadores a rever seus conceitos e práticas em saúde pública.

Tornar as práticas mais “reflexivas, inventivas e baseadas nas necessidades dos sujeitos é um desafio. É preciso repensar as práticas teóricas e torná-las cada vez mais políticas para que mediante esse construir, novas possibilidades no cotidiano de trabalho apareçam. A formação permanente dos profissionais é importante e deve ser estimulada e fortalecida, porém, a atualização dos conceitos não pode ser construída sem a vivência prática e as contribuições que a sociedade traz para construção desses conhecimentos, dos atravessamentos que cooperam para a desconstrução das próprias práticas que possam se encontrar engessadas e ultrapassadas em certo momento (OLIVEIRA, SEVERO, *et al.*, 2013).

As bases que conduzem a discussão sobre a inserção dos psicólogos e psicólogas na área de saúde pública deve transpassar os interesses relacionados a disputa por vagas no mercado de trabalho e se tornar um entendimento em conjunto “sobre onde, como e quando o psicólogo deve ser inserido nesse contexto”. Com cada vez mais posições críticas, repensando seu fazer prático, desconstruindo a imagem de ser um serviço acessível apenas às elites, grupos e profissionais de psicologia estão cada vez mais pondo abaixo barreiras e despontando essa ciência como um ofício de grande valor social (RONZANI & RODRIGUES, 2006, p. 142).

Referências

- BOCK, Ana M. B. **Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites**. In: _____ (Org.). *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez, 2003. p. 15-28.
- CRPS, Cfp.; CREPOP. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2019. p. 8-77.
- GONÇALVES, M. D. G. M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. 1ª. ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso>. acesso em 27 de julho de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004> .
- MACEDO, N. D. D. **Iniciação à pesquisa bibliográfica**: guia do estudante para fundamentação do trabalho de pesquisa. Loyola. ed. São Paulo: Unimarco, 1994. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=2z0A3cc6oUEC&oi=fnd&pg=PA7&dq=pesquisa+bibliogr%C3%A1fica+conceito&ots=S66nblypKI&sig=stnOuXucMdtz_w4llwCwnTk-Dns#v=onepage&q=pesquisa%20bibliogr%C3%A1fica%20conceito&f=false>. Acesso em: 27 Julho 2020.

Ministério da Saúde. **Atenção Básica**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>. Acesso em: 29 jul. 2020.

OLIVEIRA LIMA, Ana Izabel; SEVERO, Ana Kalliny; DA LUZ ANDRADE, Nathaly; PINHEIRO SOARES, Gabriela; MELO DA SILVA, Larissa. O Desafio da Construção do Cuidado Integral em Saúde Mental no Âmbito da Atenção Primária. **Temas em Psicologia**, vol. 21, núm. 1, junho, 2013, pp. 71-82 Sociedade Brasileira de Psicologia Ribeirão Preto, Brasil.

POLEJACK, L. et al. **Psicologia e Políticas Públicas na Saúde: Experiências, Reflexões, Interfaces e Desafios**. 1ª. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

RONZANI, Telmo Mota; RODRIGUES, Marisa Cosenza. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 132-143, 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Julho 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000100012>.

TREINTA, F. T. et al. Metodologia de pesquisa bibliográfica com a utilização de método multicritério de apoio à decisão. **Production**, Niterói, v. 24, p. 508 - 520, Jul/Set 2014. ISSN 3. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prod/v24n3/aop_prod0312.pdf>. Acesso em: 27 Julho 2020.

Capítulo 55

QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL

Gabriella Chrystina Chaves Batista¹Glenda da Silva Cunha²Marcus Vinícius Moreira Barbosa³Taynara Augusta Fernandes⁴

RESUMO: Introdução: a Assistência Pré-Natal (APN) efetuada de forma oportuna é capaz de diminuir o índice de mortalidade materna e neonatal, bem como as complicações específicas da gravidez. Nesse sentido, surge a necessidade de conhecer a qualidade dos pré-natais realizados no Brasil, a fim de garantir que estes sejam feitos de maneira adequada. **Objetivo:** avaliar a qualidade da assistência pré-natal, segundo os princípios e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa, realizada por meio de buscas nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Critérios de inclusão: Estudos que apresentassem textos disponíveis de forma gratuita, publicados na língua portuguesa, no período de 2013 a 2019, e que documentassem o tema referido. Critérios de exclusão: textos incompletos, além de revisão sistemática. **Resultados:** Na busca por meio das bases de dados foram encontrados 23 artigos. Os textos foram analisados e aplicados nos critérios de inclusão e exclusão, restando apenas cinco artigos. Os resultados evidenciaram adequação insatisfatória da qualidade da assistência pré-natal, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde. **Conclusão:** Observa-se a necessidade de uma reformulação dos programas de APN vigentes.

Palavras-chave: Assistência Pré-Natal. Mortalidade Materna. Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT: Introduction: Prenatal Care (APN) performed in a timely manner is able to decrease the rate of maternal and neonatal mortality, as well as the specific complications of pregnancy. In this sense, increase the need to know the quality of prenatal care performed in Brazil, to ensure that they are done properly. **Objective:** to evaluate the quality of prenatal care, according to the principles and guidelines determined by the Ministry of Health. **Methods:** this is an integrative review, carried out by searching the databases of the Online Electronic Scientific Library (SciELO), Virtual Health Library (VHL) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). Inclusion criteria: studies that present texts available free of charge, published in the Portuguese language, from 2013 to 2019, and which documents or themes referred to. Exclusion criteria: incomplete texts, in addition to systematic review. **Results:** In the search through databases, 23 articles were found. The texts were analyzed and allowed to include and exclude, restoring only five articles. The results showed the unsatisfactory adequacy of the quality of prenatal care, according to the parameters of the Ministry of Health. **Conclusion:** There is a need for a reformulation of the APN surveillance programs.

Keywords: Prenatal Care. Maternal Mortality. Maternal and Child Health.

¹ Acadêmica de medicina em Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC. Email: gabriellachavesb@gmail.com

² Acadêmica de medicina em Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC

³ Orientador - Doutorado em Biodiversidade e Biotecnologia - Rede Bionorte pela Universidade Federal do Tocantins, Brasil (2019). Professor Titular do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos -ITPAC Porto Nacional , Brasil.

⁴ **Co-orientadora** - Mestrado em Biodiversidade, Ecologia e Conservação pela Universidade Federal do Tocantins, Brasil (2012). Professora Titular do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC Porto Nacional , Brasil.

1. INTRODUÇÃO

1.1 GESTAÇÃO

O período gestacional é caracterizado por inúmeras alterações anatômicas e fisiológicas, cujo principal objetivo é a adaptação do organismo materno ao feto em desenvolvimento. Essas mudanças podem ocorrer em esfera molecular, bioquímica, hormonal, celular e tecidual dos mais variados órgãos e sistemas. Em contrapartida, é possível também que haja intercorrências obstétricas, as quais podem ser devido à má adaptação do organismo materno ao desenvolvimento gestacional, de manifestações de doenças latentes, ou agravamento de doenças pré-existentes. Essas alterações patológicas elevam o risco de morbimortalidade materna e neonatal. Logo, é imprescindível que todas as gestantes façam um adequado acompanhamento pré-natal, a fim de que seja possível reconhecer quaisquer desvios da normalidade (ZUGAIB; FRANCISCO, 2019).

Um dos principais marcos da preocupação com esse cenário no Brasil, veio com a criação do PHPN em 2000, cujo objetivo foi estabelecer critérios a serem seguidos para a obtenção de um devido acompanhamento durante o período gravídico-puerperal. Logo em seguida, percebeu-se a necessidade de reformular essa assistência materno-infantil, uma vez que a cobertura ao pré-natal ainda era considerada baixa. Dessa forma, lançou-se o Programa Rede Cegonha no ano de 2011, cujas ações são voltadas para todas as etapas da vida da mulher e abrange estratégias que vão desde orientação em relação ao cuidado com o corpo, com o uso de métodos contraceptivos, atendimento da gestante, puérpera e recém-nascidos, até ações voltadas ao atendimento da criança até dois anos de idade (CASSIANO *et al.*, 2014).

1.2 MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna pode ser definida como todo óbito ocorrido durante a gestação ou após 42 dias do término do período gestacional, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez (BRASIL, 2009). Ela consiste em um importante indicador de saúde e reflete a qualidade dos serviços assistenciais fornecidos a gestantes durante o período gestacional, parto e puerpério (VIELLAS *et al.*, 2014).

Além disso, a mortalidade materna pode ser classificada em dois tipos: morte obstétrica direta e morte obstétrica indireta. O primeiro tipo é causado por complicações obstétricas, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Já o segundo corresponde ao óbito obstétrico provocado por doenças que existiam antes da gestação ou que se iniciaram durante esse período, não decorrentes de causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2007). Diante disso, com o objetivo de investigar os fatores determinantes e as possíveis causas de morte, bem como para a adoção de medidas que possam evitar novos óbitos maternos, foi implementada no Brasil a Portaria nº653 de maio de 2003, a qual estabelece que o óbito materno passe a ser evento de notificação compulsória (BRASIL, 2003).

No Brasil, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no período de 2014 a 2018, foram registradas 8.521 mortes maternas, das quais 67% foram classificadas em morte obstétrica direta. A mortalidade materna persiste como um grave problema de saúde pública, já que na maioria das vezes são casos evitáveis, mas que continuam ocorrendo em elevados níveis e com ampla disparidade entre as regiões brasileiras, mesmo frente a diversas iniciativas para reduzi-la (SILVA *et al.*, 2019). Dessa forma, reforça-se a necessidade de realização de estudos que avaliem os efeitos da qualidade da atenção pré-natal sobre a redução da mortalidade materna (LUZ, 2016).

1.3 PRÉ-NATAL

Para que a assistência pré-natal seja considerada adequada, ela deve atender os seguintes critérios: realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal e uma de puerpério; realização de exames básicos; imunização; suplementação; realização atividades educacionais; classificação de risco gestacional a ser realizado logo na primeira consulta e nas subsequentes; garantia às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000).

Com relação a realização de exames laboratoriais, o MS estabelece quais exames devem ser solicitados, o período e a quantidade de vezes. Os exames sorológicos realizados na rotina do pré-natal para diagnóstico de doenças infecciosas, conforme estabelecido pelo MS, incluem o *Veneral Diseases Research Laboratory* (VDRL) para diagnóstico da sífilis, sendo um na primeira consulta de pré-natal, um na trigésima semana de gestação e o último no momento do parto; também na primeira consulta e parto, é requisitado a testagem para o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH); outros exames requisitados são os de hepatites virais e toxoplasmose (BRASIL, 2000).

Essa triagem sorológica é imprescindível na gestação, pois possibilita o tratamento precoce, o que pode impedir o aparecimento de malformações congênitas e/ou agravos tardios associados (FEREZIN; BERTOLINI; DEMARCHI, 2013). Todavia, o índice de sífilis congênita apresentou um aumento considerável entre o período de 2010 e 2018, saindo de 2,4/1.000 nascidos vivos (NV), para 9/1.000 NV, segundo o SIM. Estudos evidenciam que ainda há um baixo percentual de mulheres que realizam todos os exames laboratoriais recomendados (SILVA *et al.*, 2019).

1.4 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Segundo o MS, as ISTs têm um impacto direto sobre a saúde materno-infantil, uma vez que acarretam em complicações na gravidez e no parto, além de poder levar à morte fetal e agravos à saúde da criança (BRASIL, 2020a). Uma das principais IST diagnosticada nos neonatos é a sífilis congênita, cujo agente etiológico é a bactéria *Treponema pallidum*. Essa infecção pode ser classificada de acordo com o período em que é manifestada pelo organismo da criança,

podendo ser precoce, quando os sinais e sintomas aparecem até o segundo ano de vida; ou pode ser tardia, quando esse período ultrapassa os dois anos de idade (BRASIL, 2020b).

Suas consequências vão além do nascimento precoce e do baixo peso ao nascer, podendo acarretar em hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, pseudoparalisia dos membros e sofrimento respiratório com ou sem pneumonia. Quando a sífilis não é tratada adequadamente, o risco de morte fetal pode chegar até 25% dos casos (BLENCOWE *et al.*, 2011). Devido às diversas complicações ocorridas pela transmissão vertical da sífilis, bem como seu fácil diagnóstico e tratamento, seu índice consiste em um importante indicador de qualidade do pré-natal.

Já em relação à transmissão vertical da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), ela pode acontecer durante a gestação, parto ou durante a amamentação. As manifestações clínicas dessa infecção aparecem nos 3 primeiros anos de vida, podendo evoluir até os 10 anos, sendo que aproximadamente 20% dos casos morrem nos primeiros 2 anos de vida por imunodeficiência grave ou encefalopatia. As crianças infectadas por via vertical apresentam evolução mais rápida e severa da SIDA do que as infectadas por outras vias por causa da imaturidade do sistema imunológico no momento da infecção pelo HIV (ORTIGÃO-DE-SAMPAIO; CASTELLO-BRANCO, 1997).

Quando a criança nasce de mãe infectada, ela passa por uma série de medidas profiláticas, além de acompanhamento especializado. Diante dessa situação, o aleitamento materno também é afetado, uma vez que ele deve ser suprimido, dessa forma, a mãe recebe diversas instruções acerca da alimentação do filho ao longo da primeira infância. Diante disso, mais uma vez denota-se a importância do acompanhamento durante e após a gestação, previsto no Programa Rede Cegonha (BRASIL, 2014).

1.5 DOENÇAS METABÓLICAS

Um das principais doenças metabólicas adquiridas durante a gestação são as síndromes hipertensivas, as quais merecem importante atenção durante o acompanhamento pré-natal, uma vez que elas são responsáveis pelo maior número de mortes maternas evitáveis no Brasil (BRASIL, 2009). A maior questão é que as pacientes não são diagnosticadas precocemente, apesar de ser uma enfermidade que se conhece bem no meio médico (ALMEIDA, 2015). O seu diagnóstico é clínico, baseado na medida adequada da PA $\geq 140/90$ mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Suas complicações maternas e fetais mais frequentes são: pré-eclâmpsia sobreposta, descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer, prematuridade, lesão em órgão alvo e edema agudo de pulmão (SIBAI, 2002).

Outra doença metabólica que merece atenção durante o ciclo gravídico-puerperal é a diabetes *mellitus* gestacional (DMG), a qual é definida como a intolerância aos carboidratos. Tal intolerância pode ser de variados graus de intensidade, sendo diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo persistir ou não após o parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), bem como o MS,

preconiza que, logo na primeira consulta, seja solicitado o teste de glicemia de jejum, uma vez que através dele é possível realizar o diagnóstico de DMG. A macrosomia fetal está entre as principais complicações, a qual está diretamente relacionada à obesidade infantil e ao risco de síndrome metabólica (SM) na vida adulta, além do aumento de partos por cesárea (BOERSCHMANN *et al.*, 2010).

2. DESENVOLVIMENTO

A presente pesquisa trata-se de uma revisão integrativa, realizada por meio de buscas de materiais científicos nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) utilizados foram: “assistência pré-natal”, “mortalidade materna” e “saúde materno-infantil”, apresentados no idioma português, no período de junho a julho de 2020, sendo avaliados primeiramente a partir da leitura dos títulos e resumos, para em seguida analisar o artigo na íntegra.

Foram considerados critérios de inclusão, estudos que apresentassem textos disponíveis de forma gratuita, publicados na língua portuguesa, que estivessem dentro do período de 2013 a 2020 e que documentassem o tema referido. Excluíram-se do estudo textos incompletos, além revisões sistemáticas. Em casos de pesquisas que estavam em duplicidade nas bases de dados, utilizou-se apenas uma versão para a análise.

Após a busca por meio dos descritores nas bases de dados foram encontrados 23 artigos. Em seguida, os textos foram analisados e aplicados nos critérios de inclusão e exclusão, no qual restaram apenas cinco artigos descritos abaixo.

Na tabela 1 foram expostas as pesquisas apresentando autores, ano, títulos, metodologias e resultados obtidas em cada estudo.

Tabela 1: Descrição estrutural dos artigos selecionados.

Autores/ Ano	Título	Metodologia	Resultado
MAIA <i>et al.</i> , 2017.	Avaliação dos Indicadores de Processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha	Estudo epidemiológico descritivo, baseado em dados secundários do sistema de informação de pré-natal de um município da região Sudeste do Brasil. Foram analisadas 5.030 fichas clínicas de pré-natal preenchidas entre os anos de 2013 e 2014. Os indicadores da assistência pré-natal foram analisados utilizando os princípios do PHPN, da Rede Cegonha e do Manual Técnico da Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde.	O estudo após análise dos indicadores de processo do PHPN/Rede Cegonha a partir do sistema de informação do pré-natal apresentou adequação insatisfatória da qualidade para todos os parâmetros recomendados pelo MS.
DANTAS <i>et al.</i> , 2018.	Qualidade da Assistência Pré-Natal no Sistema Único de Saúde	Estudo quantitativo, transversal, com 260 puérperas que realizaram o acompanhamento pré-natal, entre 2016 e 2017, no Sistema Único de Saúde em Lagarto, Estado de	O pré-natal oferecido às usuárias do SUS de Lagarto se mostrou inadequado de acordo com as diretrizes do Programa de Humanização do Parto e

		Sergipe, Brasil. As informações foram obtidas por meio de entrevistas e visualização do cartão de pré-natal.	Nascimento (PHPN), pois foi evidenciado o início tardio, número insuficiente de consultas, poucas orientações e cobertura insatisfatória dos exames preconizados pelo MS.
OLIVEIRA; FERRARI; PARADA, 2019.	Processo e Resultado do Cuidado Pré-Natal Segundo os Modelos de Atenção Primária: Estudo de Coorte	Estudo de coorte, realizado com amostra intencional de 273 mães/bebês captados no período neonatal e acompanhados no ano de 2017. Adotou-se referencial de avaliação de Donabedian e os dados foram discutidos a partir da Determinação Social da Saúde. A variável independente foi o modelo de atenção. As variáveis dependentes, na avaliação de processo, relacionavam-se à qualidade do pré-natal e ao escore de qualidade criado e, na avaliação de resultado, às condições de nascimento e primeiro ano de vida.	Foram identificadas menores rendas e risco de baixo escore de qualidade pré-natal nas Unidades de Saúde da Família, onde ocorreu mais consulta de puerpério e ações de educação em saúde.
NEVES et al., 2014.	Pré-natal no Brasil: Estudo Transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014	Estudo transversal, com dados do Ciclo II do PMAQ, pesquisa liderada por seis instituições de ensino superior (Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Minas Gerais e Fundação Instituto Oswaldo Cruz) junto a equipes de Atenção Básica em todo o território nacional, entre 2013 e 2014. Foram analisados dados de 9.945 usuárias.	Os achados do presente estudo evidenciaram que a atenção ao pré-natal na rede básica de saúde do Brasil, quanto à estrutura das unidades básicas, orientações e procedimentos ofertados às usuárias, esteve abaixo de 80%. Já a solicitação de exames mostrou-se adequada na maioria das equipes. Em contrapartida, somente 60% das usuárias referiram ter recebido todas as orientações no pré-natal. Os exames da cavidade oral, ginecológico e das mamas foram realizados em menos de 60% das usuárias. Por fim, menos de um quarto das usuárias relataram ter todos os procedimentos realizados no pré-natal na UBS.
TOMASI et al., 2017.	Qualidade da Atenção Pré-Natal na Rede Básica de Saúde do Brasil: Indicadores e Desigualdades Sociais	Estudo epidemiológico e descritivo, com dados retirados do ciclo I do PMAQ, pesquisa liderada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Foram analisados número de consultas, situação vacinal, prescrição de sulfato ferroso, exame físico, orientações e exames complementares, com base no que se construiu como um indicador sintético de qualidade. Os dados foram coletados em 2012/2013 por meio de entrevistas realizadas por Avaliadores Externos do PMAQ-AB às 6.125 usuárias que fizeram seu último pré-natal nas unidades de saúde da família.	Durante o pré-natal, 89% fizeram seis ou mais consultas, mais de 95% atualizaram a vacina antitetânica e receberam prescrição de sulfato ferroso, 24% referiram ter recebido todos os procedimentos de exame físico, 60% receberam todas as orientações e 69% realizaram todos os exames complementares. Apenas 15% das entrevistadas receberam atenção pré-natal adequada, considerando-se todas as ações preconizadas, sendo significativamente maior a proporção de completude da atenção em gestantes com mais idade, de maior renda, na Região Sudeste, nos municípios com mais de 300 mil habitantes e com IDH no quartil superior.

Fonte: próprio autor.

O conhecimento da qualidade do cuidado pré-natal é importante para a reavaliação de políticas públicas implementadas a fim de amenizar o impacto causado pela assistência

inadequada. Desse modo, todas as pesquisas citadas nesse presente estudo indicam uma baixa qualidade do pré-natal oferecido a gestantes assistidas pela rede pública de saúde do Brasil.

Nas pesquisas de TOMASI et al. (2017) e NEVES et al. (2014), ambas com os maiores campos amostrais, evidenciou-se índices satisfatórios com relação a alguns dos critérios estabelecidos pelo MS para a avaliação do pré-natal, como o número de consultas, imunização, suplementação, além da infraestrutura das UBS. Contudo, a adequação da assistência pré-natal só pode ser constatada se todos os critérios forem analisados em conjunto.

Já nas demais pesquisas todos os critérios avaliativos apresentaram índices insatisfatórios.

3. CONCLUSÃO

As evidências encontradas no presente estudo sobre a avaliação da qualidade da atenção pré-natal na Atenção Primária à Saúde demonstraram que a estrutura das UBS e o desenvolvimento das ações prestadas às gestantes não atenderam à maioria dos padrões estabelecidos em protocolos nacionais, tanto na esfera gerencial quanto na esfera assistencial, revelando baixa qualidade da assistência às gestantes e ao puerpério no Brasil. Esses problemas referiram-se a diversas dimensões, desde a acessibilidade a ações e serviços, até a realização de ações de promoção da saúde e à qualidade do cuidado clínico, envolvendo não apenas a atenção individual, mas, também, as ações coletivas.

Dessa forma, observa-se a necessidade de uma reformulação dos programas vigentes de atenção ao pré-natal. Através deste estudo sugere-se que mais pesquisas relacionadas a este tema possam ser desenvolvidas, para que políticas públicas sejam readequadas ou até mesmo criadas, tendo como fundamentação estudos científicos que apresentem de forma aprofundada as defasagens dos programas atuais.

4. REFERÊNCIAS

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R.P.V. **Zugaib Obstetrícia**. 4ª edição. Barueri: Manole, 2019.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, 2009.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, 2007. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acessado em 09/06/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 653, de 28 de maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 maio 2003. p.79.

SILVA, Esther Pereira da *et al.* Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.53, 43, 2019.

LUZ, Leandro Alvez da. **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal na estratégia de saúde da família no Brasil.** Dissertação (Pós-graduação em Saúde Coletiva). Salvador, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jun. 2000. p.4-6.

FEREZIN, Rafael Isolani; BERTOLINI, Dennis Armando; DEMARCHI, Izabel Galhardo. Prevalência de sorologia positiva para HIV, hepatite B, toxoplasmose e rubéola em gestantes do noroeste paranaense. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.35, n. 2, p. 66-70, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comportamento de risco eleva infecções sexualmente transmissíveis no Brasil.** Portal do Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46322-comportamento-de-risco-eleva-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-no-brasil>. Acessado em 09/06/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção.** Portal do Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis>>. Acessado em 09/06/2020.

BLENCOWE, Hannah *et al.* Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC public health**, 11 Suppl 3(Suppl 3), S9, [S.I.], 2011.

ORTIGAO-DE-SAMPAIO, M.B.; CASTELLO-BRANCO, L.R.R.. Imaturidade imunológica fetal e neonatal: implicações na evolução clínica da infecção pelo HIV-1 em crianças. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.43, n. 1, p. 29-34, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes.** Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/59196/09_12_2015_protocolo_pediatico_pdf_25392_0.pdf?file=1&type=node&id=59196&force=1>. Acessado em 09/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno.** Brasília, 2009.

ALMEIDA, Larissa Trancoso. **Hipertensão na gestação.** Trabalho de Conclusão de Curso (especialista em Saúde da Família). UNASUS. Rio de Janeiro, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Rev. Soc. Bras. de Cardiologia**. São Paulo, 2016.

SIBAI, Baha M. Chronic Hypertension in Pregnancy. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**. [S.I.], 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications : report of a WHO consultation. Part 1, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **World Health Organization**. [S.I.], 1999.

BOERSCHMANN, Heike *et al.* Prevalence and Predictors of Overweight and Insulin Resistance in Offspring of Mothers With Gestational Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, [S.I.], 2010.

Capítulo 56

REPERCUSSÕES DA POLIFARMÁCIA E A IMPORTÂNCIA DA AÇÃO INTERVENTORA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

REPERCUSSIONS OF POLYPHARMACY AND THE IMPORTANCE OF INTERVENTION ACTION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Herick Campos Ferreira¹
Laura Sturzeneker de Oliveira²

RESUMO: Este artigo é uma pesquisa de caráter bibliográfico, tendo-se como objetivo descrever os efeitos adversos da polifarmácia, evidenciando importantes interações medicamentosas e seus desfechos clínicos como, por exemplo, alterações no eletrocardiograma (ECG), além de apresentar estratégias com a finalidade de findar ou atenuar a polimedicação. A metodologia utilizada foi uma revisão da literatura, coletando informações nos bancos de dados LILACS, SciELO e PubMed, além do uso de periódicos indexados e também periódicos classificados pelo Qualis Capes. Dessa forma, os resultados encontrados mostraram a importância da atuação interventora da Estratégia Saúde da Família (ESF), visto o acompanhamento contínuo do paciente e a promoção da saúde, prevenindo e reduzindo resultados danosos. Ademais, pode-se salientar a importância da ESF no desenvolvimento da educação sobre os prejuízos da automedicação, ressaltando a significância da prescrição médica.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Polimedicação. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: This article is a bibliographic research aiming to describe the adverse effects of polypharmacy, showing important drug interactions and their clinical outcomes, such as changes in the electrocardiogram (ECG), besides presenting strategies to end or mitigate polymedication. The methodology used was a literature review, collecting information in the LILACS, SciELO and PubMed databases, in addition to the use of indexed journals and also journals classified by Qualis Capes. Thus, the results found showed the importance of the intervention of the Family Health Strategy (ESF), given the continuous monitoring of the patient and the promotion of health, preventing and reducing harmful results. Furthermore, the importance of the ESF in the development of education on the losses of self-medication can be highlighted, highlighting the significance of the medical prescription.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Polypharmacy. Unified Health System.

Introdução

O medicamento é uma substância farmacêutica que tem o intuito de prevenir, amenizar ou findar sintomas. No entanto, a utilização desse fármaco pode desencadear efeitos colaterais, necessitando, desse modo, de um uso racional e correto. Segundo a Organização Mundial de Saúde para se fazer o uso de medicamento é necessário ter a utilidade e a escolha certa da droga, estabelecendo dose e o intervalo de tempo, conforme prescrito na receita médica, realizando, assim, sua administração correta (OLIVEIRA; NEVES; HELENA, 2018).

Devido ao cenário de acréscimo na longevidade, nota-se um aumento na predominância de tratamentos crônicos ou de longa duração, fazendo-se a utilização prolongada de fármacos.

¹ Graduado em Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC), Caratinga-MG, Mestre em Fisiologia e Farmacologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Professor do Curso de Medicina e Farmácia do Centro Universitário de Caratinga (UNEC). E-mail: herick.campos@gmail.com.

² Graduada em Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC), E-mail: laurasturzeneker99@hotmail.com.

Logo, destaca-se o uso simultâneo de medicações, podendo ser definido como polifarmácia o uso de 5 (cinco) ou mais medicamentos.

A problemática em torno da polifarmácia se deve ao fato de seu potencial aos efeitos colaterais. Podem-se destacar efeitos negativos, devido ao uso de cinco ou mais fármacos para apenas uma aplicação terapêutica, alguns dos efeitos colaterais ocasionados pela polifarmácia, pelas interações medicamentosas, são nefrotoxicidade, descompensação cardíaca e alto risco hemorrágico, esses efeitos negativos podem ser derivados de prescrições indevidas como, por exemplo, anti-inflamatórios (REZENDE et al., 2019).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é a associação de ações com a finalidade de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, diminuição de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde que visam atender a saúde individual, coletivas e familiares. Essas práticas são desenvolvidas em uma área local estabelecida, contando com a atuação de profissionais da área de saúde e de uma gestão qualificada, tendo o objetivo de servir a população residente (Portaria nº 2.436, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo a promoção e a proteção da saúde da comunidade. Possuindo o cadastramento e a identificação das famílias, apresentando-se como uma estratégia de atenção contínua, integral e equânime de forma individual e coletiva, consolidando, desse modo, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA; SILVA; BOUSOO, 2011).

Diante dessa situação, identifica-se que a polifarmácia é uma prática que vem fomentando discussões e pesquisas médicas, visto a sua relevância e aos seus efeitos colaterais, resultando em uma mudança no âmbito da saúde (REZENDE et al., 2019). Assim sendo, destaca-se a importância e a contribuição dessa pesquisa bibliográfica.

Metodologia:

Foram selecionados artigos de acordo com a relevância no tema proposto, por meio de pesquisa nos bancos de dados LILACS, SciELO e PubMed, além do uso de periódicos indexados e também periódicos classificados pelo Qualis Capes, realizando-se uma leitura na íntegra de forma exploratória, coletando, desse modo, informações e utilizando-as por meio de métodos descritivos e qualitativos, além do uso de tabelas, podendo, em vista disso, desenvolver uma análise de dados bibliográficos.

Objetivo:

A elaboração desta revisão integrativa da literatura tem por objetivo apresentar as interações medicamentosas e os efeitos adversos sobre a temática da polifarmácia, além de salientar medidas para a sua redução ou suspensão. Assim, contribuindo para um maior detalhamento e aprofundamento teórico acerca do assunto.

Desenvolvimento

Resultado e Discussão:

É possível associar a polifarmácia ao aumento do potencial e do risco das reações adversas a medicamentos (RAM), pode-se salientar a toxicidade acumulativa dos fármacos utilizados, erros de medicação, além da automedicação, utilizada cada vez mais com o intuito de aliviar sintomas como, por exemplo, a dor. Destaca-se o aumento de três a quatro vezes de RAM em indivíduos que estão aderidos a prática da polifarmácia.

As reações adversas a medicamentos retratam um importante problema de saúde pública. Pode-se salientar sobre a interação medicamentosa, a qual ocorre quando a ação de um fármaco interfere na função de outro, a gravidade se deve pelas reações adversas de cada medicamento e há consequências clínicas decorrentes. Observa-se na Tabela 1 as interações medicamentosas e seus desfechos clínicos (SECOLI, 2010).

Tabela 1- Interações Medicamentosas potenciais e respectivos desfechos clínicos.

MEDICAMENTO		INTERAÇÃO COM	DESFECHOS CLÍNICOS
Amiodarona		Anticoagulantes Cisaprida Tioridazina	Aumento do efeito anticoagulante Risco de arritmias cardíacas Risco de arritmias cardíacas
Anti-inflamatórios esteroidais	não	Beta-bloqueadores Diuréticos tiazidicos (clortalidona, hidroclorotiazida) IECA (enalapril, captopril, lisinopril, ramipril) Anticoagulantes Antidepressivos ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina)	Redução do efeito hipotensor Aumento do efeito anticoagulante Aumento de reações adversas no TGI
Beta-bloqueadores		Bloqueadores de canais de cálcio (diltiazem, verapamil, anlodipina) Antidiabéticos orais	Hipotensão Alterações glicêmicas, hipotensão e sedação
Digoxina		Amiodarona Benzodiazepínicos Hidroclorotiazida Furosemida	Intoxicação digitálica
Captopril		Diurético poupador de potássio (espironolactona) Furosemida Antiácidos (hidróxido de Alumínio, Magnésio) Alimentos Sulfato ferroso Fenotiazinas (clorpromazina, flufenazina, prometazina)	Hipercalemia e alterações no ECG Hipotensão Redução do efeito hipotensor Redução do efeito hipotensor (redução da biodisponibilidade em 35-40%) Reação após injeção intravenosa, febre, artralgia e hipotensão. Após via oral redução do efeito hipotensor Efeito aditivo-hipotensão postural.

ISRS- Inibidores seletivos de receptação de serotonina, IECA- Inibidores da enzima conversora de angiotensina, ECG Eletrocardiograma, TGI- Trato gastrointestinal.

Fonte: SECOLI S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. In.: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, Vol. 63, Nº. 1, Jan-Fev. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>. Acesso em 27 de jul de 2020.

São observados ainda na prática da polifarmácia o uso de medicamentos pertencentes a mesma classe de tratamento, além de fármacos sem valor terapêutico e dosagens inadequadas. Pode-se salientar ainda sobre o valor simbólico adquirido pelo remédio na sociedade, levando a uma prática insatisfatória da prescrição (FLORES; BENVEGNÚ, 2008). O Brasil é um país que detém da prática da automedicação, fazendo uso de analgésicos e anti-inflamatórios acessíveis em drogarias, resultando, assim, em uso discriminado de fármacos (ARRAIS et al., 2016).

A atenção primária à Saúde conta com serviços farmacêuticos que tem como finalidade atender as demandas da saúde da população local, garantindo uma atenção integral. Os serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) garantem o acesso dos fármacos, desse modo, essa assistência exerce uma funcionalidade essencial, haja vista o tratamento farmacológico acompanhado pelo profissional. Destaca-se ainda os serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) como direito constitucional à saúde (NASCIMENTO et al., 2017).

A disponibilização de medicamentos na Atenção Básica de Saúde é fundamental no tratamento, na reabilitação e na prevenção de doenças. Os medicamentos disponíveis são denominados de medicamentos essenciais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os medicamentos essenciais são aqueles que atendem a demanda do cuidado da saúde básica da maioria da população, sendo escolhidos de acordo com a necessidade na saúde pública (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

O serviço de assistência farmacêutica na atenção primária do SUS visa o desenvolvimento do uso racional de medicamentos e o acesso. O índice de disponibilidade varia de acordo com sua localização e demanda populacional (NASCIMENTO et al., 2017). Verificam-se na Tabela 2 alguns medicamentos essenciais garantidos por essa estratégia no Sistema Único de Saúde.

Tabela 2: Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Denominação genérica	Forma farmacêutica
Amoxicilina	Suspensão oral, cápsula e comprimido
Amoxicilina + clavulanato de potássio	Suspensão oral e comprimido
Cefalexina	Cápsula, comprimido e suspensão oral
Clonazepam	Solução oral
Diazepam	Solução injetável e comprimido
Dipirona	Solução injetável, comprimido e solução oral
Fluconazol	Suspensão oral e cápsula
Ibuprofeno	Comprimido e suspensão oral
Ivermectina	Comprimido
Losartana potássica	Comprimido
Midazolam	Solução oral

Fonte: Relação Nacional de Medicamentos essenciais 2020. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. Acessado em 29 de julho de 2020.

De acordo com a Resolução Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004, a assistência farmacêutica engloba práticas direcionadas a saúde individual e coletiva:

A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

As unidades de saúde, enquanto executores da atenção primária possuem a Assistência Farmacêutica garantindo, a princípio, obtenção do fármaco e o uso racional. Assim, um estudo realizado no Brasil em farmácias do SUS demonstrou o compromisso do farmacêutico centrado na disponibilização e no acesso do medicamento, apresentando apenas um esclarecimento do uso quantitativo.

Em consequente, pode-se demonstrar a Estratégia Saúde da Família (ESF), como um âmbito favorável para o controle do medicamento e de seu impacto na qualidade de vida do paciente, visto o atendimento contínuo e gradual, realizando estratégias de proteção e promoção a saúde, antagônico ao modelo tradicional focado na doença (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005).

Sendo assim, o processo de acompanhamento farmacoterapêutico é indispensável para o desenvolvimento do uso racional de medicamentos. Contribuindo na educação referente a automedicação, relatando a importância da prescrição médica (FLORES; BENVEGNÚ, 2008). Ainda assim, destaca-se o trabalho integrado da assistência à saúde, identificando a relação de cada paciente com os medicamentos, traçando, assim, métodos para o uso correto destes (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005).

Considerações Finais

Conclui-se que a polifarmácia apresenta efeitos negativos, podendo causar interações medicamentosas graves como já descritas, assim, faz-se necessário a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o intuito de acompanhar o indivíduo de forma contínua, monitorando e apresentando intervenções que previnam desfechos clínicos danoso. Ademais, deve-se salientar sobre os prejuízos da automedicação, relatando a importância da prescrição médica, desenvolvendo, dessa forma, um diálogo esclarecedor com o paciente sobre o uso racional de medicamentos. Assim sendo, tais medidas podem findar ou reduzir a prática da polifarmácia.

Referências

ARAÚJO, Luz André da Ailson de; UETA, Julieta Mieko; FREITAS, Osvaldo. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. In.: **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. São Paulo, Vol. 26, Nº.2, P. 87-92, 2005. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/593>. Acesso em 26 de jul de 2020.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**. 2016; 50 (supl 2): 13s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006117>. Acesso em 26 de jul de 2020.

Brasil. (mai de 2004). **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**. Acesso em 01 de agosto de 2020, disponível em [RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/resolucao_n_338_06_05_2004.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/resolucao_n_338_06_05_2004.pdf).

Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2017; 22 set. Disponível em: https://www.in.gov.br/material/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em 30 de julho de 2020.

FLORES, Vanessa Boeira; BENVENÚ, Luís Antônio. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. In.: **Caderno de Saúde Pública**. Vol.24, Nº.6, P.1439-1446, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600024>. Acesso em 27 de julho de 2020.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. In.: **Revista de Saúde Pública**. Vol. 51 Supl 2:10s., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007062>. Acesso em 27 de julho de 2020.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. In.: **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3561-3567, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031>. Acesso em 27 de julho de 2020.

OLIVEIRA, Vanessa Cristina. de; Neves Jéssica de Oliveira Ramos; HELENA, Ernani Tiaraju de Santana. POLIFARMÁCIA E PADRÃO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM POMERODE, SC. In.: **Arquivo Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina, Vol.47, Nº. 2, P. 124-136, Abr.-Jun. 2018. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/328>. Acesso em 26 de julho de 2020.

REZENDE, Ramon William da Silva et al. Polifarmácia: Peculiaridades epidemiológicas, efeitos e atualidades. In.: **Revista Brasileira de Educação e Saúde**. Vol. 9, Nº.3, P. 50-55, jul.-set. 2019. Disponível em: <https://gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6593>. Acesso em 25 de julho de 2020.

SECOLI, Sílvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. In.: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, Vol. 63, Nº. 1, Jan-Fev. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>. Acesso em 27 de julho de 2020.

SILVA, Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro; SILVA, Lucía; BOUSSO, Regina Szyliit. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. In.: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, Vol. 45, Nº. 5, Outubro 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500031>. Acesso em 27 de julho de 2020.

Capítulo 57

SAÚDE MENTAL EM CAMPOS SALES-CE: TERRITORIALIZAÇÃO DA (DES)ASSISTÊNCIA

MENTAL HEALTH IN CAMPOS SALES-CE: TERRITORIALIZATION OF (DIS)ASSISTANCE

Débora Cristina de Oliveira Braga¹

Francisca Elizabeth Cristina Araújo Bezerra²

RESUMO: A crescente demanda por atendimentos especializados em Saúde Mental no município de Campos Sales-CE levou o Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF), em 2019, a desenvolver uma Territorialização da Saúde Mental local, com o objetivo de expor a necessidade urgente de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e estruturação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O processo utilizou metodologia quantitativa descritiva, analisando dados primários da Estratégias de Saúde da Família (ESFs) e NASF, com recorte da incidência de transtornos mentais (diagnosticados, suspeitos e com necessidade de avaliação especializada). O município, com 27.409 mil habitantes (IBGE, 2018), tem 568 (2%) pessoas com algum transtorno mental, sem assistência especializada, apesar de contabilizar duas habilitações no Ministério da Saúde para esse fim. Logo, a (des)assistência em Saúde Mental é resultado da ausência de compromisso do poder público que agrava um quadro de adoecimento mental com consequências incalculáveis para a comunidade.

Palavras-Chaves: Territorialização. Saúde Mental. Campos Sales-CE.

ABSTRACT: The growing demand for specialized mental health care in the city of Campos Sales-CE led the Family Health Support Units (NASF) in 2019 to develop a local Mental Health Territorialization, with the objective of exposing the urgent need for a Psychosocial Care Centers (CAPS) and structuring a Psychosocial Assistance Network (RAPS). The process used descriptive quantitative methodology, analyzing primary data from the Family Health Strategies (ESFs) and NASF, with a section on the incidence of mental disorders (diagnosed, suspected and in need of specialized evaluation). The city, with 27,409,000 inhabitants (IBGE, 2018), has 568 (2%) people with some mental disorder, without specialized assistance, despite accounting for two qualifications in the Ministry of Health for this purpose. Therefore, (dis)assistance in Mental Health is the result of the absence of commitment of the public authorities that worsen a situation of mental illness with uncounted consequences for the community.

Keywords: Territorialization. Mental Health. Campos Sales-CE

INTRODUÇÃO

Saúde não é um ponto isolado, depende de uma organização social harmônica, de políticas sociais e econômicas que supram as necessidades dos indivíduos, do acesso a todos os direitos e garantias fundamentais. São muitas interferências no processo saúde-doença, os indivíduos reagem de formas diferenciadas às situações e a fragilidade da Saúde Mental é perceptível no cotidiano, sendo multifatorial e caminhando entrelaçada com o conceito ampliado de saúde adotado pelas legislações e instituições nacionais e internacionais.

Colussi e Pereira (2016) discorrem sobre a análise assistencial dos serviços de saúde, que tem como ponto de partida a Territorialização, identificando e/ou confirmando problemas,

¹Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO; Especializanda em Neuropsicologia e problemas da aprendizagem pela Faculdade Venda Nova do Imigrante- FAVENI . E-mail: cristina.debora100@gmail.com

²Graduada em Serviço Social pela Universidade Norte do Paraná – UNOPAR; Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Montenegro - POSFAM, Especializanda em Serviço Social pela Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI. E-mail: beth.ab@hotmail.com

realizando diagnósticos territoriais que podem e devem subsidiar o planejamento das ações, adequando-as às necessidades da população assistida.

O Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF), sobrecarregado com demandas específicas da Saúde Mental, sem recursos para atender aos processos próprios do núcleo e às demais requisições da Atenção Básica; no segundo semestre de 2019, iniciou a territorialização em Saúde Mental, com o objetivo de expor a necessidade urgente de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) à gestão e à população, para ser viabilizada a implantação do equipamento e estruturação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Campos Sales-CE.

A territorialização estrutura-se em metodologia que parte de uma pesquisa bibliográfica (aprofundando o conhecimento teórico sobre as temáticas relacionadas), de campo, com objetivo descritivo (para mapear a realidade), utilizando dados primários (extraídos da realidade, ainda não tabulados), sistematizando de forma quantitativa (nome, endereço, diagnóstico/suspeita) as informações das pessoas acompanhadas pelas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) e NASF, que demandassem avaliação e/ou cuidado por equipe especializada em Saúde Mental (CAPS).

Tal recorte determina transtornos mentais recorrentes e número de pessoas desassistidas em relação à Saúde Mental, ou seja, uma territorialização da (des)assistência em Saúde Mental local que, enquanto é resultado da ausência de compromisso do poder público com a população, resulta no agravamento de um quadro de adoecimento mental com consequências incalculáveis para a comunidade.

TERRITÓRIO E SAÚDE: TERRITORIALIZAÇÃO EM FOCO

Território não é somente espaço geográfico, envolve socialização, pertencimento, espaço no qual os indivíduos se reconhecem e partilham singularidades e particularidades, trocam experiências, desenvolvem e/ou absorvem características que podem ser positivas ou negativas com base na análise contextual.

Conforme Colussi e Pereira (2016), o território envolve relações de posse, domínio e poder, que fazem referência ao espaço geográfico socializado, mas independem de extensão territorial. Essas relações modificam a ordem, transformam-na gerando resultados muitas vezes conflituosos que incidem na condição de vida das pessoas.

A partir do território é possível extrair e/ou definir perfis demográficos e epidemiológicos, como também outros caracterizados com base nas questões identificadas, sejam sociais, culturais, econômicas, políticas, etc. Aprender essa dinâmica cria condições que levam a melhores escolhas/decisões profissionais, como também compreender a escolhas dos indivíduos, considerando o acesso a direitos enquanto cidadania efetiva, na percepção de que as escolhas são influenciadas pelo contexto no qual estamos inseridos, da correlação de forças que compõem a organização social.

No Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro as ações são descentralizadas e regionalizadas, estabelecendo distritos sanitários com base territorial geográfica e rede de

serviços que deve estar adequada ao perfil epidemiológico populacional; esse distrito pode ser o território do município, uma parte desse, ou membro de um consórcio entre municípios. A rede de serviços é organizada em três níveis (básica, média e alta complexidade), sendo clara a necessidade de definir territórios, especialmente, na Atenção Básica, por ser o primeiro contato do usuário com o sistema, para que as ações sejam efetivas na prática. (STARFIELD, 2002)

É através da territorialização que o SUS se efetiva e se faz presente, construindo pontes com base na integralidade, na humanização da atenção, ofertando um sistema acolhedor, responsável com as intervenções e seus resultados, com projetos terapêuticos que fortaleçam a autonomia dos sujeitos.

SAÚDE MENTAL, HISTÓRIA E ATUALIDADE: SERVIÇOS E DEMANDAS

Abordar a Saúde Mental em uma perspectiva de garantia de acesso a serviços por equipamentos capacitados é algo muito atual e durante muito tempo os aspectos psicológicos não eram considerados no sujeito, havendo uma total negligência em relação ao tratamento (FREITAS, 2018).

A doença mental era vista de forma negativa, pois as famílias nobres e conhecidas no período Imperial do Brasil que possuíam algum familiar nessa condição tinham vergonha e normalmente os colocavam em asilos ou instituições conhecidas como Casas de Misericórdia. O objetivo era tirá-los do convívio social, pois por serem considerados loucos não eram aptos para viver em sociedade (SANTOS; MIRANDA, 2015).

O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro tem registro no ano de 1852, no período imperial no Rio de Janeiro, como não se pretendia ofertar tratamento ao sujeito, mas sim retirá-lo das ruas, ainda não havia a interferência de médicos psiquiatras e a assistência era pautada em um caráter religioso. Uma pequena mudança ocorreu no período da República, com a inserção do campo médico no tratamento e, por conseguinte, a medicalização dos ditos “loucos”, porém ainda baseado no enclausuramento do sujeito (RESENDE, 2007).

Dois movimentos importantes de caráter mundial influenciaram para o que temos hoje como referência de serviço em Saúde Mental, que foram: a luta antimanicomial e reforma psiquiátrica. O movimento da luta antimanicomial foi e continua sendo “uma instância de militância política, inscrita em um processo mais amplo de transformações sociais, cujo **front** consiste no combate às formas de exclusão que tomam a loucura por objeto”, iniciado no Brasil na década de 70 do século XX, momento também de luta pela redemocratização do país, em meio às discussões acerca dos cuidados ofertados pelos hospitais psiquiátricos (LOBOSQUE, 2001, p. 107)

O movimento da reforma psiquiátrica foi mais longe ao propor um serviço substituto dos hospitais psiquiátricos, serviços que não se preocupassem em apenas retirar os sintomas dos sujeitos, e sim para uma reconstrução de contexto de vida e sua reabilitação psicossocial, pautados na proteção dos direitos humanos e na cidadania, visando à melhoria da saúde mental

da população (CORREIA, 2006).

O dispositivo criado para substituição dos hospitais psiquiátricos foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço de saúde aberto e comunitário, com disponibilidade de tratamento a pacientes que pela sua condição necessitam de acompanhamento intensivo, personalizado e que promova qualidade de vida aos sujeitos e suas famílias; o primeiro foi inaugurado em 1986, em São Paulo, implementado pela Portaria GM 224/92; desde então, inserido em municípios de todos os estados e, conseqüentemente, diminuindo o número de internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Após a criação do CAPS foi pensado e criado uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como função organizar os serviços ofertados para as pessoas com transtornos mentais, para que sejam realmente efetivos e auxiliem na autonomia e cidadania dos sujeitos. Alguns desses equipamento e serviços além dos CAPS são: serviço residencial terapêutico (SRT), Centros de convivência e cultura, unidades de acolhimentos (UA's), Consultório de Rua e leitos de atenção integral. (SILVA, 2019).

Apesar do progresso no que concerne aos serviços prestados a pessoas com transtorno mental, faz-se necessário acrescer que o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não responde adequadamente à carga dos transtornos mentais que se mostra crescente, realidade não exclusiva dos brasileiros.

Em 2018, a Organização Pan-Americana e Saúde e a Organização Mundial de Saúde já afirmavam que os transtornos mentais, por todo o mundo, vêm crescendo e causam impacto importante na saúde das pessoas, com conseqüências sociais e econômicas associadas diretamente às questões de Direitos Humanos. Para essas instituições, ganham destaque: depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo.

No Brasil, as características demográficas e econômicas são consideradas indicadores diretos da crescente incidência e tenacidade de transtornos mentais na população geral. As mudanças sociais nas últimas décadas são percebidas em suas diferentes expressões como:

A rápida urbanização da população e conseqüente aumento de contingentes populacionais vivendo na periferia das grandes cidades ou em comunidades desassistidas pelo poder público e vulneráveis à violência urbana, a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, sem a contraparte de um maior apoio em auxílios-maternidade, creches etc., acarretando mudanças na arquitetura familiar e social, bem como as sucessivas crises econômicas e a precarização do trabalho, entre outros, têm sido identificados como fatores que mudaram profundamente o estilo de vida do brasileiro e aprofundaram a desigualdade e adversidade social, levando o país a patamares elevados de adoecimento mental. (IBGE, 2016 apud LOPES, 2020. Pag. 01-02)

A crise de Saúde Mental não está só na escassez dos equipamentos especializados, ela é agravada em conseqüência disso; mas sua base é em parte influenciada pelo desenvolvimento da sociedade que ignora as necessidades humanas. É uma crise mundial, nacional e permeia os estados e municípios brasileiros. Logo, conhecer a realidade de cada território é necessário para a luta e materialização dos direitos.

CAMPOS SALES: EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Campos Sales é uma cidade localizada no interior do Ceará, na microrregião da Chapada do Araripe e mesorregião sul, com população estimada pelo IBGE em 2018 de 27.123 mil habitantes. A sede é formada por 8 bairros, sendo eles: Alto Alegre, Batalhão, Centro, Guarani, Aparecida e Barragem, Saquinho e Expansão; e 5 distritos: Quixariú, Itaguá, Barão de Aquiraz, Carmelópolis e Monte Castelo.

A rede de assistência de Saúde Municipal na Atenção Básica/Primária conta com 12 equipes de Estratégias de Saúde da família (ESF's) distribuídas no território e 01 Núcleo Ampliado de Saúde da família (NASF), implementado em 2013, formado por: Psicóloga, Assistente Social, Nutricionista, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Ginecologista e Pediatra; atualmente, o núcleo é denominado Equipe Multidisciplinar da Atenção Básica.

Na Atenção Secundária, por meio da Policlínica Bárbara Pereira de Alencar inaugurada em 2013, atende aos moradores de 07 municípios da região, sendo eles: Campos Sales, Araripe, Altaneira, Antonina do Norte, Salitre, Potengi e Nova Olinda. Oferta atendimentos especializados nas áreas de: Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Mastologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia e Pediatria; Realiza exames de raio-x digital, mamografia digital, endoscopia digestiva, teste da orelhinha, teste do olhinho, audometrias, colposcopia; Além do Ambulatório de Atenção Integral à Saúde do Pé Diabético e Núcleo de Estimulação Precoce (NEP) destinado ao acompanhamento de crianças com atraso no desenvolvimento psicomotor.

O hospital municipal funciona em um prédio cedido onde outrora funcionava um hospital filantrópico coordenado por freiras. Sua estrutura é desgastada, assim como os equipamentos lá utilizados. Disponibiliza atendimentos de urgência, realização de partos cesáreas 01 vez na semana, exames de raio-x e ultrassom; outros mais especializados, que não são ofertados pela Policlínica, são referenciados à Região Metropolitana do Cariri a, aproximadamente, 130 km de distância.

O Município não oferta serviços especializados relacionados à Saúde Mental (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e/ou Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMENT); apesar de acumular duas habilitações (a segunda consta na portaria nº 3.163, de 9 de dezembro de 2019) com incentivo para implantação do referido centro, toda demanda de Saúde Mental, independente da gravidade, é direcionada à Atenção Básica, pois o município também não é parte de consórcio público com esse fim.

METODOLOGIA

Como destacado por Segundo Minayo (2010, p. 46), a Metodologia “mais que uma descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizados, indica as conexões e a leitura operacional que o pesquisador fez do quadro teórico e de seus objetos de estudo”; de modo que cada parte se entrelaça e uma remete à outra.

O processo de Territorialização realizado objetivou, principalmente, identificar e quantificar as pessoas que necessitavam de avaliação e/ou cuidado por equipe especializada em Saúde Mental (CAPS), um procedimento descritivo, por expor a necessidade urgente em Saúde Mental, inicialmente, para instituição de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e posterior estruturação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reconhecendo com exatidão uma característica da comunidade. Para Castro (1976), esse tipo de pesquisa limita-se a uma descrição pura e simples das variáveis.

A pesquisa realizada para mapear o território caracteriza-se também como bibliográfica (por exigir uma fundamentação teórico relacionada aos temas abordados), de campo (por adentrar na realidade) e quantitativa (pelo emprego da quantificação dos dados tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas) (RICHARDSON, 1999).

Os dados utilizados são classificados como primários e brutos, por ainda não ter passado por qualquer tratamento estatístico e sistematizados, respectivamente; ou seja, foram coletados no território, a través de entrevistas, extração de informações de prontuários e formulários; para assim transformá-los em informação (COLUSSI E PEREIRA, 2016).

A coleta se deu por meio de entrevistas (nome, endereço, diagnóstico/suspeita) das pessoas acompanhadas pelas ESFs, essas entrevistas foram realizadas pelas Agentes de Saúde Comunitárias, que ficaram responsáveis de realizar em suas áreas de atuação, como também a extração dos dados dos pacientes já atendimentos ou inclusos na lista de espera para atendimento/acompanhamento pelo NASF. Para isso foi estipulado o prazo de 1 mês para que a pesquisa fosse realizada, de agosto a setembro de 2019; porém, diante de alguns imprevistos enfrentados pelos profissionais e equipes envolvidos, os dados foram repassados até o final de novembro de 2019.

No processo de análise e tabulação, os dados foram cruzados, para assim evitar a duplicidade de casos e que os resultados fossem os mais fidedignos possíveis. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas que especificam as patologias/casos suspeitos e/ou diagnosticados, como também os casos que necessitam de avaliação e cuidado especializados (CAPS), detalhados com base na incidência em que foram citados, como também sua distribuição no território, considerando zona urbana (bairros) e zona rural (distritos).

RESULTADOS

Observou-se que em Campos Sales-CE, com seus 27.409 mil habitantes (IBGE, 2018), 568 pessoas apresentavam algum tipo de transtorno mental, ou seja, pouco mais de 2% da população encontra-se em processo de adoecimento, distribuídos de forma heterogênea por todo território, zona rural (distritos) e urbana (bairros) demandam atenção e seguem um padrão de incidência. Os dados obtidos apresentam as demandas mais recorrentes, tanto diagnosticadas,

ocorrências de violências autoprovocadas, como os casos que exigem avaliação de equipe especializada para diagnóstico e disponibilização do cuidado adequado.

A Tabela – 1 – Zona Urbana (2019) expõe o alto número de usuários que aguardam um diagnóstico e não recebem o mínimo da atenção especializada necessária e apropriada (70%), seguido do índice considerável de Depressão e Ansiedade (24,5%); e apesar da pequena incidência, não se deve menosprezar os casos de Risco de Suicídio, Esquizofrenia e Violência autoprovocada/automutilação.

Situação Identificada: Diagnosticada ou suspeita	Alto Alegre	Batalhão	Centro	Guarani	Aparecida	Barragem	Total Zona Urbana
Depressão/Ansiedade	43	9	14	15	29	1	111
Esquizofrenia	1	0	0	0	3	0	4
Deficiência Mental	0	0	0	0	0	0	0
Automutilação	1	0	0	0	0	0	1
Risco de Suicídio	2	0	2	1	2	0	7
Necessidade de Avaliação	12	9	14	237	6	9	287
	59	18	30	253	40	10	410

(Tabela 1 – Zona Urbana, 2019)

A Tabela 2 – Zona Rural (2019) apresenta situação semelhante, apesar do quantitativo de casos menor que o da zona urbana, o maior destaque continua sendo os episódios que exigem avaliação especializada, diagnóstico preciso e o cuidado com base na especificidade (69%); continua uma forte incidência de Depressão/ansiedade (21%), seguindo de Risco de Suicídio (5%) e os menos expressivos, mas também importantes, Esquizofrenia e D. Mental (5%).

Situação Identificada: Diagnosticada ou suspeita	Caldeirão	Poço de Pedras	Carmelópolis/São José	Quixariú	Itaguá	Barão de Aquiraz	Total Zona Rural
Depressão/Ansiedade	7	5	1	1	4	15	33
Esquizofrenia	0	1	1	1	0	0	3
Deficiência Mental	1	0	0	0	0	4	5
Automutilação	0	0	0	0	0	0	0
Risco de Suicídio	1	2	3	1	0	1	8
Necessidade de Avaliação	10	15	48	18	14	4	109
	19	23	53	21	18	24	158

(Tabela 2 – Zona Rural)

A maioria dos casos identificados, 72%, estão na Sede; e 28% dispersos pelos distritos da Zona Rural. Contudo ratificam a proeminência das ocorrências de Necessidade de Avaliação.

Situação Diagnosticada ou suspeita	Zona U.	Zona R.	Total
Depressão/Ansiedade	111	33	144
Esquizofrenia	4	3	7
Deficiência M.	0	5	5
Automutilação	1	0	1
Risco de Suicídio	7	8	15
Necessidade de Avaliação	287	109	396
	410	158	568

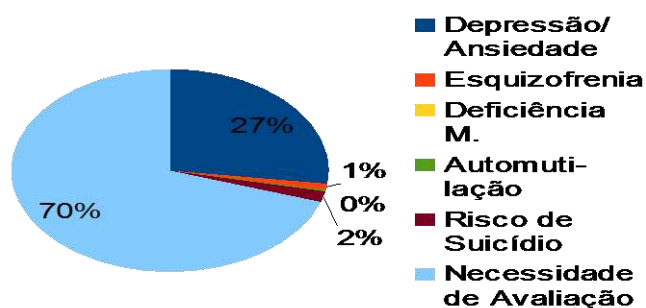
(Tabela 03 – Total Municipal)

As categorias apresentadas no tópico dos Resultados não foram previamente determinadas no planejamento do processo de Territorialização, mas emergiram, foram postas pela realidade de Campos Sales-Ce.

Apesar desse processo ter sido posto em prática ao observarmos o aumento da procura, seja por demanda espontânea ou encaminhamento, por atendimentos e questões relacionadas à Saúde Mental que sobrecarregavam/sobrecarregam a Atenção Básica, nos questionamos sobre as pessoas já adoecidas ou em processo de adoecimento mental, associado ou não a outras condições de saúde, não percebidas ou que sequer cogitavam a possibilidade de acessar um serviço especializado, que permaneciam/permanecem em inércia por falta de perspectiva de cuidado.

Dessa forma, deixamos livre, o interesse era descortinar o real, ou, pelo menos, buscar o mais próximo dessa demanda real. Não nos surpreendemos pelo quantitativo de adoecimento, pois já era/é uma “tragédia anunciada” pelos fatores que levaram à Territorialização da Saúde Mental local, mas é preocupante o fato de todo o município está permeado por problemáticas que podem (e possivelmente vão) se agravar e que não estão recebendo a devida atenção.

Gráfico 01 - Casos de maior incidência, 20



São 70% dos casos identificados pelos profissionais da Atenção Básica (ESF e NASF), 396 indivíduos que carecem de uma avaliação e conseqüentemente um cuidado adequado à sua situação, que não sabem seu diagnóstico, acessando serviços mínimos e paliativos. São 25% com Depressão associada à Ansiedade, com atendimento seguindo a linha mencionada, mínimo e que

não atende as necessidades; e a mesma situação se estende aos casos de Risco de Suicídio e Violência autoprovocada / automutilação (causados pelo adoecimento/sofrimento mental, logo estão associados a todas as categorias identificadas, como também a questões cotidianas mais particulares), Esquizofrenia, e D. Mental.

Apesar de Campos Sales-Ce ser um município pequeno e localizado no interior do Ceará, talvez fosse esperada uma certa “proteção” utópica, pelo isolamento, do adoecimento que o mundo vem passando, mas segue a linha mundial; não somente no processo de adoecimento, mas também na negligência e incompatibilidade entre demanda e oferta dos serviços de saúde mental, já que nos países de baixa e/ou média renda, entre as pessoas com transtornos mentais, 76% e 85% não recebem tratamento. (OPAS e OMS, 2018)

Mesmo que os sistemas de saúde pelo mundo ainda não atendam adequadamente aos transtornos mentais, se faz necessário e indispensável a análise das particularidades locais, até que ponto realmente é uma limitação do Sistema Único de Saúde Brasileiro, com base na oferta que é de responsabilidade de cada ente federado, no caso, no município de Campos Sales-CE e até que ponto as responsabilidades do sistema municipal não foram exercidas, as questões em torno dos processos de habilitação para implantação do CAPS não postos em prática.

Na ausência de possibilidades de cobertura de serviços e equipamentos para uma determinada demanda, o sistema tem de se adaptar, lutar por melhoras, uma luta necessária pela ampliação de direitos. Quando há possibilidades e elas não são postas em prática, são negligenciadas e sem respostas (justificativas) à população, caracteriza-se uma violação de direitos, que mesmo não intencional, não minimiza as consequências (que agravadas podem levar à morte).

CONCLUSÃO

Legalmente, não podemos considerar que a Saúde Mental esteja totalmente desassistida, apesar de o Estado brasileiro buscar a todo instante seu desmonte por meio dos retrocessos que já estamos testemunhando, como: o estímulo à internação com o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, foco na abstinência, redução de investimentos, etc.

Mas, mesmo que reduzidas, há possibilidades; considerando que o Ministério da Saúde, para a implementação de um CAPS, estabelece que o município ou região de saúde tem que comprovar população mínima de 15 mil habitantes; além das outras opções mais amplas e/ou específicas que exigem a referência de um número maior de habitantes; como também as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), que podem ser instituídas na ausência ou não de Centros de Atenção Psicossocial, para agir como suporte da Atenção Básica ou da rede ambulatorial especializada, como também intermediária dessas, podendo ser demandadas a partir da identificação da demanda/necessidade por parte do município.

Tais opções de equipamentos e serviços de Saúde Mental a serem disponibilizados a população, quando relacionados aos dados obtidos no processo de Territorialização e a gravidade do problema que representam (uma cidade em que sua população está em um processo de adoecimento mental grave, preocupante e crescente), é inquestionável que o município de Campos Sales-CE apresenta perfil e requisitos para instalação daqueles, além de uma demanda negligenciada, enquanto aguarda acesso a um direito garantido legalmente.

Com a ratificação de que para além do perfil territorial, como também das demandas mapeadas no processo de territorialização aqui descrito, o município, atualmente, já recebeu uma segunda habilitação em 2019, para recebimento de incentivo a fim de realizar implantação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); e mesmo assim a população continua à deriva.

Concluimos que em todo e qualquer localidade, conhecer o território é processo de trabalho indispensável para as equipes de saúde, principalmente na atenção básica, mas não menos importante nos outros níveis. Só conhecendo para assim poder dispor de intervenções adequadas às demandas. O problema é quando essas são ignoradas, podendo chegar ao risco de morte real, com base em cada caso e situação. Logo, a (des)assistência em Saúde Mental é resultado da ausência de compromisso do Estado com a sociedade, no estudo em questão, do poder público local com a sociedade campossalense, agravando um quadro de adoecimento mental com consequências incalculáveis para a comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 15, jun, 2020

BRASIL. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Agos2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/693-aco-es-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps> Acesso em 15, jun, 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf . Acesso em 15, jun, 2020.

BRASIL. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2019. Disponível em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em 17, Jun, 2020

BRASIL. **Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018**. Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3718_23_11_2018.html. Acesso em 15, Jun, 2020

BRASIL. **Portaria nº 3.163, de 9 de dezembro de 2019**. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/12/portaria3163.pdf>. Acesso em 20, Jun, 2020.

CASTRO, Cláudio de Moura. **Estrutura e apresentação de publicações científicas**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiúscia Graziela. Org.: **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico] / Universidade

Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO LIVRO.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf). Acesso em 13, jun, 2020

CNS. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 8ª ed. Brasília. 1986. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em 14, Jun, 2020.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **O movimento antimanicomial**: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos. In.: Revista de pós-graduação em ciências jurídica, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/primaface/article/view/7186> . Acesso em 9, jun, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/campos-sales/historico> . Acesso em 15, jun, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, 36). In: LOPES, Claudia de Sousa. **Como está a saúde mental dos brasileiros?** A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. Cad. Saúde Pública vol.36 no.2 Rio de Janeiro 2020 Epub Jan 31, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000200201&script=sci_arttext. Acesso em 29, Jun, 2020.

FREITAS, Bismark Liandro. **A evolução da Saúde mental no Brasil**: Reinserção Social. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=FREITAS.+2018&oq=FREITAS.+2018&aqs=chrome..69i57j0l7.493j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>, 2018. Acesso em: 05, jun, 2020.

LOBOSQUE, Ana Marta. **A luta antimanicomial**: construção de um lugar. In.: Revista da Saúde: uma publicação do Conselho Nacional de Saúde – Brasília: 2001.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 15, Jun, 2020.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde; OMS, Organização Mundial de Saúde. **Folha informativa - Transtornos mentais**. Abril, 2018. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839 Acesso em 15, Junho, 2020

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil**: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Ed. Vozes, 2007.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

SANTOS, Pedro Antonio; MIRANDA, Marlene. O percurso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa. **Revista escola de medicina e saúde**, 2015. Disponível em www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/366/1/O%20PERCURSO%20HISTORICO%20DA%20REFORMA%20PSIQUIATRICA%20ATE%20A%20VOLTA%20PARA%20CASA.pdf> Acesso em 11, jun, 2020

SILVA, Raniela Luiza. **As implantações dos centros de atenção Psicossocial de saúde mental no Brasil**. In.:Revista Interdisciplinar do pensamento científico. 2019. Disponível em: <http://www.reinpec.org/reinpec/index.php/reinpec/article/view/271> . Acesso em 10, jun, 2020.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em 2 jun, 2020.

Capítulo 58

TRANSIÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM PARA ENFERMEIRO: A VISÃO DESSES ENFERMEIROS SOBRE A GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

TRANSITION OF NURSING TECHNICIANS TO NURSES: THE VIEW OF THESE NURSES ON NURSING MANAGEMENT IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY ABSTRACT

Luiz Fernando de Almeida¹
Saulo Nascimento de Melo²
Livia Carolina Andrade Figueiredo³
Bárbara Marques de Castro Lara⁴
Klauber Menezes Penaforte⁵
Flávia de Oliveira Lima Penaforte⁶
Maria Gabriela Ferreira Santos⁷

RESUMO: O crescimento profissional obtido pelos técnicos em enfermagem com a graduação se torna cada vez mais comum devido às grandes modificações no mercado de trabalho. Com essa transição acadêmica o técnico em enfermagem realiza atividades que antes não exercia. Uma das principais atividades é a gerência em enfermagem. O principal objetivo do estudo é analisar os determinantes da transição do técnico para a graduação, e a visão gerencial dos técnicos em enfermagem, que se graduaram em enfermagem e que trabalham como enfermeiros nas estratégias de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, baseada em pesquisa bibliográfica. Observou-se que a gerência em enfermagem é uma das atividades mais complexas do enfermeiro, e que existe uma grande diferença na formação teórica e prática entre enfermeiros e técnicos em enfermagem e nas atividades desenvolvidas pelos mesmos no âmbito da saúde da família.

Palavras-chave: enfermeiro, gerência, técnico de enfermagem, graduação, saúde da família.

ABSTRACT: The professional growth obtained by nursing technicians with graduation becomes increasingly common due to major changes in the job market. With this academic transition, the nursing technician performs activities that he previously did not perform. One of the main activities is nursing management. The main objective of the study is to analyze the determinants of the technician's transition to graduation, and the managerial view of nursing technicians, who graduated in nursing and who work as nurses in family health strategies. It is a descriptive and exploratory research, based on bibliographic research. It was observed that nursing management is one of the most complex activities of nurses, and that there is a big difference in theoretical and practical training between nurses and nursing technicians and in the activities developed by them in the context of family health.

Keywords: nurse, management, nursing technician, graduation, family health.

Introdução

O enfermeiro desempenha um papel mais abrangente, diferentemente do técnico e do auxiliar de enfermagem no campo assistencial e gerencial dentro da estratégia de saúde da

¹ Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde pela UFSJ. Email: luizfernando2204@yahoo.com.br

² Biólogo. Doutorando em Ciências da Saúde pela UFSJ. Email: saulomelobio@hotmail.com

³ Graduanda em Bioquímica pela UFSJ. Email: liviacaaf@outlook.com

⁴ Fisioterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde pela UFSJ. Email: barbara_marquesdecastro@yahoo.com.br

⁵ Professor na Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas, Campus Divinópolis. Email: klauberpenaforte@gmail.com

⁶ Professora na Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas, Campus Divinópolis. Email: flavia.penaforte@unifenas.br

⁷ Graduada em Enfermagem pela Universidade de Formiga/UNIFOR. Email: gabizinhafss@gmail.com

família. Dentre as diversas áreas de atuação do enfermeiro, a gerência de enfermagem visa à qualidade das ações dos serviços de saúde, tendo como resultado final uma assistência de qualidade e humanizada para com o paciente/cliente.

O enfermeiro possui basicamente quatro atividades exercidas para nortear sua profissão, são elas: assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa. O profissional responsável legal para assumir a atividade gerencial é o enfermeiro que compete à coordenação da equipe de enfermagem. Florence Nightingale foi considerada a enfermeira pioneira na introdução da administração, implantando de forma precoce a divisão do trabalho. (SPAGNOL, 2005)

Grandes transformações estão ocorrendo por causa da globalização, e com isso aumenta a competitividade das instituições e organizações. Os gerentes de enfermagem assumem papel importante nos serviços de saúde, visto ser ele o responsável pela gestão dos serviços de enfermagem e por tomar medidas que integram as áreas administrativas, assistenciais, pesquisa e ensino. (FURUKAWA, CUNHA, 2011)

As realizações de atividades burocráticas e gerenciais realizadas pelos enfermeiros vêm gerando grande discussão na profissão, pois a visão do enfermeiro que está na gerência tende a valorizar estas ações, que por sua vez vão viabilizar o cuidado e o assistencialismo, porém sua equipe tende a menosprezar as atividades relacionadas com gerência. (LOPES, 2010)

A enfermagem é exercida por profissionais que são graduados por universidades, os enfermeiros, e por profissionais que possuem nível médio, os técnicos e auxiliares de enfermagem. Aos enfermeiros tem cabido a esfera do gerenciar e saber e, ao pessoal de nível médio, o fazer. (RIBEIRO, PEDRÃO, 2005)

O técnico em enfermagem, ao ingressar na graduação, enfrenta dificuldades durante a sua trajetória acadêmica e permanece até conseguir exercer seu trabalho como enfermeiro. (MEDINA, TAKAHASHI, 2003)

A investigação da transição e da passagem do técnico em enfermagem para enfermeiros graduados possibilita entender os motivos pelos qual o técnico em enfermagem busca a realizar a graduação e a importância notória da gestão em enfermagem dentro da estratégia de saúde da família, onde o enfermeiro atua com esse instrumento de trabalho.

A enfermagem é exercida por diferentes tipos de formação (técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros), que são coordenados por um enfermeiro. O trabalho do enfermeiro envolve atribuições gerenciais que exige do mesmo conhecimento e competência para participarem de processos decisórios e assumir papel no direcionamento das políticas de recursos humanos dos serviços de saúde. (FREITAS, FUGULIN, FERNANDES, 2006)

A transição profissional e acadêmica do enfermeiro dentro de uma unidade de saúde da família está ligada no presente trabalho com a gerência de enfermagem, sabendo que esta função é considerada uma das mais complicadas e complexas para os enfermeiros desenvolverem, sendo que antes não eram acostumados a gerenciar recursos físicos, humanos e nem materiais e sim a serem gerenciados pelos enfermeiros, pois os mesmo exerciam a função de técnico em enfermagem.

A investigação da transição e da passagem do técnico em enfermagem para enfermeiros graduados possibilita entender os motivos pelos qual o técnico em enfermagem busca a realizar a graduação e a importância notória da gestão em enfermagem dentro do ambiente de saúde da família, onde o enfermeiro atua com esse instrumento de trabalho. A eficiência da gerência em enfermagem é o espelho de uma assistência de qualidade, produzindo resultados satisfatórios para a equipe de profissionais, pacientes/clientes e para a instituição.

O objetivo desse trabalho é analisar os determinantes da transição do técnico para a graduação, e a visão gerencial dos técnicos em enfermagem, que se graduaram em enfermagem e que trabalham como enfermeiros nas Estratégias Saúde da Família/Programa Saúde da Família.

Material e métodos

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, baseada em uma pesquisa bibliográfica.

A pesquisa foi realizada em artigos indexados em bases de dados como: scielo, google acadêmico, lilacs e medline.

Foram inclusos na participação da pesquisa bibliográfica enfermeiros que realizaram o curso técnico em enfermagem antes de realizarem o curso da graduação em enfermagem como critério principal.

Caracterização da pesquisa

Pesquisa é um procedimento racional e sistemático com o objetivo sistemático de fornecer respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se tem informações adequadas para responder a um problema ou quando a informação adequada esta em um estado de desordem. A pesquisa é desenvolvida frente aos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e demais procedimentos científicos. (GIL, 2009. p. 17).

Segundo Gil (2009, p. 41), a pesquisa exploratória é um tipo de pesquisa bastante maleável e que na maioria das vezes assume uma forma de pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso.

De acordo com Gil (2009, p. 42), as pesquisas descritivas visam à descrição de características de uma população ou de um fenômeno específico. São inúmeras as pesquisas que se classificam assim, entre elas o uso e a aplicação de questionários. Destacam-se entre as pesquisas descritivas estudos com características de um grupo, como: nível de escolaridade, estado de saúde, sexo, idade, etc. Abrangem também nesse tipo de pesquisa opiniões, crenças e atitudes de uma determinada população. A pesquisa descritiva juntamente com a pesquisa explorativa são realizadas por pesquisadores sociais interessados com a atuação prática, sendo também as mais pedidas por instituições, organizações, empresas, etc.

Referencial Teórico

Nas últimas décadas, o mundo está passando por um processo de mudanças em vários contextos como: cultural, político, econômico e social. Os serviços de saúde no Brasil passam por deficiências cujas explicações são buscadas em diferentes campos, sendo esses serviços objeto de estudos e intervenções. As exigências de produtividade e de qualidade e um mercado de trabalho instável e flexível aumentam os requisitos de qualificação dos trabalhadores. (BUENO; BERNARDES, 2010).

Segundo Passos e Ciosak (2006), a gerência é um instrumento do processo de trabalho para a organização dos serviços de saúde, tomando decisões que afetam a estrutura, a produção e o produto do serviço, viabilizando meios para uma prestação da assistência a clientela eficaz, para possibilitar a satisfação das necessidades de saúde.

Existe uma pirâmide para subdivisão do trabalho de enfermagem, onde o vértice é ocupado pelos enfermeiros e a base pelos técnicos em enfermagem, determinando para os técnicos o cuidado direto com o paciente e aos enfermeiros as tarefas administrativas. Ressalta-se que a divisão do trabalho em enfermagem dificulta o reconhecimento social, pois a sociedade desconhece essa divisão hierárquica confundindo os sujeitos, considerando todos como enfermeiros. Duas categorias diferentes eram formadas pelas escolas nightingaleanas: as ladies que se originavam da classe social mais elevada e que executavam tarefas intelectuais representadas pela administração, supervisão, direção e controle dos serviços de enfermagem e as nurses que fazia parte dos níveis sociais mais baixos, e que sob a orientação das ladies, desenvolvia o trabalho manual da enfermagem (GEOVANINI et. al., 2002).

Para que a integralidade seja construída é necessário que toda a equipe utilize o seu potencial para que a promoção e a produção do cuidado aconteçam em benefício ao paciente, entretanto o modelo médico-centrado ainda é predominante e a atenção é fragmentada. A responsabilidade da integralidade deve ser compartilhada com todos os sujeitos da equipe, inclusive com o gestor, todos em uma única direção mediante as políticas públicas de saúde. (VIEGAS, MATOS, 2013)

Segundo Peres e Ciampone (2006), o instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se em funções relacionadas ao cuidar, assistir, administrar, gerenciar, pesquisar e ensinar. O Cuidar e o gerenciar são processos evidenciados dentro da enfermagem.

A supervisão trouxe ao enfermeiro, a oportunidade de gerenciar os serviços, porém não afastou esses profissionais da assistência, uma vez que mantiveram vários procedimentos técnicos assistenciais como sendo práticas exclusivas dos enfermeiros, além das atividades da equipe de enfermagem realizadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem continuaram sob a supervisão do enfermeiro. (MATTÉ, 2010).

O gerente de uma equipe de profissionais de enfermagem necessita ter um bom relacionamento com todos os seus integrantes, contribuindo com o seu conhecimento e equilibrando com bom sendo o desempenho da equipe. Para ter um bom relacionamento com a

equipe de enfermagem é necessário saber lidar com as diferenças de maneira eficiente. O bom relacionamento com a equipe contribui para melhoria do trabalho, respeito mútuo, inspira confiança e respeito e melhora a comunicação entre a equipe. (SALES, et. al., 2007).

De acordo com Jorge et al. (2007), o gerenciamento em enfermagem, seja em instituições hospitalares ou no âmbito da saúde coletiva, é uma atividade complexa e polêmica e cada vez mais exige dos profissionais competências cognitivas e técnicas. A palavra gerenciamento é utilizada para definir ações de direcionamento. A enfermagem faz uso do gerenciamento para adequar modelos administrativos ao seu trabalho do dia a dia, de modo para não afastar seu foco principal, o cuidado ao paciente.

De acordo com Mendes et al. (2011), as instituições formadoras precisam definir o que a enfermagem espera que é um profissional capaz de gerenciar o cuidado de enfermagem visando uma assistência humanizada, ou seja, construir a formação dos graduandos de modo que os mesmo sejam capazes de entender o elo indissociável que existe entre a gerência e a assistência.

Segundo Medina e Takahashi (2003) “o enfermeiro desempenha o papel de coordenador de equipe, e quando essa atuação é reconhecida como de alta qualidade, torna-se um modelo no quais todos querem se espelhar”.

De acordo com Bueno e Bernardes (2010), é preciso entender que o gerente/supervisor age como um ser articulador e integrador, favorecendo as relações interpessoais da equipe de enfermagem, oportunizando o conhecimento técnico e científico. Tendo a gestão entendida como arte, o gestor eficiente é aquele que busca a humanização do trabalho com uma gestão democrática e flexível, considerando os resultados obtidos um trabalho em equipe.

As relações hierárquicas são rígidas e o poder decisório ainda esta centrado na figura do enfermeiro chefe, que dá ordem a sua equipe. Que por sua vez, na maioria das vezes mantêm o imaginário a imagem do enfermeiro que se graduou somente para mandar e da ordem de forma incorreta e autoritária. Essas figuras desses enfermeiros precisam ser desconstruídas para construir novas relações de trabalho na saúde e enfermagem. (SPAGNOL, 2005).

Existem desafios a serem vencidos para que o cuidado integral seja efetivada no plano da gestão, da atenção em saúde e na construção de políticas públicas de saúde. (KALICHMAN, AYRES, 2016)

A fragmentação do cuidado é um entrave para os usuários dos sistemas de saúde. A gestão nas suas diversas modalidades necessita realizar capacitações aos profissionais para que suas condutas em relação ao processo de saúde tenham ações transformadoras. (BRACCO, et. al., 2016)

De acordo com Liberali e Dall'Agnol (2008), a supervisão de enfermagem faz parte do cotidiano do enfermeiro como um instrumento de trabalho gerencial, quando for bem planejada e conduzida possibilita mudanças que geram melhores respostas benéficas e satisfatoriamente na organização como um todo. Os supervisores lançam um olhar para a totalidade dos serviços de enfermagem, resolvendo problemas dos setores e em contato com a equipe.

O enfermeiro como coordenador da equipe, necessita ter subsídios teóricos e vivência prática para gerenciar relações, que pode apresentar significados positivos ou negativos de acordo com as estratégias do gerente. (SPAGNOL, 2010)

A enfermagem na produção do cuidado observa e atua de uma forma humanizada em todas as necessidades do ser humano, não apenas o cuidado técnico e assistencial, abrangendo de forma integral as várias dimensões na produção do cuidado. A integralidade torna-se um princípio norteador para que essas características consigam mudar o modelo assistencial vigente na Atenção Básica. (SANTOS, et al. 2014)

Florence idealizava a enfermagem como uma vocação, considerando ser uma arte que requeria uma dedicação exclusiva e até mesmo árdua para sua preparação. (OGUISSO org., 2007).

Conclusão

A assistência ao paciente prestado pela equipe de enfermagem dentro da estratégia de saúde da família apenas se torna de qualidade quando a gerência em enfermagem exercida pelo enfermeiro for praticada com respeito, humanização e autonomia, pois a gerência e assistência é um elo indissociável.

A reflexão que os enfermeiros fizeram quanto à gerência em enfermagem de acordo com as referências bibliográficas mostraram que nem todos os enfermeiros estão preparados para gerenciar recursos humanos, pois nem sempre os mesmos são respeitados pela equipe e colegas de trabalho como enfermeiros por terem sido técnicos em enfermagem anteriormente.

É necessário entender que o enfermeiro gerente e sua prática gerencial não se ligam apenas a parte burocrática, mas sua principal atividade é organizar, estruturar e conduzir a assistência de saúde prestada a população.

Uma das grandes e complexas diferenças entre as categorias de enfermagem é a atividade exercida privativamente pelo enfermeiro, que é a gerência da equipe. Os sujeitos da pesquisa em questão reconhecem que esta é uma atividade de grande importância e que em uma equipe multiprofissional o enfermeiro é o profissional legalmente habilitado para exercer a gerência dos serviços de saúde.

Diante de um processo de globalização e aperfeiçoamento profissional, a classe de enfermagem esta em busca cada vez mais de se qualificar no mercado profissional. Os técnicos em enfermagem buscam a graduação em enfermagem para crescerem profissionalmente e melhorar sua condição financeira, escolhendo esta área através de experiências individuais vivenciadas em sua vida.

Quando o enfermeiro exerce bem sua atividade gerencial dentro do âmbito da saúde coletiva e saúde da família, sua equipe de enfermagem fortalece os laços profissionais e valoriza suas atividades, se tornando assim, um exemplo de profissional seguido pelos membros da equipe.

Referências

BARBOSA TLA. ET AL. **Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; p.45-51.

BRACCO, M. M. et al. **Implementation of integration strategies between primary care units and a regional general hospital in Brazil to update and connect health care professionals: a quasi-experimental study protocol.** BMC health services research, v. 16, n. 1, p. 380, 2016.

BUENO, A. A; BERNARDES, A. **Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre gerenciamento de enfermagem.** Texto Contexto em enfermagem. Florianópolis. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05.pdf>>.

CAMILA TAHIS DOS SANTOS, S. et al. **Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado.** Revista Cuidarte, v. 5, n. 2, p. 731-8, 2014.

FREITAS GF, FUGULIN FMT, FERNANDES MFP. **A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem.** Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(3)

FURUKAWA PO, CUNHA ICK. **O Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. São Paulo, 2011; 19(1)[09telas]

GEOVANINI, T. et. al. **História da enfermagem.** Ed. 2ª. Editora: Revinter Ltda. Rio de Janeiro, RJ. 2002.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** Ed. 4ª. São Paulo: Atlas S.A, 2009. 175 p.

JORGE, M. S. B. et. al. **Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004).** Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 60. n.1. 2007. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000100015>

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. **Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: Uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS** *Integralidad y tecnologías de atención a la salud: Una narrativa sobre contribuciones conceptuales a la construcción del principio de la integralidad en el Sistema Único de Salud Brasileño.* Cadernos de Saude Publica, v. 32, n. 8, p

KURCGANT P. **Gerenciamento em Enfermagem.** Editora Guanabara. Rio de Janeiro. 2005; p.34

LIBERALI, J; DALL'AGNOL, C. M. **Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. RS. 2008. 276-282 p. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5592>>

LOPES GMD. et. al. **Gerenciar e cuidar: competências essenciais do enfermeiro.** Saúde e Beleza. 2010. p. 1-6

MANENTI SA, CIAMPONE MHT, MIRA VL, MINAMI LF, SOARES JMS. **O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar.** Ver Esc Enfermagem USP. 2012; 46(3) p.727-33

MATTÉ, M. F. B. **O enfermeiro no gerenciamento ampliando os limites de atuação.** 2010. Saúde e Beleza. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/o-enfermeiro-no-gerenciamento-ampliando-oslimites-de-atuacao/47163/>>.

MEDINA, N. V. J; TAKAHASHI, R. T. **A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem.** Rev Esc Enferm USP. São Paulo. 2003. 101-108 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342003000400012&script=sci_arttext>

MENDES, R. F. et. al. **Significados e possibilidades que tecem a gerência em enfermagem – o compromisso com a assistência.** Revista de enfermagem do centro oeste mineiro. 2011. p. 176-189. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/67>>.

OGUISSO T. **Trajatória histórica e legal da enfermagem.** Ed. 2ª. Editora: Manole Ltda. Barueri, São Paulo. 2007.

PASSOS, J. P; CIOSAK, S. I. **A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde.** Rev Esc Enferm. p. 464-468. 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/277.pdf>>.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. **Gerência e competências gerais do enfermeiro.** Florianópolis. 2006. p. 492-499. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15.pdf>>.

RIBEIRO MILC, PEDRÃO LJ. **Relacionamento interpessoal no nível médio de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2005. Brasília, DF; 58(3)p. 311-315.

SALES AAR. et al. **Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde.** Revista Brasileira de promoção à saúde. Fortaleza, CE. 2007; 20(2) p.111-115.

SALES, A. A. R. et al. **Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde.** Revista Brasileira de promoção à saúde. Fortaleza, CE. 2007; 20 (2) : 111-115. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40820208>

SANTANA, F. R. et al. **Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 15, n. 2, 2013a. ISSN 1518-1944.

SELMA MARIA DA FONSECA, V.; CLÁUDIA MARIA DE MATTOS, P. **A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família La construcción de la integralidad en el trabajo cotidiano del equipo de salud familiar The construction of integrality in the daily work of health family team.** Escola Anna Nery, v. 17, n. 1, p. 133-141, 2013. ISSN 1414-8145.

SPAGNOL CA et. al. **Situação de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem.** Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(3) p. 803-811.

SPAGNOL CA. **(Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva.** Rev. Ciências e Saúde Coletiva. 2005; 10(1)p. 119-127.

Capítulo 59

**PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE:
INSERÇÃO PRECOCE DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**TEACHING-SERVICE-COMMUNITY INTEGRATION: EARLY INSERTION OF MEDICAL STUDENTS IN
THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARELaura Fernandes Antunes¹Sarah Eko Eni²Jonas Magno de Resende³Daniel Martins⁴Regina Aparecida de Melo Bagnolli⁵Antônia Gonçalves de Souza⁶Luís Paulo Souza e Souza⁷

RESUMO: Este trabalho descreve as vivências de graduandos em Medicina na disciplina Prática de Integração entre Ensino, Serviço e Comunidade 1 (PIESC 1) de uma Instituição de Ensino Superior Federal em Minas Gerais. Foram utilizados registros dos diários de campo, entre março a julho de 2019, em práticas em uma Estratégia Saúde da Família (ESF). A disciplina é oferecida no primeiro semestre do curso, com inserção precoce dos alunos na Atenção Primária à Saúde (APS). Os alunos vivenciaram a rotina de trabalho da equipe, realizaram visitas domiciliares, fizeram o diagnóstico situacional por meio da territorialização, com construção do mapa da área de abrangência. A inserção precoce dos alunos na APS tem se mostrado satisfatória, pois permitiu a experimentação prática do serviço, reconhecimento das vulnerabilidades e potencialidades das famílias, permitindo melhor assimilação entre conteúdos teóricos e práticos, com efetiva integração entre ensino, serviço e comunidade. Faz-se necessária ampla incorporação destas práticas nos currículos e na formação de alunos dos diversos cursos da área da saúde, permitindo, também, um trabalho interprofissional, de forma a legitimar os atributos da APS e o direito à saúde das populações.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Integração à Comunidade; Educação Médica; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: This paper describes the experiences of undergraduates in Medicine in the discipline Practice of Integration between Teaching, Service and Community 1 (PIESC 1) of a Federal Higher Education Institution in Minas Gerais. Records of field diaries were used between March and July 2019 in practices in a Family Health Strategy (FHS). The discipline is offered in the first semester of the course, with early insertion of students in the context of Primary Health Care (PHC). The students experienced the work routine of the team, made home visits, made the situational diagnosis through territorialization, with construction of the map of the area covered by the FHS. The early insertion of students in the context of PHC was satisfactory, as it allowed the practical experimentation of the service, recognition of the vulnerabilities and potentialities of families, besides allowing better assimilation between the theoretical and practical contents, with effective

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de São João del Rei (UFS), *campus* Dom Bosco.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), *campus* Dom Bosco.

³ Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), *campus* Dom Bosco.

⁴ Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), *campus* Dom Bosco.

⁵ Mestre em Psicologia. Professora Assistente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), *campus* Dom Bosco; e dos Cursos de Medicina e Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN).

⁶ Especialista em Psicologia Social. Pesquisadora do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

⁷ Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto do Departamento de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: luis.pauloss@hotmail.com

integration between teaching, service and community. It's necessary to incorporate these practices into the curricula and in the training of students from the various courses in the health area, also allowing interprofessional work, in order to legitimize the attributes of PHC and the right to health of populations.

Keywords: Primary Health Care; Community Integration; Medical Education; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os modos de compreender e fazer saúde foram modificados, tensionando o modelo médico-centrado e hospitalocêntrico, valorizando a Atenção Primária à Saúde (APS) como espaço fértil para novas práticas de saúde. Com a Constituição de 1988, fica claro que, dentre as funções do SUS, tem-se a de direcionar a formação dos profissionais. Apesar de o SUS ter sido institucionalizado em 1990, somente em 2001 é que foram lançadas as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as graduações em saúde, reforçando a APS como cenário preferencial para a formação (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Para o curso de Medicina, as DCN mais recentes são de 2014, definindo que o curso deve ter dimensões humanísticas voltadas para a cidadania; devem ser utilizados vários campos de prática, integrando estudantes com diversos profissionais de saúde desde o início da formação; vincular a formação às necessidades sociais, com ênfase no SUS e na APS. Assim, nos últimos anos, os cursos de Medicina vêm instituindo disciplinas que visam à integração dos alunos com a realidade de saúde local, destacando-se disciplinas como as Práticas de Integração entre Ensino, Serviço e Comunidade - PIEESC (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013).

Tal iniciativa rompe o modelo centrado no médico que, historicamente vinha sendo adotado nas práticas em saúde, por meio de um perfil tecnicista de ensino - centrado em conteúdos, com orientação biologicista na abordagem da saúde e grande preocupação com a sofisticação dos procedimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento – em detrimento de abordagens pedagógicas problematizadoras, que valorizem o protagonismo dos estudantes e o conhecimento acumulado em diferentes áreas e tendo o território e a APS como local principal de atuação e cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; PIZZINATO *et al.*, 2012; MENDONÇA *et al.*, 2018).

Assim, este artigo descreve as vivências de graduandos em Medicina na disciplina Prática de Integração entre Ensino, Serviço e Comunidade 1 (PIEESC 1) de uma Instituição de Ensino Superior Federal em Minas Gerais.

DESENVOLVIMENTO

No curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), *campus* Dom Bosco, é ofertada no primeiro semestre a disciplina *Prática de Integração entre Ensino, Serviço e Comunidade 1 - PIEESC 1*, inserindo os alunos na APS logo nas primeiras semanas de aulas. Ao longo do curso, os alunos continuam nesta inserção, tendo cada PIEESC objetivos de aprendizagem específicos. Na PIEESC 1, busca-se que os alunos compreendam os

aspectos históricos, políticos, econômicos e sociais das políticas de saúde do Brasil; entendam o conceito de saúde, além dos conceitos e funcionalidades da APS; desenvolvam noções sobre territorialização, compreendendo a composição da ESF; e desenvolvam habilidades de comunicação, trabalho em equipe multiprofissional e relacionamento interpessoal entre colegas, profissionais e usuários. Os assuntos são abordados na teoria [em sala] e prática [nas ESF].

Na descrição das vivências aqui apresentadas, foram utilizados registros dos diários de campo de alunos da disciplina PIESC 1 da UFSJ, entre março a julho de 2019, em atividades na ESF Colônia do Marçal, em São João del Rei – Minas Gerais. As práticas ocorriam às terças-feiras, de 07h30min às 11h30min, sendo acompanhadas por um professor, o qual tinha o papel de mediador, pois se esperava que os discentes adotassem postura pró-ativa e buscassem conhecer o máximo que se interessassem. Como a disciplina é teórica e prática, foram relatadas neste texto, principalmente, as práticas.

No primeiro dia de ida à Unidade, por meio de conversas, os alunos iam tecendo perguntas aos profissionais, para entenderem as funções de cada um na equipe. Devido ao número de habitantes do bairro que a ESF é responsável, há duas equipes na mesma Unidade: Equipe 901 e Equipe 902. Cada uma é responsável por áreas diferentes; e é composta por um Médico, um Enfermeiro, um Técnico em Enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Em outras aulas práticas, em duplas, os alunos acompanharam o trabalho de cada membro das equipes. Dando sequência, fez-se um reconhecimento da área de abrangência da ESF, por meio da Territorialização, caminhando pelo bairro e conversando com moradores pelo caminho. Maior parte deles indicou utilizar os serviços da ESF, considerando-os resolutivos, eficientes e de suma importância para a comunidade. A territorialização se deu, também, em outros dias. Ao final, foi possível detectar problemas de infraestrutura e de acesso, como ruas não asfaltadas e com muita lama, buracos e água empossada, além de objetos descartados incorretamente. Conseguiu-se compreender a importância desta prática, tendo uma visão real do conceito “ecobiopsicossocial” da saúde, pois com a inserção no território, treinou-se o olhar crítico, identificando os riscos e as vulnerabilidades que a população estava exposta. Sobre a localização da Unidade, observou-se que não é central no bairro, dificultando o acesso dos usuários que residem em áreas afastadas. Ademais, o bairro é dividido por uma rodovia, sem passarela, sendo obstáculo e risco para moradores.



Figura 2. Registros de algumas ações durante a prática no território.
Fonte: Acervo dos autores.

Em outra prática, o grupo se dividiu em duplas para acompanharem os ACS nas visitas domiciliares (VD). Ficou clara a importância das VD como um instrumento de trabalho que auxilia no conhecimento das reais necessidades das famílias. Nunes *et al.* (2018) atribuem à VD a concepção de atividade basilar do processo de trabalho das ESF no Brasil. Observou-se a aplicação do princípio de equidade do SUS, pois alguns usuários com dificuldade de locomoção recebiam visitas dos ACS e de outros profissionais. Foi um momento ímpar, pois permitiu que os discentes adentrassem nas casas, conhecendo algumas histórias de vida e dinâmicas familiares. Reconheceu-se, de forma unânime, o protagonismo dos ACS como elo central para o pleno funcionamento da ESF.

Como forma de retorno à comunidade e considerando que era uma demanda da equipe, o grupo elaborou o mapa físico da área de abrangência a partir da territorialização. As equipes não possuíam material visual do território, o que representava dificuldade no planejamento das ações e na visualização das microáreas dos ACS. Para uma das alunas: “(...) o mapa foi uma forma de colocar no papel todo vínculo construído durante esse semestre”.

No mapa, os alunos destacaram todos os serviços e demais estruturas que apoiavam a equipe da ESF, além dos aspectos relacionados às vulnerabilidades sociais e sanitárias. Destaca-se que esta atividade deve ser feita por todos os profissionais da equipe, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). Como forma de integrar o conhecimento, o grupo de alunos apresentou para os demais colegas da turma, compartilhando as experimentações no território durante o semestre.



Figura 1. Apresentação do mapa da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.
Fonte: Acervo dos autores.

Para os alunos, a dinâmica de distribuição entre aulas teóricas e práticas foi positiva, pois permitia a eles vivenciarem no cotidiano do serviço o que era visto nos livros e discussões em sala. Ademais, ajudou que eles se embasassem cientificamente sobre o que experimentavam na Unidade, pois como futuros profissionais do SUS, é necessário compreendê-lo para ajudar a melhorá-lo, criando estratégias de se promover saúde em tempos de crise e de sucateamento.

A inserção dos alunos no território se apresenta como estratégia potente, pois o território é o local de análise e atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família. Faria *et al.* (2018) enfatizam que:

O território se caracteriza por situações históricas, ambientais, econômicas e sociais que promovem condições para a produção do processo saúde-doença. Para conhecê-lo, é fundamental a análise da situação de saúde e a construção de diagnóstico participativo envolvendo diferentes atores, identificando as condições de vida, as necessidades de saúde, os riscos coletivos e as potencialidades, com o objetivo de elaborar planos de intervenção, de maneira a atender as necessidades da comunidade. Além disso, a análise da situação de saúde é importante para o planejamento estratégico das ações de vigilância e ações educação e comunicação em saúde. Frente ao desafio da busca de mudanças na formação, educação e graduação em saúde, a formação em saúde na UFSB visa propiciar melhor preparo e engajamento dos estudantes nas experiências que procuram valorizar e aproximar vivências, saberes e práticas. A vivência de estudantes e docentes na realidade local é fundamental para a mudança que se pretende na formação profissional em saúde, condizente com as demandas e necessidades do SUS e da Atenção Básica, com vistas a minimizar as diferenciações na qualidade do cuidado que comprometem seriamente a equidade do sistema.

Destaca-se, ainda, que a aproximação com o serviço nas semanas iniciais do curso permitiu o reconhecimento do papel de cada membro da equipe, de forma a desconstruir a ideia do modelo médico-centrado. Frequentemente, a formação em saúde é considerada como uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, de forma a favorecer intervenções capazes de aproximar-se das necessidades da população e da realidade sanitária na

qual os profissionais estão inseridos. Desta forma, é essencial vislumbrar novos cenários de formação profissional, buscando desenvolver uma proposta em rede e articulando as instituições de ensino, a gestão do SUS, os serviços de saúde e a comunidade; integrando docentes, discentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde no cotidiano dos serviços e da realidade sanitária, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; BISCARDE; PEREIRA; SILVA, 2014; MELLO *et al.*, 2019)

Faz-se necessária ampla incorporação destas práticas nos currículos e na formação de alunos dos diversos cursos da área da saúde, permitindo, também, um trabalho interprofissional, de forma a legitimar os atributos da APS e o direito à saúde das populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção precoce dos alunos no contexto da APS mostra-se satisfatória, pois serão os locais de trabalho de muitos após se formarem, preparando-os para as dificuldades e prazeres da profissão no Brasil. Ressalta-se a importância para o laço “Ensino-Comunidade”, pois a Universidade, um bem público, por meio de práticas de ensino como a narrada, possibilita demonstrar à população as atividades desenvolvidas dentro do âmbito acadêmico e contribuir para o fortalecimento das instituições sociais e públicas. Historicamente, a graduação médica foi pautada na compreensão do indivíduo como conjunto de células e a saúde como ausência de doenças. Hoje, o desafio é continuar rompendo esta concepção, considerando o local de moradia dos sujeitos como importantes elementos que influenciam os modos de viver e adoecer, pautando-se num cuidado centrado nas comunidades.

Por fim, uma aluna citou em seu diário de campo o trecho da poetisa Cora Coralina: “*Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas*”. E, partindo desta citação, conclui-se que a experiência vivenciada foi de muito aprendizado e emoção, culminando com a construção de um forte vínculo entre alunos e equipes, transformando-os.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.3, p.356-62, 2008.

BISCARDE, D.G.S.; PEREIRA, S.M.; SILVA, L.B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.18, n.48, p.177-186, 2014.

BRANDÃO, E.R.M.; ROCHA, S.V.; SILVA, S.S. Práticas de Integração Ensino-Serviço-Comunidade: Reorientando a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.37, n.4, p.573-7, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

DIAS, H.S.; LIMA, L.D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1613-24.

FARIA, L. *et al.* Teaching-service-community integration in practice scenarios of interdisciplinary Health Education: an experience of the Work Education for Health Program (PET-Health) in Southern Bahia. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.22, n.6, p.1257-6, 2018.

MENDONÇA, M.H.M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

NUNES, C.A. *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, v.42, n.2, p.127-44, 2018.

PIZZINATO, A. *et al.* A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, Supl.2, p.170-7, 2012.

SOBRE O ORGANIZADOR

Luís Paulo Souza e Souza

Sanitarista, Enfermeiro, Especialista em Epidemiologia, Saúde Ocupacional e Saúde Comunitária. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Doutor em Saúde Pública pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG. Pós-Doutorado em Educação pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) e em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Atualmente, é Professor Adjunto do Departamento de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM); Referência da Epidemiologia do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG) de Sete Lagoas (MG); Professor Credenciado da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG); Professor Colaborador nos Programas de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde (PPGCPS) e em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde das Populações Amazônicas (NESPA - UFAM), do Núcleo de Estudos em Saúde e Trabalho (NEST - UFMG) e do Núcleo Interinstitucional de Estudos Epidemiológicos Longitudinais em Saúde (NIELOS - UFMG). Experiências nas áreas da Saúde Coletiva e Comunitária; Políticas Públicas e Gestão; Saúde Ocupacional e Ambiental; Ergonomia e Saúde; Desenvolvimento Regional.

ISBN 978-65-86212-50-1



9 786586 212501 >