



As ciências da saúde
desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras

Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2021



As ciências da saúde
desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras

Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant'Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^a Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

As ciências da saúde desafiando o status quo: construir habilidades para
vencer barreiras

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Giovanna Sandrini de Azevedo
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Isabelle Cerqueira Sousa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 As ciências da saúde desafiando o status quo: construir habilidades para vencer barreiras / Organizadora Isabelle Cerqueira Sousa. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

159 p., il.

ISBN 978-65-5983-363-4

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.634210908>

1. Saúde. I. Sousa, Isabelle Cerqueira (Organizadora).
II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A coleção “**As Ciências da Saúde desafiando o status quo: construir habilidades para vencer barreiras**” é uma coletânea composta de quatro volumes em formato E-books, e na sua primeira obra presenteia os leitores com temas sobre a Estratégia de Saúde da Família, abordando: - o perfil socioprofissional dos enfermeiros, médicos e uma contextualização sobre os agentes comunitários, visitas domiciliares, ferramentas de abordagem familiar e escuta ativa, - pessoas em vulnerabilidade social, - escuta ativa como estratégia de aproximação entre profissionais e usuárias(os) na atenção primária à saúde, - Política de atenção básica, incluindo atenção à saúde do homem, - a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares (PNPIC), com ênfase nas plantas medicinais na atenção básica, - insegurança alimentar, nutricional e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais.

Além disso, esse e-book proporciona uma visão ampliada sobre: - a atuação da Fonoaudiologia numa equipe de cuidados paliativos e também na área da saúde mental; - a Fisioterapia no alívio da dor em pacientes oncológicos na abordagem dos cuidados paliativos; - a avaliação de impactos à saúde em um empreendimento naval; apresenta também uma descrição de protocolos clínicos para doenças crônicas na atenção primária à saúde; - o desafio de uma equipe da estratégia saúde da família do município em Santarém (Pará) no trabalho de controle da Diabetes Mellitus; - insegurança alimentar, nutricional e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais das famílias de trabalhadores rurais sem terra em Limoeiro do Norte (Ceará); - Avaliação epidemiológica do infarto agudo do miocárdio no Brasil (numa análise por região); - Prevalência de alterações em exames citopatológicos de usuárias da atenção primária em São Luís (Maranhão); - Prevenção ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) na atenção básica como uma estratégia de identificação de risco; - o tratamento do tabagismo na atenção primária à saúde, caracterizando o perfil dos usuários atendidos nos grupos de cessação.

Para finalizar esse volume, que versa sobre temas tão desafiadores da Saúde Coletiva, serão apresentados estudos analíticos sobre: - Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes atendidos por ambulatório de referência em dermatologia no norte do estado do Tocantins; - Perfil epidemiológico dos traumas mais recorrentes nos acidentes por motocicletas no estado de Santa Catarina; Perfil epidemiológico de pacientes notificados com HIV, Sífilis e Hepatites Virais em Pinhão (Paraná); - Perfil epidemiológico das hepatites virais no estado de Goiás (Brasil de 2008 a 2018) e o Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase notificados no Brasil no período de 2015 a 2020.

Sabemos o quanto é importante e urgente divulgar os avanços das Ciências da saúde, seus impasses, desafios, perdas e ganhos para construir habilidades e vencer barreiras na oferta dos serviços e atendimentos de saúde brasileira, por isso a Atena

Editora proporciona através dessa coletânea uma rica divulgação de trabalhos científicos para que os pesquisadores possam expor os resultados de seus estudos.

Isabelle Cerqueira Sousa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS

Lemmerson de Jesus Costa
Franciele da Silva Santos de Omena
Cristiane Franca Lisboa Gois
Geisa Carla de Brito Bezerra Lima
José Rodrigo Santos Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6342109081>

CAPÍTULO 2..... 9

COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS DESENVOLVIDAS DURANTE AS VISITAS DOMICILIARES

Queli Lisiane Castro Pereira
Raiane Moreira da Silva
Joalita de Paula Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6342109082>

CAPÍTULO 3..... 21

FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR: ESTUDO DE CASO DE UMA FAMÍLIA COM RISCO SOCIAL

Luana Silva Sousa
Francisco Antônio de Sousa
Jardel de Alcântara Negreiros
João Batista Silva Filho
Joyce Mazza Nunes Aragão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6342109083>

CAPÍTULO 4..... 32

CENTRO DE INTEGRAÇÃO PARA PESSOAS EM VULNERABILIDADE SOCIAL EM CEILÂNDIA- DISTRITO FEDERAL

Pâmela Stephanie da Silva Negreiros
Nathália Louise Macêdo Leal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6342109084>

CAPÍTULO 5..... 46

FORMANDO VÍNCULOS: ESCUTA ATIVA COMO ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS(OS) COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Renata Rocha Tsuji da Cunha
Suzeli Germano
Letícia Diniz França
Anna Carolina dos Santos Ramalho
Juliana Silva Cancian
Heloisa Delmonte Pereira

Cláudia Fegadolli
Ana Lúcia de Moraes Horta
Luciene Andrade da Rocha Minarini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6342109085>

CAPÍTULO 6..... 58

IMPACTOS DA NOVA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR

Karine Barroso Silva
Aristides Sampaio Cavalcante Neto
Emanuel Araújo Bezerra
Karla Santana Moraes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6342109086>

CAPÍTULO 7..... 68

IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC), COM ÊNFASE NAS PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA DE 2007 À 2017

Fernanda Carmo dos Santos
Wanne Thaynara Vaz Gurjão
Andrea Portal do Espírito Santos
Marcelina Ribeiro da Silva
Nelyana Alessandre Alves de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6342109087>

CAPÍTULO 8..... 81

INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS, DIETÉTICOS E SOCIAIS DAS FAMÍLIAS DE TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA EM LIMOEIRO DO NORTE-CE

Daniel Ferreira da Silva
Josicleia Vieira de Abreu do Vale
Bruna Yhang da Costa Silva
Ana Karen Nogueira Celedonio
Thayla Gutihellen Santiago de Oliveira
Ana Klécia Santiago de Oliveira
Lucas Nunes Fernandes
Thais Cristina Sousa Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6342109088>

CAPÍTULO 9..... 95

A IDENTIDADE NÃO TÃO SECRETA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Tiago Pereira de Souza
Paulo Antônio Barros Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6342109089>

CAPÍTULO 10..... 105

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM UMA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS:

RELATO DE CASO

Danielle Ramos Domenis
Josefa Aparecida Ribeiro Bispo
Raphaela Saturnino Cerqueira
Jemima Santos Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090810>

CAPÍTULO 11 114

GRUPO DE TRABALHO DE FONOAUDIOLOGIA EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tathiana de Itacarambi Pereira
Juliana Pinheiro dos Santos
Marilisa Barbosa Hessel
Douglas Fernandes Moura

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090811>

CAPÍTULO 12 124

FISIOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA VISÃO REABILITADORA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Marina Carvalho Magalhães Araújo
Rayara Mayanne de Oliveira Sousa
Lilian de Melo de Miranda Fortaleza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090812>

CAPÍTULO 13 135

ATUALIZAÇÃO EM IST/AIDS – RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Larissa Bandeira de Melo Barbosa
Sybelle de Souza Castro
Patrícia Iolanda Coelho Alves
Núbia Tomain Otoni dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090813>

CAPÍTULO 14 144

AUTOESTIMA E SATISFAÇÃO A PARTIR DA IMAGEM CORPORAL

Tatiana de Souza Campos
Jason Ribeiro do Nascimento
Nadja Maria dos Santos
Thereza Christina Cunha Lima Gama

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090814>

CAPÍTULO 15 152

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES VIRAIS NO ESTADO DE GOIÁS, BRASIL DE 2008 A 2018

Maria Luísa Peres Vilela
Lísia Gomes Martins de Moura Tomich
Aline Almeida Braga

Aline Bezerra Vargas
Byanca Milograna Soares
Carolline Fernandes Araújo Maia
Diana Gonçalves Lima
Fernanda de Melo Franco Machado
Isabella Beda Icassatti
Isabela Márcia Freitas Montes
Giovana Alcino Carneiro
Júlia Nênia Santiago

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090815>

CAPÍTULO 16..... 160

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES NOTIFICADOS COM HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS EM PINHÃO-PR

Ana Lurdes Charnoski
Emerson Carraro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090816>

CAPÍTULO 17..... 164

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS NO BRASIL NOS ANOS DE 2015 A 2020

Thaynara Pinheiro Araújo
Sandra Regina Matos da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090817>

CAPÍTULO 18..... 173

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES ATENDIDOS POR AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM DERMATOLOGIA NO NORTE DO ESTADO DO TOCANTINS

Debora Magalhães Brige
Isabella Gonçalves Silva
Silvestre Júlio Souza Silveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090818>

CAPÍTULO 19..... 178

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRAUMAS MAIS RECORRENTES NOS ACIDENTES POR MOTOCICLETAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Milena Ayumi Yamauchi
Betânia Francisca dos Santos
Anderson Medeiros Sarte
Bruno Lazzarin Koch
Débora Tavares de Resende e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090819>

CAPÍTULO 20..... 190

TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO

DO PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NOS GRUPOS DE CESSAÇÃO

Larissa Rodrigues Mattos
Angela Maria Mendes Abreu
Márcia Peixoto César
Ângela Maria Melo Sá Barros
Ana Beatriz Almeida Leitão de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090820>

CAPÍTULO 21.....207

CONTROLE DA DIABETES MELLITUS: DESAFIO DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO EM SANTARÉM-PARÁ

Domingas Machado da Silva
Gisele Pinto de Oliveira
Lília Maria Nobre Mendonça de Aguiar
Irlaine Maria Figueira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090821>

CAPÍTULO 22.....211

AVALIAÇÃO DE IMPACTOS A SAÚDE EM UM EMPREENDIMENTO NAVAL NO SUL DO BRASIL: OLHAR DA POPULAÇÃO

Andressa de Andrade
Marcelli Evans Telles dos Santos
Caroline de Lima
Leticia Fussinger
Jaqueline Raimundi
Alexa Pupiara Flores Coelho
Gianfábio Pimentel Franco
Maria Cristina Flores Soares
Ana Luiza Muccillo-Baisch

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090822>

CAPÍTULO 23.....223

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO BRASIL: ANÁLISE POR REGIÃO

Daniel Henrique Pinheiro Rebouças
Armando Gabriel Machado Arruda
João Laurentino Sousa e Silva
Nigel Lucas de Gomes Veras
Isabella Campelo Soares de Carvalho
João Henrique Piauilino Rosal
Ronnyel Wanderson Soares Pacheco
George Siqueira de Araújo Reis
Maria Eduarda Moura Fernandes Ribeiro
Marco Antônio Carmadella da Silveira Júnior
Vinícius José de Melo Sousa
Paulo Egildo Gomes de Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090823>

CAPÍTULO 24.....226

PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES EM EXAMES CITOPATOLÓGICOS DE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SÃO LUÍS, MARANHÃO

Kelven Ferreira dos Santos
Ana Paula Almeida Cunha
Francisco Pedro Belfort Mendes
Renata Gaspar Lemos
Pablo Monteiro
Mariele Borges Ferreira
Lucas Henrique de Lima Costa
Gerusinete Rodrigues Bastos dos Santos
Ilka Kassandra Pereira Belfort
Allan Kardec Barros
Flávia Castello Branco Vidal
Sally Cristina Moutinho Monteiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090824>

CAPÍTULO 25.....237

PREVENÇÃO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ESTRATÉGIA DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO

Karina Mary de Paiva
Luís Rafaeli Coutinho
Eduarda Besen
Deivid de Souza Silveira
Saionara Nunes de Oliveira
Danúbia Hillesheim
Patrícia Haas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090825>

CAPÍTULO 26.....248

PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA DOENÇAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM *OVERVIEW* DE REVISÕES SISTEMÁTICAS

Thais Alessa Leite
Marcelo Pellizzaro Dias Afonso
Jorge Otavio Maia Barreto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090826>

CAPÍTULO 27.....260

RELATO DE EXPERIÊNCIA COM GRUPO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO HOMEM

João Antônio de Amorim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090827>

CAPÍTULO 28.....272

AÇÃO EDUCATIVA COMO INSTRUMENTO DO CONHECIMENTO À POPULAÇÃO SOBRE HANSENÍASE

Amanda Guimarães Cunha
Ana Karina Rodrigues Coelho

Tirça Naiara da Silva Iúdice
Ana Paula de Souza Mendes
Tamires Costa Franco
Barbara Maria Neves Mendonça Luz
Denize Cardoso Portilho
Iasmim Ianne Sousa Tavares
Natasha Cristina Rangel Rodrigues
Fernanda Maria Ribeiro Batista
Suely Patricia Perdigão
Danielle Cardoso Portilho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.63421090828>

SOBRE A ORGANIZADORA.....	280
ÍNDICE REMISSIVO.....	281

CAPÍTULO 1

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 18/06/2021

Lemmerson de Jesus Costa

Universidade Federal de Sergipe
São Cristóvão – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/4500498002021766>

Franciele da Silva Santos de Omena

Universidade Federal de Sergipe
São Cristóvão – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/6214885942620799>

Cristiane Franca Lisboa Gois

Universidade Federal de Sergipe
São Cristóvão – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/9994446645786597>

Geisa Carla de Brito Bezerra Lima

Universidade Federal de Sergipe
São Cristóvão – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/7542733465657068>

José Rodrigo Santos Silva

Universidade Federal de Sergipe
São Cristóvão – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/3137210666062180>

RESUMO: Considerando a importância da formação do profissional, esta pesquisa teve como objetivo traçar o perfil socioprofissional dos enfermeiros e médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de Aracaju, Sergipe. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa realizada com 138 profissionais. Dos participantes, a maioria é do

sexo feminino, possui tempo de formação e de trabalho na Estratégia Saúde da Família superior a 10 anos e pós-graduação, entretanto, o número de médicos com pós-graduação *latu sensu* em Saúde Pública e áreas afins foi restrito e nenhum destes cursou pós-graduação *stricto sensu*. A maior parte participou de curso de capacitação. Os médicos possuem mais o hábito de participar de eventos e ler artigos científicos. A partir dos resultados, acredita-se que a gestão poderia incentivar a realização de cursos *stricto sensu*, o que também poderia contribuir para aumentar o hábito pela participação em eventos e leitura de artigos científicos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Recursos humanos.

FAMILY HEALTH STRATEGY: SOCIOPROFESSIONAL PROFILE OF NURSES AND DOCTORS

ABSTRACT: Considering the importance of professional training, this research aimed to outline the socio-professional profile of nurses and doctors who work in the Family Health Strategy in the municipality of Aracaju, Sergipe. It is a descriptive research, with a quantitative approach carried out with 138 professionals. Of the participants, the majority are female, have had time in training and work in the Family Health Strategy for more than 10 years and have a postgraduate degree, however, the number of doctors with a postgraduate degree in Public Health and related areas was restricted and none of them attended *stricto sensu* postgraduate courses. Most participated in a training course.

Doctors are more in the habit of attending events and reading scientific articles. Based on the results, it is believed that management could encourage *stricto sensu* courses, which could also contribute to increasing the habit by participating in events and reading scientific articles.

KEYWORDS: Primary health care. Family health strategy. Human resources.

1 | INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família, anteriormente Programa de Saúde da Família criado na década de 1990, está ancorada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e surgiu de uma necessidade de reorganização das práticas na Atenção Primária à Saúde (APS) (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Por meio de ações que envolvem promoção, prevenção e proteção à saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, dentre outras, a APS presta cuidado integral às pessoas, famílias e coletividade (BRASIL, 2017a).

Suas ações devem ser desenvolvidas por equipe multiprofissional e ter como foco o cuidado centrado no indivíduo, a partir de suas necessidades singulares, associado a um núcleo familiar e a uma comunidade, os quais devem ser percebidos dentro do seu contexto físico, econômico e social, permitindo assim, a compreensão dos determinantes e condicionantes de saúde da população assistida e o desenvolvimento de intervenções que devem ir além das práticas curativas (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

Entre os desafios enfrentados pela ESF está a formação de profissionais que atuem em harmonia com sua proposta de atenção (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu políticas e programas que incentivam a formação e qualificação dos profissionais da saúde (MODEIRA; DIAS, 2015). Em novembro de 2017 foi instituída a Portaria Nº 3.194 que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde cujo objetivo é desenvolver ações a fim de transformar as práticas de saúde de acordo com os princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 2017b).

Algumas variáveis parecem influenciar no trabalho desenvolvido pelos profissionais que atuam na ESF como possuir pós-graduação na área (SCHERER *et al.*, 2016) e participar de capacitação (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Acredita-se também que o modo de contratação interfira na satisfação profissional e continuidade da assistência. Resultado de pesquisa realizada em Linhares, Espírito Santos, concluiu que a contratação temporária acarreta vulnerabilidade nas relações de trabalho dentro da equipe da ESF, gerando insegurança nos trabalhadores devido à fragilidade do vínculo e a falta da garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários. Este contexto pode gerar sentimento de insatisfação, assim como interferir no vínculo com a comunidade (FELSKY *et al.*, 2016).

Considerando a importância da formação do profissional que atua na ESF como

elemento transformador das práticas de saúde na APS, esta pesquisa teve como objetivo traçar o perfil socioprofissional dos enfermeiros e médicos que atuam na ESF no município de Aracaju.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada com enfermeiros e médicos que atuam na ESF do município de Aracaju, Sergipe. A pesquisa foi realizada no período de novembro de 2017 a janeiro de 2018.

A população do estudo foi constituída por 212 profissionais, enfermeiros e médicos, do quadro efetivo de profissionais das Equipes de Saúde da Família do município de Aracaju, Sergipe.

Para definição da amostra foi utilizada a fórmula de cálculo amostral (MIOT, 2011). O método de amostragem foi por conglomerado. O município de Aracaju é dividido em oito regiões de saúde, contendo 44 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 137 Equipes de Saúde da Família. A amostral ideal foi de 138 profissionais, tendo sido utilizado como critério de inclusão fazer parte do quadro efetivo da ESF. Foram excluídos os profissionais que atuavam na equipe por contrato vinculado ao Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), Programa Mais Médicos e ao Recibo de Pagamento Autônomo (RPA). Foram considerados apenas profissionais do quadro efetivo, por entender que contratações temporárias pode ser um aspecto negativo com desdobramentos na satisfação profissional e assistência à comunidade (Felsky *et al.*, 2016). Assim, inicialmente foram sorteadas 28 UBS, considerando o número total de unidades e o número de médicos e enfermeiros por unidade, que em média é de cinco para ambas as categorias. Porém, devido às férias, licenças, afastamentos de profissionais ou recusa em participar da pesquisa, foi necessário incluir mais 13 unidades, totalizando 41.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, tendo sido utilizado um questionário estruturado contendo questões objetivas sobre dados socioprofissionais. Os dados foram consolidados utilizando o *Software Microsoft Excel* versão 2016, com dupla digitação, e, posteriormente processados e analisados no programa estatístico R, versão 3.5.0. Foi realizada análise descritiva univariada. Foram obtidas variáveis qualitativas nominais e ordinais e variáveis quantitativas. A análise descritiva das variáveis qualitativas procedeu com a categorização dos dados e obtenção das respectivas frequências e percentuais, e para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de tendência central (mediana).

Para a análise inferencial, foi realizado o cruzamento da categoria profissional com as variáveis quantitativas e qualitativas. Na associação com variáveis qualitativas foram utilizados os testes de Qui-Quadrado e Exato de Fisher. Já os testes com as variáveis quantitativas foram utilizados o teste t-Student, no caso em que foi observada distribuição

normal da variável quantitativa, e o teste de Mann-Whitney em caso contrário. A aderência da distribuição normal foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. O nível de significância adotado em todos os testes de hipótese foi de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Sergipe, sob o nº CAAE 77719517.3.0000.5546.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 138 sujeitos, 68,84% eram enfermeiros e 31,16% médicos, com predominância do sexo feminino em ambas as categorias (LIMA *et al.*, 2019), sobretudo entre os enfermeiros (88,42%), dados que corroboram com os apresentados em outras pesquisas nas quais foi observada a tendência de feminização dos profissionais da ESF, especialmente entre os enfermeiros (OLIVEIRA *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2016; BRITO *et al.*, 2016).

A faixa etária dos enfermeiros variou de 30 a 70 anos, mediana de 45 anos e de 33 a 67 anos, mediana de 48 anos entre os médicos, o tempo mediano de formação foi 20 e 18 anos, respectivamente. Com relação ao tempo de atuação na ESF, a mediana foi de 15 anos para ambas as categorias profissionais. Enquanto que em outra pesquisa realizada em Goiana, estado de Goiás, a mediana da idade, tempo de formação profissional e atuação na ESF foram menores (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Quanto ao número de vínculos empregatícios, a porcentagem de enfermeiros que trabalham exclusivamente na ESF (64,84%) foi superior a de médicos (39,02%) ($p=0,00$), resultado que vem ao encontro de outra pesquisa realizada no nordeste do país na qual 55,7% dos médicos e 81,9% dos enfermeiros só trabalhavam na ESF (BRITO *et al.*, 2016). Essa tendência pode estar associada com o dinamismo de oportunidades do mercado de trabalho quando se comparam esses dois grupos profissionais.

Dentre os participantes, 13,68% dos enfermeiros e 18,60% dos médicos informaram possuir outra graduação. Em relação à pós-graduação, 93,68% dos enfermeiros e 88,37% dos médicos possuíam, sendo 57,89% e 30,23%, respectivamente, pós-graduação *latu senso* em Saúde Pública e áreas afins. Resultado semelhante foi identificado em pesquisa realizada em João Pessoa, Paraíba, na qual o percentual de enfermeiros com pós-graduação *latu senso* nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva foi superior ao de médicos (BRITO *et al.*, 2016). A pós-graduação na área pode contribuir para transformar as práticas de saúde dentro do contexto da ESF. Os cursos de especialização na área de Saúde da Família e Comunidade contribuem para aquisição de novos conhecimentos e de novas formas de fazer, favorecendo o desenvolvimento de uma assistência mais humanizada, com valorização da família e construção de vínculo com o usuário; promove a prática de escutar a comunidade e favorecer sua participação, fortalece a importância do trabalho em equipe e busca de novas formas de abordagem comunitária e intersetorial (SCHERER *et al.*, 2016).

A pós-graduação *stricto sensu* (mestrado) foi realizada apenas pelos enfermeiros (5,62%). Estudo demonstra o pequeno número de profissionais da ESF que realizam pós-graduação *stricto sensu* (BRITO *et al.*, 2016). Resultados de estudo sugerem que este tipo de pós-graduação pode contribuir para a prática profissional (COSTA *et al.*, 2014). Nesse sentido, ressalta-se que o município de Aracaju, por meio do Estatuto do Servidor, permite a participação dos servidores em cursos de pós-graduação (*latu sensu e stricto sensu*), capacitação e aperfeiçoamento na sua área de atuação ou em áreas afins (ARACAJU, 2016).

Quanto à capacitação profissional, a maioria dos enfermeiros (71,11%) e dos médicos (73,17%) entrevistados mencionaram ter participado de cursos de capacitação profissional, além dos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, resultado semelhante aos apresentados em pesquisa realizada em Goiana. Os cursos de capacitação contribuem para o aperfeiçoamento profissional, mudanças na prática clínica e qualidade do serviço ofertado (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

No que refere a eventos científicos, 45,05% dos enfermeiros e 68,29% dos médicos informaram ter participado nos últimos dois anos ($p=0,02$). Em outra pesquisa 57,5% dos enfermeiros e 60,5% dos médicos participaram ($p=0,78$) (OLIVEIRA *et al.*, 2016). A participação em eventos científicos é vista por enfermeiros como um meio de promover atualização profissional (COSTA; GUARIENTE, 2014).

Menos de um quarto dos profissionais referiram ter desenvolvido pesquisa científica nos últimos cinco anos, 23,08% dos enfermeiros e 19,51% dos médicos. Quanto ao hábito de ler artigos científicos, 56,04% dos enfermeiros e 90,24% dos médicos afirmaram ter esse costume. Ressalta-se ser importante que o profissional ande par e passo com a evolução da ciência. O hábito de ler artigo científico possibilita aproximação com os métodos científicos e avanços da ciência, contribuindo para a execução de uma prática profissional sustentada em evidências científicas.

Variáveis	Enfermeiro N (%)	Médico N (%)	P-valor
Sexo			
Masculino	11 (11,58)	20 (46,51)	0,0000
Feminino	84 (88,42)	23 (53,49)	
Idade mediana, mínima e máxima	45,0 – 30,0 – 70,0	48,0 – 33,0 – 67,0	0,093
Tempo mediano de formado, mínimo e máximo	20,0 – 8,0 – 48,0	18,0 – 9,0 – 41,0	0,877
Tempo mediano de atuação na ESF, mínimo e máximo	15 – 0,5 – 26,0	15 – 5,0 – 23,0	0,645

Número de vínculos empregatícios			
Um	59 (64,84)	16 (39,02)	0,0062
Dois ou mais	32 (35,16)	25 (60,98)	
Pós-graduação			
Sim	89 (93,68)	38 (88,37)	0,4667
Pós-graduação <i>latu senso</i> em Saúde Pública e áreas afins			
Sim	55 (57,89)	13 (30,23)	0,0105
Pós-graduação <i>latu senso</i> em outras áreas			
	34 (35,79)	25 (58,14)	0,0105
Pós graduação <i>stricto senso</i> *			
	5 (5,62)	0 (0,00)	0,3210
Outra graduação			
Sim	13 (13,68)	8 (18,60)	0,6245
Pesquisa científica desenvolvida nos últimos cinco anos***			
Sim	21 (23,08)	8 (19,51)	0,8176
Costumam ler artigos científicos***			
Sim	51 (56,04)	37 (90,24)	0,0001
Participação em eventos científicos nos últimos dois anos***			
Sim	41 (45,05)	28 (68,29)	0,0223
Participação em cursos de capacitação profissional além dos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde**			
Sim	64 (71,11)	30 (73,17)	0,9732

*N=127; ** N=131; ***N=132.

Tabela 1. Características socioprofissionais dos enfermeiros e médicos da ESF. Aracaju, Sergipe, Brasil, 2017-2018.

Fonte: Dados da pesquisa.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros e médicos que atuam na ESF do município de Aracaju são em sua maioria do sexo feminino e possuem tempo de formação e de trabalho na ESF superior

a 10 anos. A maioria possui pós-graduação, entretanto, o número de médicos com pós-graduação *latu senso* em Saúde Pública e áreas afins foi restrito. Uma das estratégias mencionadas pelo grupo estudado para atualização profissional foi participação em cursos de capacitação. Os médicos possuem mais o hábito de participar de eventos e ler artigos científicos.

A partir dos resultados, acredita-se que a gestão da APS poderia incentivar a participação em curso *stricto senso*, só realizado pelos enfermeiros, o que também poderia contribuir para aumentar o hábito pela participação em eventos e leitura de artigos científicos.

REFERÊNCIAS

ARACAJU. **Lei complementar nº 153, de 08 de junho de 2016.** Dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Aracaju, institui o respectivo Regime Jurídico Único, e dá providencias correlatas. Prefeitura Municipal de Aracaju, Aracaju, 08 jun. 2016. Disponível em: <https://www.aracaju.se.leg.br/institucional/LC153.2016PoderExecutivo.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de literatura.** Ciênc. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 set. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.194 de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde PRO EPS-SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 nov. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRITO, G.E.G.; MENDES, A.C.G.; SANTOS NETO, P.M. *et al.* **Perfil dos trabalhadores da estratégia saúde da família de uma capital do nordeste do Brasil.** Rev. APS, Juiz de Fora, v. 19, n. 3, p. 434-445, 2016. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15770/8240>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRITO, G.E.G.; MENDES, A.C.G.; SANTOS NETO, P.M. **O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família.** Interface comun. saúde educ., Botucatu, v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160672.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

COSTA, C.M.M.; CHAGAS, H.M.A.; MATSUKURA, T.S. *et al.* **Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência.** Saúde Soc., São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1471-1481, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1471.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.

COSTA, T.V.; GUARIENTE, M.H.D.M. **Egressos de enfermagem no currículo integrado da universidade estadual de Londrina: aprimoramento profissional e científico.** Ciênc. cuid. Saúde, Maringá, v. 13, n. 3, p. 487-494, 2014. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20052/pdf_220. Acesso em: 19 ago. 2018.

FELSKY, C.N.; LIMA, R.C.D.; GARCIA, A.C.P. *et al.* **Gestão do trabalho na saúde: com a palavra, atores da Estratégia Saúde da Família.** Rev. bras. pesqui. Saúde, Vitória, v. 18, n. 1, p. 102-110, 2016. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/1_6_2017__0_atores_Estrategia_Saude_Familia.pdf. Acesso em: 27 jul. 2018.

LIMA, E.F.A.; SOUSA, A.I.; PRIMO, C.C. *et al.* **Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 01-05, 2016. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405/17873>. Acesso em: 14 jul. 2018.

LIMA, G.C.B.B.; GUIMARÃES, A.M.D.N.; SILVA, J.R.S. *et al.* **Educação em saúde e dispositivos metodológicos aplicados na assistência ao Diabetes Mellitus.** Saúde debate, Londrina, v. 43, n. 120, p. 150-158, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0150.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2021.

MIOT, H.A. **Sample size in clinical and experimental trials.** J. vasc. bras., Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 275-278, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/en_v10n4a01.pdf. Acesso em: 17 abr. 2018.

MOREIRA, C.O.F.; DIAS, M.S.A. **Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças de saúde e de educação.** ABCS health sci., Santo André, v. 40, n.3, p. 300-305, 2015. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/811/706>. Acesso em: 25 jul. 2018.

OLIVEIRA, M.P.R.; MENEZES, I.H.C.F.; SOUSA, L.M. *et al.* **Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária.** Rev. bras. educ. méd., Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 547-559, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2018.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das intenações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Ciênc. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1903-1913, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SCHERER, M.D.A.; OLIVEIRA, C.I.; CARVALHO, W.M.E.S. *et al.* **Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação?** Interface comun. saúde educ., Botucatu, v. 20, n. 58, p. 691-702, 2016. Disponível em: Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2016.v20n58/691-702/pt>. Acesso em: 13 jul. 2018.

CAPÍTULO 2

COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS DESENVOLVIDAS DURANTE AS VISITAS DOMICILIARES

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 17/05/2021

Queli Lisiane Castro Pereira

Gerente de Pesquisa e Pós-Graduação
e Coordenadora do PET-Saúde
Interprofissionalidade. Universidade
Federal do Mato Grosso (UFMT), *Campus*
Universitário do Araguaia, Instituto de Ciências
Biológicas e da Saúde
Barra do Garças-Mato Grosso
<http://lattes.cnpq.br/9976951086036940>

Raiane Moreira da Silva

Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT),
Campus Universitário do Araguaia, Instituto de
Ciências Biológicas e da Saúde
Barra do Garças-Mato Grosso
<http://lattes.cnpq.br/1018148221929956>

Joalita de Paula Rocha

Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT),
Campus Universitário do Araguaia, Instituto de
Ciências Biológicas e da Saúde
Barra do Garças-Mato Grosso
<http://lattes.cnpq.br/9748145358556956>

RESUMO: A educação interprofissional é necessária para formar profissionais de saúde mais aptos ao trabalho colaborativo. Objetivase relatar as competências colaborativas desenvolvidas pelos discentes e preceptores do PET Saúde Interprofissionalidade durante as visitas domiciliares. Trata-se de um relato de experiência extraído da vivência de visitas

domiciliares realizadas, como uma estratégia para alcançar o desenvolvimento de competências colaborativas. Comunicação interprofissional, liderança colaborativa e clareza de papéis foram as competências desenvolvidas. Isto possibilitou ao grupo caminhar no sentido da superação do modelo tradicional de saúde, uniprofissional, para um modelo integral e resolutivo

PALAVRAS-CHAVE: Relações interprofissionais. Recursos humanos. Atenção Primária à saúde

COLLABORATIVE COMPETENCIES DEVELOPED DURING HOME VISITS

ABSTRACT: Interprofessional education is necessary to train health professionals more accept to collaborative work. The objective is to report on collaborative competencies developed by students and preceptors of Health Program/ Interprofessionality during home visits. It is an experience report extracted from home visits carried out, as a strategy to achieve the development of collaborative competencies. Interprofessional communication, collaborative leadership and role clarification were the competencies developed. It's made possible the group to move towards overcoming the traditional, individuals or uniprofessional teams of health, towards an integral and resolute one.

KEYWORDS: Interprofessional Relations. Human resources. Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

A agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável estabelece, em um dos seus

marcos mundiais, a estratégia para o desenvolvimento de Recurso Humano para a Saúde Universal. Com ênfase ao desenvolvimento e ao fortalecimento das capacidades das equipes de saúde para assegurar o direito ao grau máximo de saúde da população, com equidade e qualidade (OMS OPAS, 2018).

Formar recurso humano para a saúde universal implica (I) abordagem inovadora e protagonista para que a interdependência entre o sistema educacional e o sistema de saúde disponha de recursos humanos necessários para assegurar o acesso e a cobertura universal em saúde; (II) formar equipes interprofissionais na atenção primária cuja combinação de competências permita uma abordagem integral e com capacidade resolutiva dos problemas de saúde considerando, os determinantes sociais de saúde, a intersetorialidade, a interculturalidade e; (III) alinhar a formação e o desempenho dos recursos humanos com as necessidades presentes e futuras do sistema de saúde (FRENK et al., 2011; OMS OPAS, 2018).

As instituições formadoras têm a responsabilidade de ensino perante a sociedade, sua relevância social está ancorada no compromisso com as comunidades a que servem (REIS; SOUZA; BOLLETA, 2014). Ao discorrerem sobre os Profissionais de saúde para o novo século Frenk et al (2011), destacam a necessidade de transformar a educação para fortalecer os sistemas de saúde. Assim, a formação em saúde deve ter maior proximidade com as demandas do mundo do trabalho/saúde para entregarem à comunidade uma geração de profissionais mais aptos a trabalharem de forma colaborativa para atender às necessidades de saúde e do mundo do trabalho, em constante evolução, exigidos pelas redes de assistência à saúde, a qual o futuro profissional se destina ((BARR, 2012, 2019; REDE REGIONAL DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL DAS AMÉRICAS. PRINCÍPIOS PARA O ÊXITO DA EDUCAÇÃO E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA., 2019; REIS; SOUZA; BOLLETA, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

Os sistemas de saúde precisam acompanhar a transição demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica que repercutem na condição de saúde e no perfil de morbimortalidade dos usuários, ao mesmo tempo que os tornam mais complexos e caros (FRENK et al., 2011; NUIN; MÉNDEZ, 2019). Em consequência, os profissionais de saúde enfrentam o desafio de oferecer mais e melhores serviços com recursos limitados (BARR, 2019; NUIN; MÉNDEZ, 2019). Os profissionais, neste contexto, estão sendo demandados a trabalharem de forma colaborativa para otimizarem os serviços de saúde enquanto as instituições de ensino, via políticas indutoras, a reorientarem seus processos de formação.

É partindo da necessidade de formar profissionais de saúde mais aptos à colaboração para a prática interprofissional colaborativa que a Educação Interprofissional (EIP) começa a ser valorizada (FREIRE FILHO et al., 2019; PEDUZZI, 2016). A EIP é a principal estratégia para desenvolver a habilidade do trabalho em equipe, essencial para aprimorar o cuidado em saúde, ademais a EIP se estende ao ensino permanente dos profissionais que compõem

as equipes de saúde ((ALVES BATISTA, 2012; BATISTA; BATISTA, 2016)

Os pressupostos teóricos conceituais e metodológicos da EIP preconizam a interação entre estudantes ou profissionais de diferentes profissões, por meio de processos de aprendizagem compartilhados, significativos e que tenham como clara finalidade o desenvolvimento de competências profissionais colaborativas (FREIRE FILHO et al., 2019)

O Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Campus Universitário do Araguaia (CUA) em parceria com a Secretaria Municipal de Pontal do Araguaia ancorados nos Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde) Interprofissionalidade teve a intencionalidade de orientar o processo de desenvolvimento das competências essenciais à prática interprofissional colaborativa a saber: clareza de papéis, funcionamento da equipe, atenção centrada no usuário, comunicação interprofissional, liderança colaborativa e resolução de conflitos (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010) através de vivência e aprendizagens interativas no território vivo de saúde, na atenção primária. Para tal, elegeu-se a **visita domiciliar** (VD) como uma estratégia potente para alcançar o desenvolvimento, das competências colaborativas com a perspectiva de mudar a lógica assistencial e de formação em saúde, ou seja, desenvolver habilidades para transpor as barreiras da formação biomédica, uniprofissional, mais próxima das necessidades do mundo do trabalho/ saúde e pouco colaborativa.

Este capítulo tem como **objetivo** relatar as competências colaborativas desenvolvidas pelos discentes e preceptores do PET Saúde Interprofissionalidade durante as visitas domiciliares.

2 I BREVE RELATO DO CAMINHO PERCORRIDO

Este relato de experiência foi extraído da vivência de visitas domiciliares realizadas, como uma estratégia para alcançar o desenvolvimento de competências colaborativas, durante as ações do PET-Saúde Interprofissionalidade, em parceria com SMS de Pontal do Araguaia- MT. Tem interface com a pesquisa Impactos do PET Saúde-Interprofissionalidade nos serviços de saúde e na formação profissional em Pontal do Araguaia-MT aprovada pelo CEP sob parecer 3.665.32 em 28 de outubro de 2019 - CAAE 3375419.4.0000.5587.

Para garantir clareza conceitual sobre a educação interprofissional e a intencionalidade no desenvolvimento de competências colaborativas nas diferentes atividades os cursos: (1) introdutório sobre educação interprofissional, (2) gestão da clínica na atenção básica (3) clínica ampliada e apoio matricial, foram realizados em ambientes virtuais de aprendizagem e, presencialmente, os minicursos (4) avaliação usuário centrada na atenção básica, (5) grupos operativos, (6) metodologias ativas e o (7) treinamento interprofissional em atenção básica foram realizados.

A equipe executora foi composta por 11 docentes/tutores, 18 profissionais da

atenção básica/preceptores (fisioterapeuta, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, nutricionistas, educador físico, assistente social, odontólogos e psicólogo) e 30 discentes dos cursos de Farmácia, Biomedicina, Enfermagem e Educação Física, integralizando 58 atores sociais.

A operacionalização da atividade se deu a partir da agenda de preceptoria. Para garantir a interprofissionalidade nas VD havia a participação de discentes de pelo menos 2 cursos diferentes do ICBS. As VD poderiam ser realizadas com ou sem o acompanhamento do preceptor. Para este relato, considerou-se as visitas realizadas em conjunto com os preceptores

Após a realização das VD, ocorria o preenchimento do diário de campo (Descrição, interpretação, reflexão, desafios e dificuldades). As tutorias (docentes) e preceptorias (profissionais da AB) eram os locais para compartilhamento de informações/saberes, análise e avaliação formativa da visita realizada. A experiência vivida na avaliação formativa teve o objetivo de retroalimentar o estudante e a própria atividade.

3 | COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS DESENVOLVIDAS A PARTIR DA IMERSÃO INTERPROFISSIONAL NAS VISITAS DOMICILIARES

No início observou-se dificuldades em aplicar os conceitos da EIP adquiridos devido a formação uniprofissional da equipe executora. A metodologia interacionista, baseada em problemas, propiciou a aproximação com a realidade, a assimilação do referencial teórico conceitual e metodológico da EIP e, sua aplicação no serviço de saúde. Houve um aumento da aptidão para trabalhar em equipe, compartilhar saberes e entender o papel de cada integrante para o desenvolvimento de uma assistência de saúde mais integral e centrada no usuário.

A realização das preceptorias proporcionou maior integração ensino-serviço-comunidade. A Aprendizagem baseada na problematização da realidade no cenário vivo das VD motivou todos a refletirem, e a ressignificarem suas descobertas e aprendizagens. Fortaleceu o desenvolvimento de estudantes de diferentes profissões

A realização da atividade no domicílio permitiu evitar a celeridade que haveria se fosse realizada em um ambiente de saúde formal. Além disso a VD propiciou a comunicação, o trabalho em equipe e a enxergar o usuário como protagonista do autocuidado.

Acrescenta-se que o foco na resolutividade dos problemas de saúde a partir dos determinantes sociais de saúde identificados nas visitas domiciliares sob o olhar de diferentes profissionais de saúde em processo de formação, conseguiu instigar o trabalho em equipe interprofissional na atenção primária à saúde com o desenvolvimento de abordagem mais integral.

Chamou a atenção do grupo discente o fato de que a grande maioria, os usuários tinham queixas sobre o medicamento em uso. Ao observar esta problemática a enfermeira

ou o médico fazia a suspensão do uso e recomendava nova consulta/prescrevia outro medicamento, que atendesse as necessidades clínicas, mas que diminuísse os efeitos colaterais indesejados.

A seguir, destaca-se as competências colaborativas desenvolvidas pelos discentes e preceptores do PET Saúde IP a partir da imersão nas VD.

Comunicação Interprofissional: a comunicação respeitosa existe, entre a equipe, com aspectos potencializadores à interprofissionalidade e à transformação dos fazeres. O ponto alto foi a postura dos profissionais em garantirem a compreensão comum das decisões de cuidados e o engajamento ao final da visita para demonstrarem a realidade do sistema de saúde com foco na realidade do usuário atendido, aos discentes do PET.

A horizontalidade da comunicação pode ser observada nas ações para garantir o andar adequado do usuário na rede assistencial. Os preceptores e discentes ao notarem a necessidade e encaminhamento para um especialista, sugeriam que fosse feito.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) detêm a habilidade de desenvolver relacionamentos de confiança com os usuários e suas famílias. São detentores de informações sobre o estado de saúde dos usuários e, no momento da visita, repassam aos profissionais/preceptores e discentes do PET.

Como fragilidades e desafios a serem transpostos identificou-se a ausência de registro no prontuário, o que dificulta a comunicação formal entre os demais membros da equipe, e a pouca interação verbal dos usuários. Estes ficavam restritos a responder questionamentos dos profissionais.

Liderança colaborativa: Neste domínio a escolha do líder dependendo da tarefa foi vivenciada. As habilidades em trabalhar com outras pessoas para possibilitar o progresso eficaz dos usuários, estabelecer um clima para a prática colaborativa entre todos os participantes das VD. A realização das visitas ocorre de acordo com o grau de necessidade, vulnerabilidade e dependência do usuário e, principalmente, por sugestão do ACS.

Nas VD em que havia participação do médico a necessidade de promover o relacionamento interdependente entre todos os participantes era evidenciada. Pois, a intervenção centrada na doença deixa omissas todas as outras necessidades do usuário. O predomínio da assistência biomédica curativista centrada na doença em detrimento da clínica ampliada precisa ser superada.

Clareza de papéis – Há reconhecimento e o respeito à diversidade de papéis, responsabilidades e atribuições. A habilidade de facilitar efetivamente as discussões e interações entre os membros da equipe é frequentemente desempenhada pelos ACS. Eles assumem papel de intermediador entre usuário e os demais profissionais da equipe. Interagem e instigam a enfermeira e outros membros da equipe a recordarem e a compararem o histórico com a situação atual.

Mesmo com *práxis* antagônicas, o desempenho dos papéis foram realizados de forma respeitosa. Geralmente, o médico assumia uma postura mais reducionista e centrado

na resolução dos problemas a enfermeira, uma postura mais ampla; além de considerar o estado geral do usuário, atentava para outras necessidades. Nas visitas realizadas pela fisioterapeuta, nutricionista e técnica de enfermagem o propósito era o de reabilitação ou prevenção de agravos, exercendo papéis claros de suas profissões evidenciavam a habilidade de integrar competências / papéis sem problemas nos modelos de serviço de matriciamento.

Os discentes acessavam as habilidades e o conhecimento dos membros da equipe por meio de questionamentos e discussões clínicas com facilidade em atribuição ao desenvolvimento da comunicação interprofissional.

4 | DISCUSSÃO

A utilização dos marcos teóricos conceituais e metodológicos da EIP no cenário das VD foi evidenciada como uma potente ferramenta indutora da formação de profissionais de saúde para a prática interprofissional colaborativa. A metodologia interacionista, implicada na EIP, e a avaliação formativa possibilitou ao grupo caminhar no sentido da superação do modelo tradicional de saúde, uniprofissional, centrado na doença para um modelo integral mais responsivo às necessidades de saúde, a partir dos determinantes sociais de saúde e da colaboração interprofissional.

Houve a aprendizagem significativa, ou seja, aplicação do que se têm aprendido na formação no cenário de produção de saúde. O desenvolvimento de habilidades necessárias à atenção integral à saúde, ao compartilhamento de informações, objetivos e responsabilidades sobre o andar do usuário na RAS, o envolvimento do usuário e sua família como parceiros corresponsáveis pelo cuidado/terapêutica foram impulsionados pela aprendizagem através da prática.

Este tipo de aprendizagem, através da prática problematizada, possibilita aquisição de conhecimento e habilidades para desenvolver atitudes essenciais aos futuros profissionais (REIS; SOUZA; BOLLETA, 2014). Autonomia, aptidão em resolver problemas, colaboração, senso crítico, protagonismo, confiança e a aprendizagem envolvente, empatia, responsabilidade e participação são estratégias que favorecem o avanço no processo de aprendizagem (MACEDO et al., 2018; MORAN, 2015; MOREIRA; RIBEIRO, 2016)

Em suma, as metodologias ativas, interacionistas, utilizadas para induzir a EIP nas VD mostraram-se ser importantes recursos para a formação crítica e reflexiva na saúde por meio de processos de ensino e aprendizagem construtivistas que favorecem a autonomia e a curiosidade para o desenvolvimento do efetivo trabalho colaborativo que corresponda às necessidades dos usuários.

Assim como no modelo de ensino da Universidade de Leiscister relatado por Pascual, Rubio, e Anderson (2019), identificou-se que as VD beneficiam o atendimento dos usuários dos serviços da APS além de enriquecem a visão dos alunos sobre a importância

do trabalho interprofissional. A interação com usuários e profissionais de saúde/preceptores no domicílio do usuário instiga o desenvolvimento das competências profissionais para o trabalho em equipe. Na Austrália, a experiência educacional interprofissional rural melhorou as habilidades interprofissionais em um grupo de estudantes que têm potencial para influenciar a mudança em direção às práticas colaborativas em seus futuros locais de trabalho (MCNAIR et al., 2005).

Os reflexos da medicalização foram vivenciados nas VD. A medicalização social é um processo complexo sociocultural, que transforma a prescrição do uso de medicamentos como forma de tratar fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença e, como alternativa exclusiva de cuidado permanente. Vem-se buscando superar essa tradição, com estratégias de abordagem mais ampliada ao usuário, resolutiva e integral, mas apesar dos esforços de reestruturação dos modelos técnicos assistências, ainda há uma necessidade de readequação profissional para superar essa racionalidade biomédica hegemônica (MOLCK; BARBOSA; DOMINGOS, 2021; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010)

O modelo biomédico foi e incorporado pelos serviços de saúde devido a utopia de promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade, mas seus limites são amplamente conhecidos, dentre eles, a medicalização (FERTONANI et al., 2015). Em estudo recente, Molck et al (2021), expressaram que a medicalização social tem subsídio no modelo biomédico, que a incorpora nas concepções da vida e sofrimento de usuários, criando assim uma medicamentalização.

A queixa recorrente sobre a medicação em uso, fortalece a concepção de que é preciso transcender a formação biomédica para a formação baseada em competências para reduzir a discrepância entre o perfil profissional que a sociedade deseja e o egresso da instituição e assim entregar profissionais condizentes com as necessidades de saúde da população (COSTA, 2018; REIS; SOUZA; BOLLETA, 2014). Entende-se que a introdução da EIP processo de formação e na prática assistencial é capaz de modificar atitudes e percepções entre os profissionais, logo tem potencial para mudar a prática (BARR, 2012).

No transcender da imersão constatou-se que o aprendizado significativo se dá na medida em que os discentes convivem e compartilham experiências reais com profissionais/preceptores e discentes de outros cursos.

Dessa prática interacionista no âmbito da VD, identificou-se o desenvolvimento das competências colaborativas: comunicação interprofissional, liderança e clareza de papéis. Estas mesmas competências foram desenvolvidas na atenção domiciliar realizada pela Universidade de Leiscister conforme Pascual, Rubio, e Anderson (2019), destacam na descrição do programa de EIP da instituição.

Segundo Peduzzi (2017), um dos atributos mais relevantes do trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional é a comunicação efetiva.

Estudantes e profissionais da saúde aprendem a desenvolver habilidades de comunicação com os usuários, o que é determinante para a qualidade do cuidado. No entanto, pouco aprendem sobre a comunicação com os diferentes profissionais do campo da saúde, têm escassez experiências de trocas com estudantes de outras áreas, não desenvolvendo habilidades para discutir as situações trazidas pelos usuários ou reconhecidas pelos estudantes, questionar, discordar e apresentar alternativa Peduzzi (2017, p.44).

A indução da EIP forneceu as ferramentas necessários para o desenvolvimento da a comunicação interprofissional. O diálogo autêntico favorece o aprendizado pela prática cotidiana e a transforma pela reflexão e saberes problematizados (PREVIATO; BALDISSERA, 2018). Permite que as diversas áreas profissionais envolvidas na atenção à saúde potencializem suas respostas às necessidades de saúde dos usuários/família (PEDUZZI, 2017).

Todavia, ainda é preciso transpor o sub-registro documental no prontuário e avançar na dialogicidade com o usuário para o alcance de um processo de trabalho compartilhado dialógico e transformador. Aprender junto, de forma compartilhada, colaborativa e interativa com o explícito propósito de melhorar as práticas de cuidado conforme preconiza a EIP (PEDUZZI, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018; PREVIATO; BALDISSERA, 2018)

A comunicação entre a profissional exige uma conversação solidária capaz de refletir e fomentar transformações no agir com vistas à promoção da humanização. O usuário não deve ser apenas foco da comunicação entre os profissionais este deve ter sua participação garantida, de forma efetiva (PREVIATO; BALDISSERA, 2018). Portanto, precisa ter protagonismo frente ao processo de comunicação interprofissional a fim de incrementar o êxito da terapêutica, da cogestão do processo do cuidado.

Cada vez mais se reconhece que a liderança é um fenômeno comunicativo e que apoia a prática colaborativa (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010; PEDUZZI, 2017). A liderança colaborativa é essencial, pois as tendências recentes na prestação de serviços de saúde exigem colaboração e cuidado interprofissionais (IACHINI et al., 2019). Entre os membros de uma equipe ela se estabelece na necessidade de tipos específicos de conhecimento necessários em um determinado momento, seja para a orientação de tarefas ou para orientação para relacionamentos (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010).

Neste relato, identificou-se a o desenvolvimento da liderança orientado à execução de tarefas. Peduzzi (2017) destaca como relevante desenvolver habilidades para motivar as pessoas a irem numa certa direção e participarem dos processos, conforme identificou-se na atuação dos preceptores do PET.

Ao examinar a liderança colaborativa através da EIP os achados de Lachini et al (2019), sugerem que os alunos aprenderam a ver a liderança mais como um esforço de equipe do que as ações de um único indivíduo sendo atribuídas mais a um processo do

que a um papel determinado. Assim, corrobora-se com os autores sobre a importância de preparar os profissionais para esse tipo de liderança.

A nova dinâmica de trabalho em que de um lado tem-se a reatividade a demanda crescente ao mesmo tempo em que se tem a necessidade de fazer frente a fragmentação das ações, na qual se encontra a proposta de trabalho em equipe e prática colaborativa (BRANDÃO et al., 2018; MENDES, 2018; PEDUZZI, 2001, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018) Foi vivenciada no cenário das VD. Há uma coexistência, não conflituosa, entre profissionais com enfoque reducionista e da clínica ampliada. O fato de existirem equipes que reúnem diferentes profissionais no mesmo local de trabalho atendendo os mesmos usuários, não configura automaticamente equipes integradas e colaborativas (PEDUZZI, 2001, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018). (BRANDÃO et al., 2018; MENDES, 2018; PEDUZZI, 2001, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018) Foi vivenciada no cenário das VD. Há uma coexistência, não conflituosa, entre profissionais com enfoque reducionista e da clínica ampliada. O fato de existirem equipes que reúnem diferentes profissionais no mesmo local de trabalho atendendo os mesmos usuários, não configura automaticamente equipes integradas e colaborativas (PEDUZZI, 2001, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Neste contexto, específico, pode-se entender que há uma predisposição à prática interprofissional colaborativa, visto que há habilidades colaborativas desenvolvidas. Nesse cenário a EIP aparece como uma alternativa ao modelo estritamente uniprofissional de formação dos profissionais da saúde (BATISTA; BATISTA, 2016; FREIRE FILHO et al., 2019; COSTA, 2017; PEDUZZI, 2017)

Através da EIP é possível qualificar a atenção à saúde na medida em que permite avançar na abordagem integral do cuidado com capacidade resolutiva dos problemas de saúde considerando, os determinantes sociais de saúde, a intersetorialidade (OMS OPAS, 2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização dos marcos teóricos conceituais e metodológicos da EIP no cenário das VD foi evidenciada como uma potente ferramenta indutora da formação de profissionais de saúde para a prática interprofissional colaborativa. A metodologia interacionista, implicada na EIP, e a avaliação formativa possibilitaram avançar na superação do modelo tradicional de saúde, uniprofissional, centrado na doença para um modelo integral mais responsivo às necessidades de saúde, a partir dos determinantes sociais de saúde e da colaboração interprofissional.

Comunicação interprofissional, liderança colaborativa e clareza de papéis foram as competências colaborativas desenvolvidas pelos discentes e preceptores do PET Saúde Interprofissionalidade durante as visitas domiciliares. Desenvolver as competências colaborativa é estratégico para formar equipes interprofissionais na atenção primária

cuja combinação de competências permita uma abordagem integral e com capacidade resolutiva dos problemas de saúde considerando, os determinantes sociais de saúde, a intersetorialidade, a interculturalidade e; alinhar a formação e o desempenho dos recursos humanos com as necessidades presentes e futuras do sistema de saúde conforme preconizado.

FONTE FINANCIADORA

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde/ Interprofissionalidade 2019-2021 (Edital nº 10 de 23 de julho de 2018, Ministério da Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde).

REFERÊNCIAS

ALVES BATISTA, N. **Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas Interprofissionais** *Education in Health: Concepts and Practices* Caderno FNEPAS . [s.l.: s.n.]. . Acesso em: 14 maio. 2021.

BARR, H. **Integrated and interprofessional care**. [s.l.: s.n.].

BARR, H. Apresentação 1 . In: NUIN, J. J. B.; FRANCISCO, E. I. (Eds.). . **Manual de Educação Interprofissional em Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier , 2019. p. ix–x.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. DA S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, mar. 2016.

BRANDÃO, C. et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1507–1510, 2018.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. [s.l.: s.n.]. v. 39

COSTA, D. A. S. et al. National curriculum guidelines for health professions 2001-2004: An analysis according to curriculum development theories. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 67, p. 1183–1195, 1 out. 2018.

COSTA, B. F. DA. **A ATENÇÃO BÁSICA COMO CENÁRIO DE IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE: NA PERSPECTIVA DOS RESIDENTES**. [s.l.: s.n.].

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015.

FREIRE FILHO, J. R. et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe1, p. 86–96, ago. 2019.

FRENK, J. et al. Profissional de la salud para el nuevo siglo : transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v. 28, n. 2, p. 337–341, 2011.

IACHINI, A. L. et al. Examining collaborative leadership through interprofessional education: findings from a mixed methods study. **Journal of Interprofessional Care**, v. 33, n. 2, p. 235–242, 4 mar. 2019.

MACEDO, K. D. DA S. et al. Active learning methodologies: possible paths to innovation in health teaching. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, 2 jul. 2018.

MARCELO VIANA COSTA. **A POTÊNCIA DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS NO TRABALHO EM SAÚDE. IN: Interprofissionalidade e formação na saúde : onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, organizadora., 2017. v. 1

MCNAIR, R. et al. Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. 6, p. 579–594, 6 jan. 2005.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431–435, 1 fev. 2018.

MOLCK, B. V.; BARBOSA, G. C.; DOMINGOS, T. DA S. Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

MORAN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. **Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens**, v. II, p. 15–33, 2015.

MOREIRA, J. R.; RIBEIRO, J. B. P. Prática pedagógica baseada em metodologia ativa: aprendizagem sob a perspectiva do letramento informacional para o ensino na educação profissional. **Periódico Científico Outras Palavras**, v. 12, n. 2, p. 93–114, 2016.

NUIN, J. J. B.; MÉNDEZ, M. J. P. **Por que precisamos da educação interprofissional. In: Manual de Educação Interprofissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

OMS OPAS. **Sessão do comitê executivo PLANO DE AÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS PARA O ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE E A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE 2018-2023**EUA, 2018.

PASCUAL, JUAN LUÍS GONZALES; RUBIO, NATÁLIA CUESTA; ANDERSON, E. S. Projeto IV: Atenção domiciliar. In: **Manual de Educação Interprofissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. p. 103–113.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde : conceito e tipologia * Multiprofessional healthcare team : concept and typology. v. 35, n. 1, p. 103–109, 2001.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 20, n. 56, p. 199–201, 1 jan. 2016.

PEDUZZI, M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: **Interprofissionalidade em formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: [s.n.]. v. 06p. 40–48.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525–1534, 2018.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1535–1547, 2018.

REDE REGIONAL DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL DAS AMÉRICAS. PRINCÍPIOS PARA O ÊXITO DA EDUCAÇÃO E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA. **Princípios para o êxito da Educação e prática interprofissional colaborativa**. [s.l.: s.n.]. v. 1

REIS, F. J. C. DOS; SOUZA, C. DA S. S.; BOLLETA, V. R. Princípios básicos de desenho curricular para cursos das profissões da saúde. **Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, v. 47, n. 3, p. 272–279, 2014.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. DE S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 3, p. 3615–3624, nov. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE**. [s.l.: s.n.].

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. **Education-service integration in the context of brazilian medical schools: An integrative review** *Ciencia e Saude Coletiva* Associação Brasileira de Pós - Graduação em Saude Coletiva, , 1 dez. 2018.

FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR: ESTUDO DE CASO DE UMA FAMÍLIA COM RISCO SOCIAL

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 24/06/2021

Luana Silva Sousa

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/
Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família
Sobral - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5901140891290151>

Francisco Antônio de Sousa

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/
Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9124471813944973>

Jardel de Alcântara Negreiros

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/
Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7720657556097778>

João Batista Silva Filho

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/
Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6678538685094139>

Joyce Mazza Nunes Aragão

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/
Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1577484183747398>

RESUMO: As ferramentas de abordagem familiar são recursos utilizados pela equipe de saúde para avaliar riscos e necessidades e realizar as intervenções adequadas, centradas na família e comunidade. Objetivou-se descrever o estudo de caso de uma família, através de ferramentas de abordagem familiar. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado na Estratégia Saúde da Família, em Tianguá – Ceará. Utilizou-se o genograma, ecomapa, linha de vida de Medalie, APGAR familiar e estratificação de risco, baseada na escala de Coelho-Savassi. Respeitou-se a resolução nº 466/2012. Foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido. A família foi classificada como monoparental, é moderadamente disfuncional e apresenta risco máximo de vulnerabilidade social. O conhecimento do território e das realidades da família é necessário para o planejamento e execução de ações de saúde adequadas para cada caso.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família; Relações familiares; Vulnerabilidade social.

FAMILY APPROACH TOOLS: CASE STUDY OF A FAMILY WITH SOCIAL RISK

ABSTRACT: Family approach tools are resources used by the health team to assess risks and needs and carry out appropriate interventions, centered on the family and community. The objective was to describe the case study of a family, using family approach tools. This is a case study, with a qualitative approach, carried out at the Family Health Strategy, in Tianguá – Ceará. The genogram, ecomapa, Medalie lifeline, family

APGAR and risk stratification were used, based on the Coelho-Savassi scale. Resolution nº 466/2012 was respected. An informed consent form was signed. The family was classified as single parent, is moderately dysfunctional and has a maximum risk of social vulnerability. Knowledge of the family's territory and realities is necessary for the planning and execution of appropriate health actions for each case.

KEYWORDS: Family Health Strategy; Family relationships; Social vulnerability.

1 | INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como um modelo para o processo de reorganização do sistema de saúde, orientado na Atenção Primária (APS), considerando o sujeito no contexto familiar, grupal e comunitário, com serviços resolutivos, integrais, universais e humanizados (GUSSO, LOPES, DIAS, 2019).

A família pode ser definida como uma instituição social construída por sujeitos que trocam laços de afetividade, estima, sanguíneos e que podem até dividir o mesmo lar; além disso, atua como rede de proteção, afeto, cuidado e segurança essencial para os seus membros (CHAPADEIRO, ANDRADE, ARAÚJO, 2012). Essa instituição pode ser dividida em alguns tipos, conforme Kaslow (2002): nuclear, duas gerações com filhos biológicos; extensa, três ou quatro gerações; adotivas, bi- raciais ou multirraciais; casais sem filhos; monoparentais, chefiadas por pai ou mãe; casais homoafetivos, com ou sem crianças; reconstituída, após divórcio; várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo.

Algumas famílias se deparam, no decorrer da existência, com vulnerabilidades sociais, que levam à exclusão, desigualdade e sobrecarga, como as seguintes: pobreza, miséria, desemprego, desnutrição, abuso de álcool e outras drogas.

O processo de trabalho dos serviços de saúde necessita de reorganização e complementação de suas práticas, a fim de que possam atender sua demanda adequadamente. É necessário o estabelecimento de prioridades com o intuito de identificar famílias que necessitem de uma atenção maior (MENEZES et al, 2012).

A estratificação de risco familiar surgiu, então, como meio de melhorar o acompanhamento pela equipe de saúde, através das visitas domiciliares. Essa ferramenta é baseada na escala de Coelho-Savassi (COELHO, SAVASSI, 2004).

A escala de risco familiar Coelho-Savassi (ERF – CS) foi criada no ano de 2002, em Minas Gerais, para suprir a necessidade de um melhor acompanhamento das famílias, atendidas pela Atenção Primária. Trabalha com sentinelas e escores, a fim de identificar o risco de cada família e priorizar as visitas domiciliares (SAVASSI, LAGE, COELHO, 2012).

Além da ERF – CS, existem outras ferramentas de abordagem familiar, utilizadas pela ESF para avaliar riscos e necessidades e realizar as intervenções adequadas, centradas na família e comunidade. São as seguintes: genograma, ecomapa, ciclo de vida familiar, APGAR familiar e outros (CHAPADEIRO, ANDRADE, ARAÚJO, 2012).

O estudo busca responder a seguinte questão norteadora: qual a importância da estratificação de risco familiar e de outras ferramentas na abordagem de famílias? Como essas ferramentas atuam no cuidado e atenção a esses sujeitos? Assim, objetiva-se descrever o estudo de caso de uma família, acompanhada pela ESF, do município de Tianguá – Ceará, através de ferramentas de abordagem familiar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, de uma família, acompanhada pela Estratégia Saúde da Família, do município de Tianguá, Ceará. O estudo de caso busca explicar, descrever, ilustrar e explorar vivências práticas, contextos cotidianos; pode ser definido como uma meta-avaliação (estudo de um estudo de avaliação). Divide-se em: causais ou explanatórios, descritivos ou exploratórios (YIN, 2001).

A família participante é assistida pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro de Nutrição, no município de Tianguá, Ceará. A UBS conta com onze funcionários: médica (1), enfermeiro (1), técnicas de enfermagem (2), atendente de farmácia (1), assistente administrativo (1), dentista (1), auxiliar de saúde bucal (1), técnica de saúde bucal (1), serviços gerais (2). O estudo foi realizado no mês de novembro de 2020, período necessário para a realização da vivência prática que deu origem ao estudo em questão.

Consideraram-se critérios de vulnerabilidade social, contidos dentre as sentinelas de risco da escala de Coelho-Savassi, apresentados por uma família adscrita na área 1, microárea 5, da Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro de Nutrição, no município de Tianguá, Ceará. Inicialmente, houve uma conversa com a agente de saúde a fim de se obter mais detalhes a cerca da problemática. Em outro momento, reuniu-se toda a equipe para análise e discussão do caso.

Utilizou-se como instrumentos para coleta de informações: observação e entrevista, baseada num roteiro semi-estruturado, recursos que atuam em conjunto com o intuito de possibilitar uma melhor abordagem do estudo.

Os resultados foram distribuídos de maneira ordenada, para posterior análise e discussão. As informações foram organizadas, através das seguintes ferramentas: tipologia familiar; genograma, ecomapa; linha de vida de Medalie; APGAR familiar; estratificação de risco familiar, baseada na escala de Coelho-Savassi.

Respeitou-se a resolução nº 466/2012, do conselho nacional de saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, que versa sobre os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça. A responsável pela família assinou um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) o estudo foi realizado, resguardando-se o anonimato dos participantes.

3 I ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A família em estudo é monoparental feminina por separação do pai. O termo monoparental é utilizado quando a família é formada de pais sozinhos, devido à morte de um dos cônjuges, divórcio ou quando um sujeito sozinho decide ter ou adotar uma criança (CHAPADEIRO, ANDRADE, ARAÚJO, 2012).

M.G.F.S., sexo feminino, 40 anos, tabagista há quase 30 anos (fuma em média 3 cigarros por dia – “fumo saci”), solteira, analfabeta, católica, doméstica, natural de Viçosa – Ceará. Mãe de oito filhos, quatro mulheres e quatro homens, de dois relacionamentos anteriores. Mora com sete filhos (F.W.F.S, 23 anos, usuário de maconha, alcoolista, ensino fundamental incompleto, desempregado; A.P.F.S., 19 anos, gestante, do lar; R.N.F.S., 17 anos, usuário de maconha, alcoolista, ensino fundamental incompleto, desempregado; A.M.F.S., 13 anos, estudante; F.A.F.S., 7 anos, estudante; G.C.F.S., 5 anos; A.L.F.S., 2 anos). Essas informações podem ser identificadas na figura 1, através do genograma, ferramenta que permite uma visualização da estrutura da família, na qual são descritas características biológicas, sociais, econômicas e culturais (LACERDA et al, 2017).

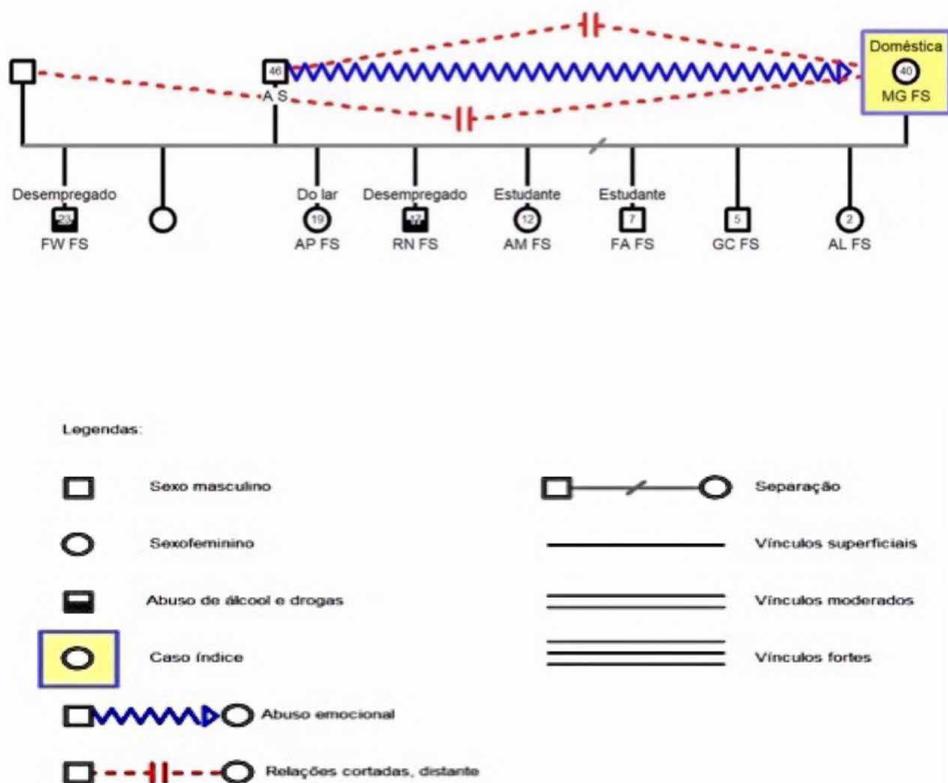


Figura 1: Genograma da família de M.G.F.S.

M.G.F.S é beneficiária do Programa Bolsa Família; recebe cesta básica do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). F.W.F.S, R.N.F.S ajudam nas despesas. A filha A.P.F.S ajuda a mãe, cuidando dos irmãos menores, enquanto M.G.F.S faz algumas faxinas, para complementar a renda.

M.G.F.S relata não se desentender com nenhum filho. É mais próxima de A.P.F.S, com quem apresenta um bom relacionamento, conversam sobre vários assuntos. M.G.F.S mantém-se afastada dos ex-companheiros. Apresenta pouco vínculo com a Unidade Básica de Saúde (UBS), frequenta quando os filhos adoecem e para campanha de vacinação, apenas. Dispõe de uma boa relação com os vizinhos, mas pouco contato. A relação de M.G.F.S com os familiares é superficial, pois residem em Viçosa – CE e não os visita com frequência. Vai à igreja, apenas, nos festejos do padroeiro ou outros. O ecomapa mostra, de forma resumida, uma visão ampliada sobre a família, os vínculos entre os membros e os sistemas mais amplos, como as instituições, redes de suporte social e outros (LACERDA et al, 2017). O ecomapa de M.G.F.S pode ser observado na figura 2.

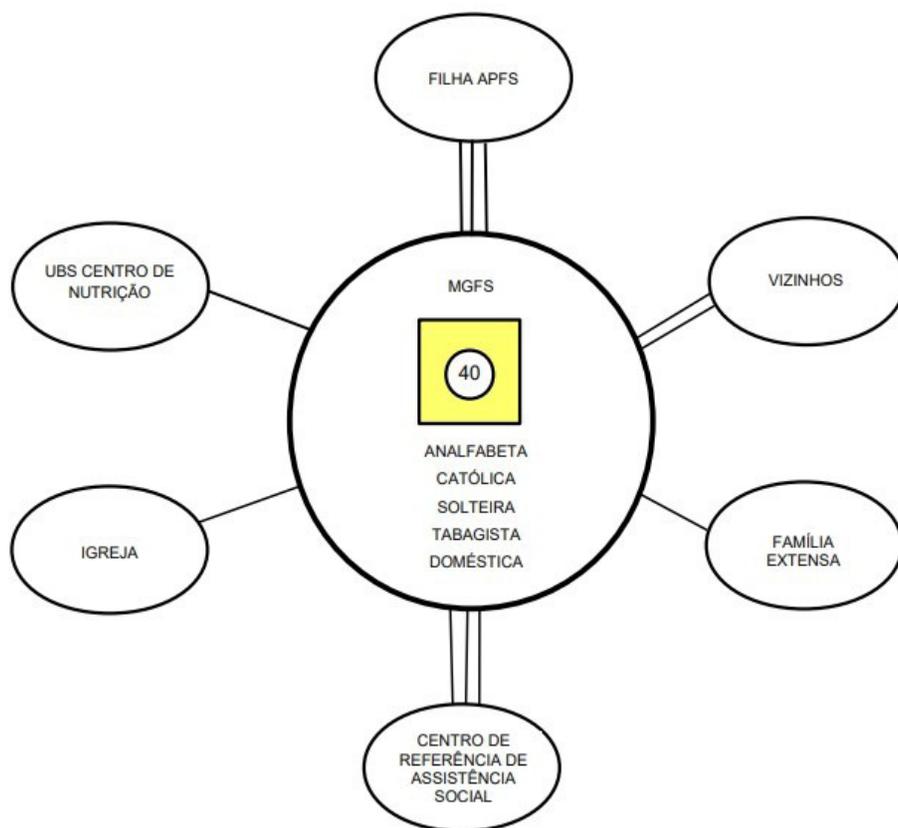


Figura 2: Ecomapa de M.G.F.S.

M.G.F.S nasceu na década de 1980. O primeiro filho nasceu em 1997. Conheceu e iniciou uma união estável com A.S, em 2000. Os outros filhos nasceram nos anos seguintes. A casa, onde M.G.F.S reside com os filhos, fica localizada em um terreno da família do ex-companheiro (o mesmo mora com a mãe em uma casa e mais três irmãos em casas distintas), todos no mesmo terreno. M.G.F.S foi morar nesse terreno em 2008, numa casa de taipa, que desabou no ano de 2017, ano em que recebeu ajuda do CRAS e de alguns amigos para a reconstrução. Nesse mesmo ano, um sobrinho estimado faleceu. Em 2018, separou-se de A.S, com quem viveu uma união estável de 18 anos, por conta de uma relação conturbada e história de violência emocional sofrida pelo ex-companheiro, que culminou em uma medida protetiva. M.G.F.S sofre constantes agressões verbais dos irmãos de A.S, que alegam que a mesma não detém direito algum na casa e terreno onde reside, embora, os filhos detenham esse direito. Essas informações podem ser observadas na linha de vida de medalie (figura 3).

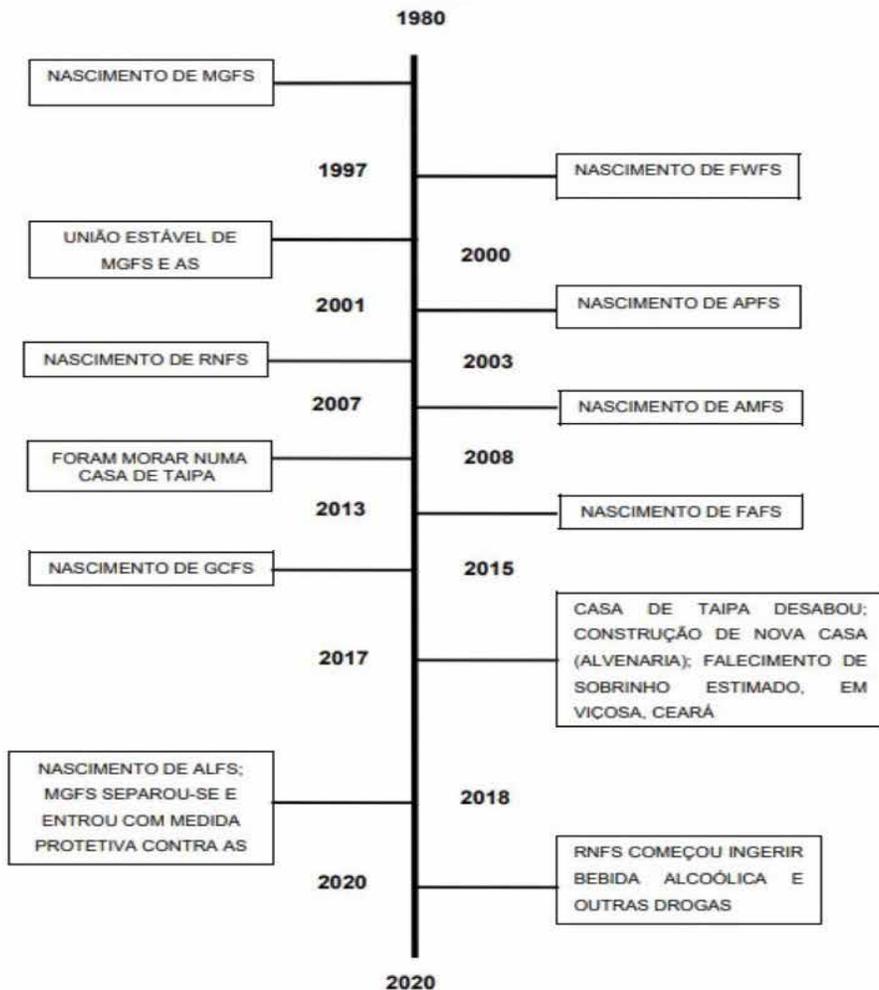


Figura 3: Linha de Vida de Medalie da família de M.G.F.S.

A partir dos relatos de M.G.F.S, percebeu-se que, apesar de não se queixar da relação estabelecida com seus filhos, sente-se sozinha, em alguns momentos, sobrecarrega-se com o fato de ser a chefe da família e com as responsabilidades que essa função traz consigo. Com o intuito de entender melhor a funcionalidade das famílias, surgiu o APGAR familiar. Essa ferramenta mostra como o sujeito percebe o funcionamento da família. Requer do profissional empatia e um bom relacionamento com a família avaliada, a fim de que haja confiança ao serem abordados os problemas familiares (CUBA, ESPINOZA, 2014). As siglas são a junção das seguintes palavras: adaptação, participação, crescimento (growth), afetividade e resolução (recursos resolutivos ou capacidade). Trata-se de um questionário com perguntas e três opções de respostas (quase sempre, às vezes, raramente). As pontuações variam de 0 a 10; 7 a 10 sugere uma família altamente funcional; 4 a 6,

família moderadamente disfuncional; 0 a 3, severamente disfuncional. O APGAR da família de M.G.F.S apresentou um total de 6 pontos, o que sugere uma família moderadamente disfuncional, como mostra o quadro 1.

Componentes	Grau de satisfação	Quase sempre (2)	Às vezes (1)	Raramente (0)
Adaptação	Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que algo me preocupa			X
Participação	Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução de problemas		X	
Crescimento (growth)	Acho que a minha família concordam com o meu desejo de encontrar novas atividades ou modificar meu estilo de vida	X		
Afetividade	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos		X	
Resolução	Estou satisfeito com tempo que passo com a minha família	X		
TOTAL		6		

Quadro 1: APGAR da família de M.G.F.S.

A família de M.G.F.S apresenta as seguintes sentinelas de risco: saneamento básico precário, drogadição, desemprego, analfabetismo e relação cômodo/morador inadequada. M.G.F.S arrepende-se pela falta de empenho nos estudos, sofre por saber que os filhos são usuários de drogas, empenha-se para manter as contas da casa equilibradas, evitando despesas extras. Reside em uma casa de alvenaria, sem revestimento e metade dos cinco cômodos de chão batido, com rede encanada até o domicílio, porém, esgoto a céu aberto; bebem água diretamente da torneira. As crianças costumam apresentar verminoses, por conta dessa situação. A estratificação de risco da família de M.G.F.S, baseada na escala de Coelho-Savassi, apresentou o escore de 19 pontos, ou seja, encontra-se em risco máximo (R3). As sentinelas de risco apresentadas pela família foram pontuadas no quadro 2.

Dados da ficha A (sentinelas de risco)	Definições das sentinelas de risco	Escore de risco	Pontos
Acamado	Toda pessoa restrita ao próprio domicílio, por qualquer inabilidade e/ou incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde.	3	-
Deficiência física	Condição física de duração longa ou permanente que dificulta ou impede uma pessoa da realização de certas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou lazer.	3	-
Deficiência mental	Condição mental de duração longa ou permanente que dificulta ou impede uma pessoa da realização de certas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou lazer.	3	-
Baixas condições de saneamento	Saneamento constitui o controle dos fatores do meio ambiente, que exercem ou podem exercer efeitos deletérios sobre o bem estar físico, mental ou social.	3	3
Desnutrição grave	Percentil < 0,1 ou peso muito baixo para a idade.	3	-
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas, que possam causar dependência química.	2	6
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo ocupação (não incluir férias, licenças ou afastamentos temporários). Trabalho doméstico é considerado ocupação, mesmo sem ser remunerado.	2	4
Analfabetismo	Pessoa que não sabe ler, nem escrever, no mínimo, um bilhete; apenas assina o nome.	1	3
Menor de seis meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1	-
Maior de setenta anos	Pessoa com 70 anos completos.	1	-
Hipertensão arterial sistêmica	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas que não fazem uso de antihipertensivos.	1	-
Diabetes Mellitus	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de órgãos, como olhos, rins, cérebro, coração e vasos sanguíneos.	1	-
Relação morador/cômodo	Número de cômodos dividido pelo número de moradores do domicílio. Cômodo: todo compartimento integrante do domicílio, exceto, corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos). = 1 - 2 < 1 - 0	> 1 - 3	3
Total			19
Escore total		Classificação de risco	
5 ou 6		R1 (risco menor)	
7 ou 8		R2 (risco médio)	
Maior que 9		R3 (risco máximo)	

Quadro 2: Estratificação de risco da família de uma idosa.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo descreve a problemática de uma família com vulnerabilidade social elevada, percebida através da estratificação risco, baseada na Escala de Risco Familiar Coelho-Savassi (ERF – CS), o que demanda maior atenção no cuidado em saúde. Apesar desta constatação, não percebeu-se vínculos da família com a equipe de saúde, apenas, com a agente comunitária de saúde (ACS).

O uso de ferramentas de abordagem familiar nas visitas domiciliares, como estratificação de risco, genograma, ecomapa, linha de vida de medalie e o APGAR familiar, é necessário para o planejamento do cuidado e a elaboração de estratégias, com o intuito de realizar as intervenções adequadas para cada caso.

O estudo traz uma questão importante a ser considerada: a fragilidade do processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A identificação de fragmentações do trabalho em equipe e a falha na atuação de alguns profissionais, diante de casos que demandam assistência integral, demonstra a necessidade da reorganização das práticas, através da utilização de ferramentas que possibilitem a identificação de vulnerabilidades e riscos.

Assim, o estudo permite a reflexão do “conhecer para entender”, pois é imprescindível a percepção das problemáticas do território, para que sejam traçadas estratégias nos serviços de saúde, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da comunidade. O estabelecimento de vínculos, a escuta qualificada e a acessibilidade aos serviços de saúde dependem da compreensão da realidade de cada território.

REFERÊNCIAS

COELHO, Flávio Lúcio G; SAVASSI, Leonardo CM. (2004). **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares**. Revista Brasileira De Medicina de Família e Comunidade, 1(2), 19-26. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104)>. Acesso em: 22 nov. 2020.

CHAPADEIRO, Cibele Alves; ANDRADE, Helga Yuri Silva Okano; ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros. **A família como foco da atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 100p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3911.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

CUBA, Miguel A. Suarez; ESPINOZA, Matilde Alcalá. **APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR**. Rev. Méd. La Paz, La Paz, v. 20, n. 1, p. 53-57, 2014.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

KASLOW FW. **Families and Family Psychology at the Millenium**. American Psychologist. 2002, 56(1): 37-46.

LACERDA et al. **Ferramentas de abordagem familiar: estudo de uma família cadastrada em uma equipe de estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.** Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 7, n. 1, 2017, p. 25-34.

MENEZES et al. **Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi – Um relato de experiência.** Cienc Cuid Saude. 2012 Jan/Mar; 11(1): 190-195.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; LAGE, Joana Lourenço; COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves. **Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi.** J Manag Prim Health Care 2012; 3(2): 179-185.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi – 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

CENTRO DE INTEGRAÇÃO PARA PESSOAS EM VULNERABILIDADE SOCIAL EM CEILÂNDIA-DISTRITO FEDERAL

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Pâmela Stephanie da Silva Negreiros

Universidade Planalto do Distrito Federal
Ceilândia Norte-DF, Brasil

Nathália Louise Macêdo Leal

Mestre em Arquitetura
Professora na Universidade Planalto do Distrito
Federal

RESUMO: O presente trabalho tem como tema central um estudo de um Centro de Integração para pessoas em vulnerabilidade social, localizado na quadra QNN 27 área especial D - em Ceilândia-DF. O qual objetiva mostrar as necessidades de habitação e as características de um Centro de integração para pessoas em vulnerabilidade social, visando unificar: o dormitório, o acolhimento, a alimentação, curso de qualificação e o ambiente de lazer. O tema escolhido engloba também incluir os indivíduos, grupos ou famílias no âmbito de fatores socioeconômicos, pensando no aspecto da exclusão social. Com base nos conceitos e na reflexão apresentada, surge o seguinte questionamento: de que maneira a arquitetura pode ajudar a retirar as pessoas da vulnerabilidade social? Em especial, os da Ceilândia? A proposta da pesquisa tem como finalidade mostrar que esse Centro de Integração se torne um aliado do governo e da sociedade e que seja um referencial desse tipo de projeto. Procurar-se

compreender os conceitos e significados de um centro de integração, identificar seu público alvo, bem como realizar estudos e diagnósticos urbanos para viabilizar a realização de um projeto arquitetônico. A criação do planejamento deste equipamento urbano é uma proposta que se justifica com as histórias sociais, a integração, a diversidade e a necessidade de criar um espaço voltado para essas pessoas. O desenvolvimento desta pesquisa ocorre através de pesquisas bibliográficas, de artigos, alguns TFG'S com temas parecidos, busca em sites confiáveis, estudos de casos sendo eles: The bridge homelees assistance Center, Centro Social Comunitário, e o Projeto oficina boracea, e também pesquisa de campo para que desta maneira possamos ter um embasamento maior a cerca do tema. Diante destes fatos vale ressaltar que através do âmbito da construção na arquitetura podemos trazer uma conceituação de moradia e viver bem para as pessoas que estão em vulnerabilidade social.

PALAVRAS-CHAVE: Arquitetura social; trabalho de conclusão de curso; diretrizes projetuais.

INTEGRATION CENTER FOR PEOPLE IN SOCIAL VULNERABILITY IN CEILÂNDIA-FEDERAL DISTRICT

ABSTRACT: The present work has as its central theme a study of an Integration Center for people in social vulnerability, located in block QNN 27 special area D - in Ceilândia-DF. Which aims to show the housing needs and the characteristics of an Integration Center for people in social vulnerability, aiming to unify: the dormitory, the reception, the food, the qualification course

and the leisure environment. The chosen theme also includes including individuals, groups or families within the scope of socioeconomic factors, considering the aspect of social exclusion. Based on the concepts and reflection presented, the following question arises: how can architecture help to remove people from social vulnerability? In particular, those from Ceilândia? The purpose of the research is to show that this Integration Center becomes an ally of the government and society and that it is a reference for this type of project. To seek to understand the concepts and meanings of an integration center, identify its target audience, as well as conduct studies and urban diagnostics to enable the realization of an architectural project. The creation of the planning of this urban equipment is a proposal that is justified with social histories, integration, diversity and the need to create a space aimed at these people. The development of this research occurs through bibliographic searches, articles, some TFG'S with similar themes, search on reliable websites, case studies being: The bridge homelees assistance Center, Community Social Center, and the Boracea workshop project, and also field research so that in this way we can have a greater basis on the topic. Given these facts, it is worth mentioning that through the scope of construction in architecture we can bring a conceptualization of housing and live well for people who are socially vulnerable.

KEYWORDS: Social architecture; completion of course work; design guidelines.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo mostrar o desenvolvimento de um estudo sobre as necessidades e as características do Centro de integração para pessoas em vulnerabilidade social, que está situado em Ceilândia - DF. Vale lembrar também que a pesquisa procurará mostrar também as necessidades e as características desse centro, visando unificar: o dormitório, o acolhimento, a alimentação, curso de qualificação e o ambiente de lazer voltado para homens e mulheres, grupos ou famílias que tem entre 18 a 55 anos de idade e estão em situações de desemprego e situação de rua ou no âmbito de fatores socioeconômicos, pensando no aspecto da exclusão social.

Segundo Everson Martins (2017), porta-voz e conselheiro CAU/SC, este afirmou que “a arquitetura social pensa em espaços que proporcionam inclusão, acessibilidade, sustentabilidade, respeito aos usuários e universalização de uso e acessos”. A partir da vivência em Ceilândia e com um olhar mais criterioso voltado para esta cidade, é possível rapidamente notar o quanto essa Região Administrativa (RA) é fragilizada e se destaca no quesito de pessoas em vulnerabilidade social, pois ao caminhar por pouco tempo pelas ruas, encontra-se um número grandioso de pessoas em situação de rua e em estados de pobreza.

No âmbito social, vulnerabilidade significa condições precárias de moradia e saneamento, meios de subsistência inexistentes e a ausência de um ambiente familiar. As pessoas que são consideradas “vulneráveis sociais” são aquelas que estão perdendo a sua representatividade na sociedade, e geralmente dependem de auxílios de terceiros para garantirem a sua sobrevivência. Dessa forma, a arquitetura se insere num contexto social

grave, como agente transformadora da realidade, para que essas pessoas possam ter voz ativa novamente e ter os direitos iguais segundo pregação à constituição federal.

Apesar de Brasília possuir mais educação formal e um salário mais alto em relação aos patamares nacionais, uma parte visível nas regiões periféricas são mais vulneráveis e predominam empregos de baixa remuneração, trabalhos informais e desemprego, dificultando a seus habitantes lograr inserção e reconhecimento social. Outra dificuldade nesses locais refere-se à debilidade de ativos necessários ao enfrentamento das adversidades (FERREIRA et al, 2008).

Petrini (2003) afirma que à medida que a família encontra dificuldades para cumprir satisfatoriamente suas tarefas básicas de socialização e de amparo/serviços aos seus membros, criam-se situações de vulnerabilidade.

Em face disso, vale ressaltar a importância da moradia e do viver bem para as pessoas que estão em vulnerabilidade social, com conforto térmico, acústico, bem-estar e integração com outros usuários.

De acordo com Yuri Rodrigues (2018), constatou-se que mais de 2,5 mil pessoas se abrigam sob marquises, árvores, e viadutos do DF, sob uma situação de vulnerabilidade social. Em Ceilândia, se concentra grande número de pessoas que, devido a algumas circunstâncias, estão perdendo seus empregos, entram em discussão familiar, ou já estão vivendo em situação de rua, e quando percebem já não encontram soluções para sair desta situação.

Pesquisa realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), a qual teve como objetivo apresentar um conjunto de informações, em relação às questões relativas às populações em vulnerabilidade social e ao mundo do trabalho no Distrito Federal. São apresentados os principais resultados da “Pesquisa Socioeconômica em Territórios de Vulnerabilidade Social no Distrito Federal” e quais as Regiões Administrativas que mais se destacam no âmbito de vulnerabilidade social em Brasília.

Atualmente, em Brasília, existem vários albergues e centro de apoio a pessoas que se encontram em vulnerabilidade social alguns exemplares existentes são:

- Centro Pop: Unidade pública que oferta serviço especializado para as pessoas em situação de rua;
- CRAS: Centro de Referência de Assistência Social;
- UNAF Areal: Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias, que realiza acolhimento temporário para homens adultos, idosos, deficientes e famílias;
- UPS 24 Horas: Unidade de Proteção Social 24 Horas é uma unidade que executa o serviço de proteção em situações de calamidade pública e emergenciais.

De acordo com as pesquisas realizadas não foram encontrados centros especializados que englobem o acolhimento, a profissionalização, a convivência e o

lazer em apenas um lugar. Por isso procurou-se apresentar a importância da criação do planejamento deste equipamento urbano, que é uma proposta que se justifica com as histórias sociais, a integração, a diversidade e a necessidade de criar um espaço voltado para essas pessoas.

Neste intuito procura-se considerar todos estes parâmetros para que com este Centro de Integração possa ofertar uma nova oportunidade de vida, e a uma nova visão para que tudo colabore para um bem melhor de condição de vida e moradia dessas pessoas.

O objetivo geral deste artigo é promover a implantação de um Centro de integração para pessoas em vulnerabilidade social, que fica localizado em Ceilândia em uma área com muitas pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social.

Na sessão seguinte, será apresentada uma pesquisa bibliográfica de levantamento sobre as principais características destes locais, quais os centros que ganharam mais destaque tanto internacional quanto nacional, e fazer uma análise arquitetônica sobre estas edificações já existentes.

Na sessão subsequente serão apresentados três estudos de caso de grande relevância para que possa agregar embasamento para a pesquisa sendo eles, internacionais e nacionais: The Bridge Homelees assistance Center, Centro Social Comunitário, Projeto oficina BORACEA.

Logo após, será apresentado o levantamento de área de intervenção, entrevistas com moradores da área a ser implantado, levantamento fotográfico e topográfico para que posteriormente sejam apresentados o fluxograma e o programa de necessidades.

Por fim, serão apresentadas as diretrizes de intervenção. Embasadas nas dimensões abordadas por Frederico de Holanda (2013): funcionais, copresenciais, bioclimáticas, econômicas, sociológicos, topoceptivos, estéticos, afetivos, simbólicos. Além destes, será integrado outro quesito importante para a efetivação da sustentabilidade.

2 | CONTEXTUALIZAÇÃO DA VULNERABILIDADE SOCIAL EM CEILÂNDIA

O conjunto de informações à cerca da contextualização e índices de pessoas em vulnerabilidade em Ceilândia, são bem escassos devido ser um tema pouco retratado sobre a realidade da cidade. Desta maneira, neste aspecto, será mostrada uma pesquisa com informações disponibilizadas pela DIEESE e pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN, 2017), a população da Ceilândia era de 330.899 habitantes em 1997, representando 18,87% da população do DF e sua taxa de crescimento anual e de -0,59%. Em 2000 o IBGE realizou outro censo e segundo este a população era de 343.694 habitantes.

De acordo com o crescimento de Ceilândia, é possível notar que as novas áreas que estão surgindo estão sendo cada vez mais precárias, com péssima infraestrutura e piores condições de vida. Em muitos casos existe um estreitamento dos lotes e uma maior

densidade populacional (MONTEIRO, BRUNO, 2009).

O Índice de Vulnerabilidade Social identificado na Região Administrativa de Ceilândia foi de 55%, variando entre 41% no setor QNN a 74% no setor Chácara. Os principais grupos de família vulnerável que compuseram o índice da RA foram o Grupo II (Família com renda familiar per capita inferior a um quarto de salário mínimo) e Grupo IV (Família na qual há uma mulher chefe, sem cônjuge, analfabeta e com filhos menores de 15 anos) e Grupo VII (Família na qual há uma pessoa com 4 a 14 anos que não estude), mas isso varia muito conforme o território analisado) (DIEESE, 2010).

3 | ESTUDOS DE CASO

Para uma ampla compreensão sobre o funcionamento de edificações de um centro de integração para pessoas em situação de vulnerabilidade social é necessário fazer estudos de como estes espaços funcionam. Dessa forma, serão utilizados nesta sessão, três estudos de caso, com a finalidade de aprimorar soluções e compreender as diretrizes de um centro de social. Os critérios utilizados para a escolha deles foram: localização, capacidade, conforto térmico, acústico, volumetria, cor e aspectos funcionais.

O primeiro caso é o the bridge homelees assistance center, um Centro de Assistência a desabrigados, um projeto executado pelo escritório Overland Partners, localizado em Dallas, Texas nos Estados Unidos. A edificação possui uma área total de 75.000 m², onde no projeto o The Bridge oferece variados cuidados, sendo eles cuidados de emergência, acolhimento, dormitório e reintegração para atender mais de 6.000 pessoas.

O Centro é aberto aos usuários 24 horas por dia, 365 dias por ano, o espaço é de grande importância para o centro de Dallas para retirar os mais necessitados das ruas e melhorar a qualidade de vida destas pessoas e também para melhorar a visão da idade.

A edificação recebeu um dos certificados mais importantes do meio sustentável, que é o certificado LEED, pois a edificação apresenta resultados satisfatórios em vários requisitos exigidos pelo LEED.

Esta edificação foi escolhida para ser um estudo de caso devido ser um centro de assistência para pessoas desabrigadas, pois este projeto edificado serve como base para que possamos criar algo tão inovador quanto este edifício.

O segundo caso é o Centro Social Comunitário está localizado em La Serena, na região do Coquimbo no Chile, esta edificação foi construída a pedido da ILUSTRE MUNIIPALIDAD DE LA SERENA, pois a empresa tinha o objetivo de melhorar a qualidade de vida de 200 bairros com grande vulnerabilidade e deterioração do Chile, onde todos nestas situações pudessem utilizar este espaço.

O edifício foi construído em 2011, pelos arquitetos Nelson e Freddy Sepúlveda, do escritório três arquitetos, e possui uma área total de 613,00 m².

Para a implantação desta edificação os arquitetos utilizaram a topografia do terreno

em aclave a favor da construção, pois desta maneira o centro social ganharia destaque no meio em que está inserido, e está totalmente horizontalmente inserido no terreno.

Esse estudo de caso foi de grande importância a ser estudo e investigado, pois ele agrega conhecimento para elaboração para o futuro projeto em relação ao funcionamento de um centro de integração, pensarmos de que maneira podemos utilizar um terreno e seu entorno a favor do projeto, e também associar a acessibilidade de forma eficiente a edificação.

O terceiro caso é a oficina boraceia, é uma edificação de iniciativa da Prefeitura Municipal de São Paulo, tem como propósito reconstruir vidas, e teve seu início em maio de 2002, localizado na antiga oficina de transportes da Prefeitura de São Paulo, na Barra Funda, em um terreno de 17.000 m², que possibilita o atendimento de 680 pessoas em situação de rua, projetado pelo escritório Roberto Loeb Associados SC Ltda.

O projeto foi o primeiro local da cidade de São Paulo pensado para atender pessoas em situação de rua, e neste local são ofertados diversos Serviços para as pessoas em vulnerabilidade social sendo eles: Núcleo de atendimento de catadores, estacionamento, guarda de carroças, abrigos, atendimento a animais de estimação, Abrigo especial para idosos, formação profissional, Albergue, Restaurante, Centro de Convívio.

A Oficina Boraceia possui um caráter fundamental para o Trabalho Final de Graduação, pois as suas funções agregam conhecimento de como são projetados e pensados estes ambientes para pessoas em vulnerabilidade, este local cumpre funções sociais, apoio, e visam a inserção social, que no caso devem ser trazidos para o planejamento de um centro de integração.

ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS			
Critérios	The bridge homelees assistance center	Centro Social Comunitário	Oficina Boraceia
Descrição/ Localização	É um Centro de Assistência a desabrigados, fica localizado em Dallas, Texas nos Estados Unidos, ele foi construído em 2010.	É um Centro Social Comunitário, para pessoas em vulnerabilidade social está localizado em La Serena, na região do Coquimbo no Chile,	É uma edificação, que tem como propósito reconstruir vidas, está localizado em Boraceia em SP, foi inaugurado em 2003.
Tipo	Para pessoas desabrigadas em vulnerabilidade social	Aumentar a qualidade de vida de 200 bairros com grande vulnerabilidade social e deterioração	Pensado para atender pessoas em situação de rua, em vulnerabilidade social.
Área	75000.0 m ²	613,00 m ² .	17.000 m ²
Capacidade	Para 6.000 pessoas	O interior para 1.000 pessoas	680 pessoas

Serviços ofertados	Oferece variados cuidados, sendo eles cuidados de emergência, acolhimento, dormitório e reintegração.	A sala para adolescentes, sala de administração e espaço para eventos e uma grande área social.	Albergue, projeto de formação, restaurante, centro de convívio, reintegração.
Topografia	O complexo ocupa um quarteirão inteiro, seguindo a via principal, aproveitando sua topografia em um terreno plano.	A topografia do terreno em aclave a favor da construção, pois assim o ganharia destaque no meio em que está inserido, e está totalmente horizontalmente inserido no terreno.	Local escolhido para ser implantado foi estratégico, pois o terreno se encontra em uma região central e fica localizado em um percurso de grande concentração de moradores de rua.
Volumetria	Composto por cinco edifícios e um grande pátio ao ar livre conectando um prédio com outro,	Em blocos quadrados sobrepostos e “encaixados” no relevo, dando a impressão de imensos blocos de pedra, sua altura não compete com as construções do entorno.	Grande bloco em concreto, com linhas retas sem grandes intervenções.
Soluções	Ponto de fácil acesso, reutilização de um edifício existente, sistema de reutilização de água, energia, uso extensivo de luz natural e ventilação, e faz uso de materiais reciclados.	Utiliza elementos vazados, paisagismo, fácil acesso, uso de luz natural e ventilação	Primeiro a ser construído do zero, ambientes agradáveis e aconchegantes.

Tabela 1: Análise comparativa dos casos.

Fonte: Elaboração própria.

4 | ESTUDOS URBANÍSTICOS

O objetivo do levantamento realizado visa compreender os espaços de um centro de integração e atender aos requisitos para suprir todas as necessidades das pessoas em vulnerabilidade. Faz-se necessário um estudo urbanístico no local escolhido para que desta maneira possamos entender o contexto urbano, social, ambiental e seu funcionamento.

Visto que a arquitetura tem papel fundamental para com o acolhimento e na inclusão social deste público, faz-se a tentativa de chegar a um centro de integração que seja considerado como o ideal. Buscando soluções, é lançada uma proposta de programa de necessidades, organograma e fluxograma que atenda ao requisito básico que diz que: A construção do abrigo cria um ambiente agradável, em espaços abertos que permitam a interação social. O projeto oferece locais de condições dignas e acolhedoras, para pessoas em vulnerabilidade social. (ROBERTO LOEB, 2002).

Conforme análise realizada com o mapa de uso do solo apresentado na figura 01, considerando uma área de influência com raio de 1.000 metros, pode-se observar que, no entorno da área estudada, predomina-se o uso residencial unifamiliar. Ao norte da área

compreende-se o uso institucional e ao Oeste, uso comercial, com exceção da Upa que fica bem próximo à área de estudo. Dos equipamentos que se situam no entorno, destacam-se igrejas, comércio e escolas. Dos mobiliários que compõem o entorno, podemos citar os pontos de ônibus que se encontram bem próximos à área, tornando-a mais acessível pela população.

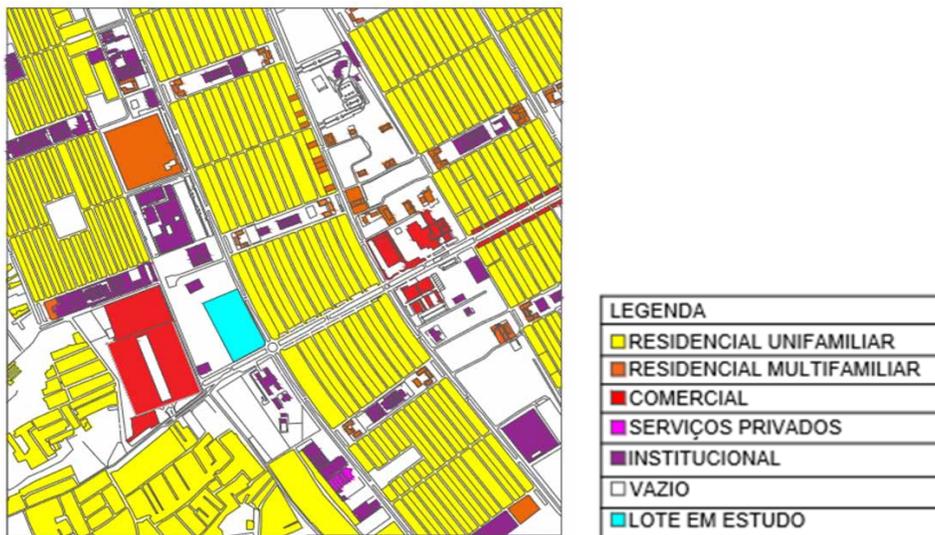


Figura 1: Mapa de uso dos solos.

Fonte: Elaboração própria.

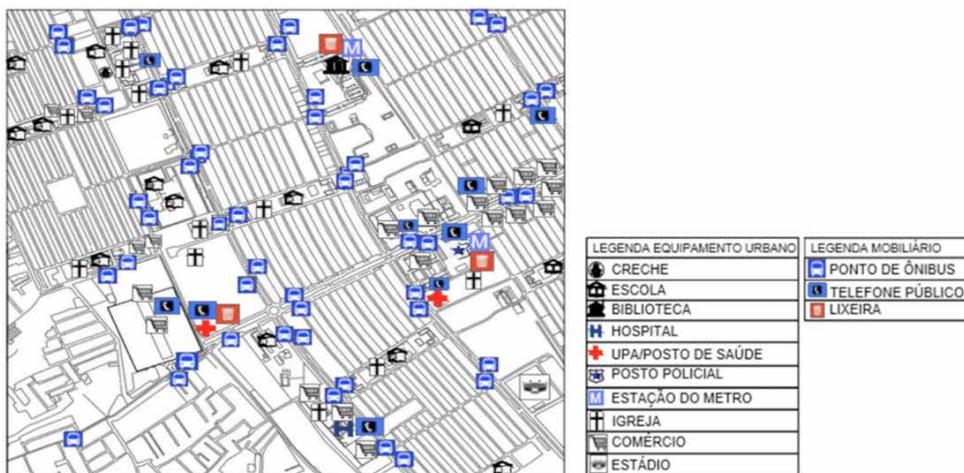


Figura 2: Mapa de equipamentos e mobiliário urbano.

Fonte: Elaboração própria.

A área é demarcada por edificações de até três pavimentos, com pequenas exceções, como um condomínio residencial de 24 pavimentos ao norte.



Figura 3: Mapa de gabarito de altura.

Fonte: Elaboração própria.

O clima no Distrito Federal é tropical de altitude, com primaveras e verões quentes e úmidos e outonos e invernos frios e secos. Durante o período seco, a umidade atinge níveis muito baixos (abaixo dos vinte por cento de umidade do ar), ocasionando mal-estar nas pessoas. O calor é amenizado pela altitude, que atinge os mil metros.

As diretrizes projetuais para esses estudos são aberturas médias para ventilação (de 15% a 20% da área de piso). Além da necessidade de sombreamento das aberturas. A temperatura média varia de 20 a 25 graus, as temperaturas mínimas ocorrem nos meses de junho e julho com temperaturas que chegam a mínima de 12° e as máximas nos meses de agosto e setembro com valor máximo de até 29°. O período quente e úmido, de outubro a abril, apresenta uma temperatura média de mais de 22° C, e o período seco, de maio a setembro, apresenta temperatura média de cerca de 19° C, que aumenta ao longo do período e chega a setembro com média de 23° C e média das máximas de 34° C.

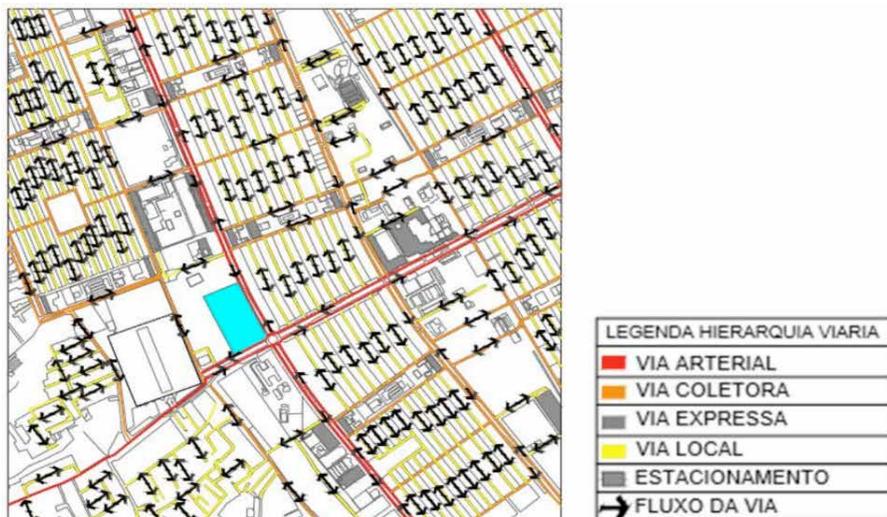


Figura 4: Mapa de hierarquia e fluxos viários.

Fonte: Elaboração própria.

O perímetro do terreno é demarcado, ao Sul e Leste, por vias arteriais. Dessa forma observamos um intenso fluxo de automóveis, gerando fortes fontes de ruídos.

A seguir temos os parâmetros urbanísticos dispostos na Tabela 2 para nortear o projeto.

INFORMAÇÕES:	
AREA	287,591 M ²
TAXA DE OCUPAÇÃO	80%
ALTURA MÁXIMA	15,50 M
AFASTAMENTO FRONTAL	5,00 M
AFASTAMENTO FUNDO	5,00 M
AFASTAMENTOS LATERAIS	5,00 M
MARQUISE	PROIBIDO
COTA SOLEIRA	PONTO MÉDIO DA EDIFICAÇÃO
SUBSOLO	PERMITIDO TIPO 2

Tabela 2: Parâmetros urbanísticos.

Fonte: Elaboração própria.

5 | ANÁLISE SWOT

Conforme realizado o estudo urbanístico, apresenta-se neste subcapítulo a análise SWOT (tabela que especifica os pontos positivos e negativos da área em estudo de acordo com cada tópico a ser levantado). A partir desta análise serão determinadas diretrizes para

aperfeiçoar os pontos positivos e apresentar melhorias nos pontos negativos com base na Carta da Terra.

	PONTOS POSITIVOS	COMO MELHORAR	PONTOS NEGATIVOS	COMO MELHORAR
HIERARQUIA DE VIAS	Possui Cruzamento, semáforos e faixas de pedestres.	Colocar entrada próxima à faixa existente, E colocar o acesso ao terreno por via local.	Vias com grandes fluxos e bastantes ruídos	Criar vias locais que possam dar acesso adequado ao lote E a coleta seletiva de lixos.
USO DO SOLO	Uso predominante residencial, uso adequado do lote escolhido de acordo com a sua tipologia que é de uso institucional.	Propor uso misto em complemento residencial, e facilitar a circulação e acessibilidade entre os ambientes.	Uso voltado para a permanência durante o dia tornando o local a noite mais inseguro para as pessoas	Criar loteamentos adequados, propor atividades que intercalem o uso de dia e de noite como, por exemplo, academia, parquinho, parcão pomar.
TOPOGRÁFICOS	Não há declives nem acíves acentuados	Explorar ambientes mais acessíveis	–	–
FOTOGRAFICO	Dar preferência a vista mais favorecida	Colocar a maior quantidade de ambiente para a fachada leste e sul	Área em desuso	Trazer valores culturais da região, e trazer a população para utilizar também este espaço.
GABARITO	Gabaritos de altura relativamente baixos com até quatro pavimentos	Explorar a ventilação natural e a luz natural	Pouco sombreamento pela edificação no entorno	Propor proteção solares no edifício. Densificar o meio urbano, aproveitar vegetações e construções existentes.
BIOCLIMÁTICO	Pouca quantidade de ruído devido às áreas residências	Colocar ambientes silenciosos nas fachadas sul e oeste	Pouca vegetação no entorno, materiais escuros e áreas impermeabilizadas.	Propor paisagismo com vegetação nativa, usar materiais claros, captação de água da chuva e pisos drenantes, luz natural ventilação natural, brises.

<p>EQUIPAMENTOS</p>	<p>Equipamentos bem distribuídos com fácil acesso, com muitas lixeiras, pontos de ônibus, metro e posto policial.</p>	<p>Colocar acesso principal próximo ao ponto de ônibus e calçadas conectadas com o entorno</p>	<p>Poucos equipamentos de lazer, áreas de descanso inexistentes.</p>	<p>Propor equipamentos de lazer com processo participativo (entrevistas). Áreas públicas de qualidade, áreas para oficinas artísticas, processo participativo, horta comunitária, Biblioteca pública.</p>
----------------------------	---	--	--	---

Tabela 3: Análise Swot com pontos positivos e negativos.

Fonte: Elaboração própria.

6 | DIRETRIZES PROJETOAIS

Diante dos estudos e levantamentos realizados conseguimos captar a necessidade de criar este centro de integração para as pessoas em vulnerabilidade social e a integração da população tanto com o edifício como a integração dos usuários com o entorno.

Com base nesses princípios o projeto é guiado pelos valores estéticos e ecológicos, buscando sustentabilidade construtiva, durabilidade, economia, beleza e conforto. Além disto, deverá seguir os fundamentos de Holanda (2003), que são funcionais; econômicos; Bioclimáticos; simbólicos; Topoceptivos; sociológicos e afetivos.

7 | CONCLUSÃO

Vulnerabilidade social é um conceito muito importante na contemporaneidade e deve ser pensando tanto pelo lado da sociedade quanto pelo governo, e pela Arquitetura. Desta forma, vale dizer que esse tema visa solucionar a condição dos grupos de indivíduos que estão à margem da sociedade, ou seja, pessoas ou famílias que estão em processo de exclusão social, principalmente por fatores socioeconômicos.

Algumas das principais características que marcam o estado de vulnerabilidade social são as condições precárias de moradia e saneamento, os meios de subsistência inexistentes e a ausência de um acolhimento familiar. Todos esses fatores compõem o estágio de risco social, ou seja, quando o indivíduo deixa de ter condições de usufruir os mesmos direitos e deveres dos outros cidadãos, devido ao desequilíbrio socioeconômico instaurado.

Tendo em vista o tema e a problemática deste trabalho e considerando todo o contexto apresentado, foi proposta a criação um centro de integração para pessoas em vulnerabilidade social. Busca-se a melhoria de vida destas pessoas, a partir de um projeto de arquitetura, auxiliando significativamente como elemento de inclusão social. Dessa forma, é preciso que tal projeto seja pensado e tenha recursos suficientes para que seja

colocado em prática e atenda, de fato, a essas pessoas em situação de vulnerabilidade, integrando-as na sociedade.

REFERÊNCIAS

BELLENZANI, Renata and MALFITANO, Ana Paula Serrata. Juventude, vulnerabilidade social e exploração sexual: um olhar a partir da articulação entre saúde e direitos humanos. *Saúde soc.* [online]. 2006, vol.15, n.3, pp.115-130. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000300010>. Acessado em: 2 de maio de 2019.

BUSSO, G. (2001). El enfoque de la vulnerabilidad social en el contexto latinoamericano: situación actual, opciones y desafíos para las políticas sociales a inicios del siglo XXI. Santiago, Chile: CEPAL.

CANÇADO, Taynara Cândida L., A vulnerabilidade social no contexto metropolitano de Brasília: um estudo de caso na UNAF, Areal – DF, 2017, 12f, Universidade de Brasília, artigo Científico.

CANPOLINO, Andrea Brunetti, Centro comunitário convivência e aprendizado, 2017, 150f, Trabalho de conclusão de curso- Universidade Braz cubas, 2017

CASTRO, M.; ABRAMOWAY, M. Juventudes no Brasil: Vulnerabilidades negativas e positivas. Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana d e P o p u l a ç ã o, A L A P. C a x a m b u, setembro de 2004.

CUTTER, S. L. A ciência da vulnerabilidade: modelos, métodos e indicadores. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 93, Junho, 2011, pp. 59-69.

FERRJ, Ohana Nascimento, Arquitetura e inclusão social, 2018, 94f, Trabalho de conclusão de curso – Universidade vila Velha, 2018

GOMES, A. M.; PEREIRA, L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2>. Acesso em 24 de maio de 2019.

KATZMAN- Trabalhando o conceito de Vulnerabilidade Social* Taynara Candida Lopes Cançado¹
Rayssa Silva de Souza² Cauan Braga da Silva Cardoso³

LIMA, Carlos Roberto Bergamo, Centro comunitário de vivencia e integração social, 2010, 185f, Trabalho de conclusão de curso – Universidade Barão de Mauá, 2010.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento>. Unidades de Atendimento. 2015. Disponível em 25 de maio de 2019.

MICHELLY, EUSTÁQUIA. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>. 2018. Acesso em 23 de maio de 2019.

NASCIMENTO, Andréia Moreira, Centro de apoio a pessoas em Vulnerabilidade Social, 2017, 93f, Trabalho de conclusão de curso – Universidade de Cuiabá.

OLIVEIRA LMA. Vulnerabilidade social e situações de risco. <http://www.mp.rn.gov.br/portal/inicio/pessoa-com-deficiencia/pessoa-com-deficiencia-material-de-apoio/2037-vulnerabilidade-social-e-situacoes-de-risco-1?Path>. Acessado em: 2 de maio de 2019.

PIRES, Rui Pena, o problema de integração, 2012, 33f, Instituto universitário de Lisboa, 2012.

SEDEST. Disponível em: <http://www.sedest.df.gov.br/adultos-e-familias/>. Acessado em: 12 de maio de 2019.

CAPÍTULO 5

FORMANDO VÍNCULOS: ESCUTA ATIVA COMO ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS(OS) COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Renata Rocha Tsuji da Cunha

Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo
São Paulo (SP)
<http://lattes.cnpq.br/7336404339339007>

Suzeli Germano

Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo
São Paulo (SP)
<http://lattes.cnpq.br/5194322194282905>

Letícia Diniz França

Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo
São Paulo (SP)
<http://lattes.cnpq.br/1918552245243843>

Anna Carolina dos Santos Ramalho

Instituto de Ciências Ambientais Químicas e Farmacêuticas, Universidade Federal de São Paulo
Diadema (SP)
<http://lattes.cnpq.br/1763130904027083>

Juliana Silva Cancian

Instituto de Ciências Ambientais Químicas e Farmacêuticas, Universidade Federal de São Paulo
Diadema (SP)
<http://lattes.cnpq.br/1617939811482365>

Heloisa Delmonte Pereira

Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo
São Paulo (SP)
<http://lattes.cnpq.br/0042972104622845>

Cláudia Fegadolli

Instituto de Ciências Ambientais Químicas e Farmacêuticas, Universidade Federal de São Paulo
Diadema (SP)
<http://lattes.cnpq.br/6541145627909917>

Ana Lúcia de Moraes Horta

Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo
São Paulo (SP)
<http://lattes.cnpq.br/6589995987863639>

Luciene Andrade da Rocha Minarini

Instituto de Ciências Ambientais Químicas e Farmacêuticas, Universidade Federal de São Paulo
Diadema (SP)
<http://lattes.cnpq.br/5226657617185982>

RESUMO: A Educação Interprofissional vem se desenvolvendo a partir do reconhecimento da complexidade da atenção integral à saúde e dos determinantes sociais do processo saúde-doença, propondo espaços de reflexão e a busca por estratégias de trabalho colaborativo. A partir dessa perspectiva, este artigo apresenta a experiência de um grupo tutorial integrante do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Interprofissionalidade da Universidade Federal de São Paulo em parceria com a

Secretaria Municipal de Saúde de Diadema, atuando em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) deste município. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 22 usuários(as) hipertensos(as) e 21 profissionais da UBS, procurando compreender: suas concepções de saúde; condutas, orientações e tratamentos propostos pela equipe; possíveis encontros e desencontros entre as concepções de cuidado de profissionais e usuários(as); e ações interprofissionais já existentes. Nas respostas, tanto profissionais quanto usuários(as) relacionaram saúde e autonomia. Usuários(as) citaram as orientações recebidas da equipe, mas nem sempre as compreendem e realizam no cotidiano. Além disso, citaram a UBS como parte de sua rede de apoio. Observou-se a necessidade de ações para ampliar a compreensão do processo de saúde-doença, sobretudo da hipertensão, e a interprofissionalidade. A partir deste trabalho, nota-se como investir na escuta ativa de usuários(as) e na discussão de suas demandas com a equipe pode ajudar a ampliar a participação da população, de modo a construir estratégias compartilhadas de cuidado, que dialoguem mais com suas reais necessidades de saúde e auxiliem na prática interprofissional.

PALAVRAS-CHAVE: relações interprofissionais; atenção primária à saúde; equipe de assistência ao paciente; hipertensão.

BONDING: ACTIVE LISTENING AS A STRATEGY TO APPROACH PROFESSIONALS AND HYPERTENSIVE PATIENTS IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Interprofessional Education has been developed based on the recognition of the complexity of health care and the social determinants of the health-disease process, proposing spaces for reflection and the search for collaborative work strategies. From this perspective, this article presents an experience of a tutorial group of the Education through Work Program for Health / Interprofessionality at the Federal University of São Paulo in partnership with the Municipal Health Department of Diadema, working with a Basic Health Unit (BHU) of this city. Semi-structured interviews were carried out with 22 patients with hypertension and 21 professionals of the BHU in order to understand: their health concepts; conduct, guidelines and treatments proposed by the professional team; possible agreements and disagreements between professionals and patients about conceptions of care and the presence of interprofessional actions. In the interview responses, both professionals and patients related health and autonomy. Patients mentioned the recommendations received from the team, but they generally did not understand and followed them daily. In addition, the BHU was cited as part of their support social network. There was a need to improve the understanding of the health-disease process, especially about hypertension, and the interprofessionality. In conclusion, it can be noted in this work the importance of actively listening to patients and discussing their demands with the team, in order to promote the shared care planning that dialogues more with their real health needs and supports an interprofessional practice.

KEYWORDS: Interprofessional Relations; Primary Health Care; Patient Care Team; Hypertension.

1 | INTRODUÇÃO

A Educação Interprofissional (EIP) vem se desenvolvendo, em cursos de graduação e serviços de saúde, a partir do reconhecimento da complexidade da atenção integral à saúde – integrada à rede intersetorial de garantia de direitos – e dos determinantes sociais do processo saúde-doença, entendido como expressão do modo como as pessoas estão inseridas na sociedade (PEDUZZI, 2016). A EIP propõe a criação de espaços reflexivos e a busca por estratégias de aprendizado conjunto e trabalho colaborativo entre estudantes, de diferentes cursos da área da Saúde, e profissionais inseridos(as) nos serviços. Considera, também, a relação de reciprocidade e mútua influência entre educação e atenção à saúde e, sobretudo, as reais necessidades de usuários(as), famílias e comunidades, e sua autonomia e participação na produção do cuidado em saúde.

Nesse contexto, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/ Interprofissionalidade (PET Saúde/Interprofissionalidade¹), iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2018), teve como foco a EIP e a promoção de Práticas Colaborativas em Saúde, fomentando: a integração entre ensino-serviço-comunidade, o cuidado integral, o trabalho em rede, a diversificação dos cenários de prática e o desenvolvimento de competências e práticas colaborativas por estudantes e trabalhadores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, da Atenção Primária à Saúde.

A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Diadema (SP), foi uma das universidades participantes dessa nova edição do PET Saúde, cujo objetivo comum era a atuação interprofissional e o desenvolvimento de ações e estratégias voltadas para os indicadores epidemiológicos em evidência em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) participante.

Nesse sentido, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi escolhida como foco e tema disparador do processo de trabalho de um dos grupos tutoriais², atuante em uma UBS do município de Diadema (SP). A HAS, dentre outras doenças crônicas não transmissíveis, torna-se, continuamente, um desafio do ponto de vista do cuidado em saúde. É uma condição com história clínica longitudinal, crônica e, geralmente, silenciosa (pouco ou assintomática), a qual requer acompanhamento e tratamento contínuos, além de envolver uma multiplicidade de questões complexas, como: fatores genéticos, psicossociais, nutricionais e de estilo de vida, relações de trabalho, acesso à saúde, comorbidades, propensão a riscos cardiovasculares, dentre outros (MENEZES et al, 2020).

O cuidado em saúde das pessoas com hipertensão deve ser interprofissional e

1 Fonte de financiamento: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde/Interprofissionalidade 2019-2021 (BRASIL, 2018).

2 O grupo tutorial era formado por professoras e graduandas dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Medicina da UNIFESP e profissionais preceptoras(es) trabalhadoras(es) da UBS, com diferentes formações na área da Saúde, como Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. Outros(as) profissionais da UBS, como as agentes comunitárias de saúde (ACS), médicos(as), auxiliares de Enfermagem e farmacêutica, também participavam da construção coletiva das ações do PET Saúde/Interprofissionalidade.

abranger, entre outras medidas, mudanças no estilo de vida, tratamento medicamentoso e autocuidado apoiado, alinhando o projeto terapêutico singular (PTS) com as demandas, os desejos e as possibilidades de cada usuário(a) (SANTA CATARINA, 2019).

Inicialmente, durante o processo de aproximação do grupo tutorial com a UBS, a adesão de usuários(as), sobretudo daqueles(as) que vivem com doenças crônicas (como a HAS), ao tratamento e/ou às atividades propostas pela equipe foi apontada como um desafio. O que, de um lado, aponta para a efetiva complexidade da atenção integral à saúde das pessoas com hipertensão e, de outro, para um possível descompasso entre as propostas terapêuticas oferecidas pelo serviço (muitas vezes, prescritivas e normativas) e o que é possível, compreendido e desejado pela população atendida.

O conceito de adesão, de acordo com Bertolozzi e colaboradores (2009), pode ser compreendido em três planos: 1) a concepção de saúde e doença apresentada pela pessoa com a enfermidade ou agravo em saúde, já que seu modo de entender o processo saúde-doença conduzirá seu cotidiano de modo mais ou menos ativo; 2) o lugar social ocupado por essa pessoa, que demarca sua possibilidade (ou não) de acesso a uma vida com dignidade e aos meios de enfrentamento dos processos que conduzem ao desgaste da vida (como o adoecimento); 3) o processo constante de produção de saúde, a partir de tecnologias relacionais (como escuta qualificada, vínculo, relações mais simétricas e horizontais), que possibilitam a compreensão das necessidades de saúde dessas pessoas e a ampliação de sua autonomia na construção do cuidado e na opção (ou não) por determinado projeto terapêutico.

Desse modo, a *adesão* é entendida não apenas como um ato de vontade pessoal, mas como um processo intimamente associado à vida e as necessidades de saúde, que depende de inúmeros atravessamentos envolvendo, por exemplo, o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e o acesso em sentido amplo (BERTOLOZZI et al, 2009).

Ademais, há uma tendência de abordar a questão da adesão ou não-adesão sem considerar a perspectiva de usuários(as) e suas diferentes possibilidades de comportamentos, muitas vezes distantes das expectativas, prescrições ou orientações de profissionais da saúde. “Agindo assim, [os(as) profissionais] distanciam-se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-los e entendê-los” (REINERS, AZEVEDO, VIEIRA, ARRUDA, 2008, p.2302). É importante, portanto, também levar em conta a subjetividade dos(as) usuários(as), suas necessidades, seus desejos e dificuldades e, em especial, considerar a corresponsabilidade de profissionais e serviços de saúde na composição do processo de adesão.

Diversas estratégias apontadas por essas autoras (REINERS et al, 2008) como potencializadoras da adesão – por exemplo, a realização de visitas domiciliares, o acompanhamento do uso de medicações no cotidiano e a criação de vínculos entre usuários(as) e profissionais – já eram realizadas pela equipe da UBS. Entretanto,

continuava-se o questionamento, como grupo tutorial e na relação/construção coletiva com a equipe da UBS: como potencializar o engajamento de usuários(as) na construção de seu cuidado em saúde? Como podemos negociar as propostas terapêuticas com suas necessidades, possibilidades e seus desejos?

Este artigo apresenta uma das experiências de um grupo tutorial integrante do PET Saúde/Interprofissionalidade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Diadema (SP), atuante em Unidade Básica de Saúde (UBS) deste município. Tal experiência se refere à realização de entrevistas semiestruturadas³ com usuários(as) com hipertensão e profissionais de saúde. Essa estratégia foi utilizada para conhecer as diferentes concepções de saúde e cuidado, e para relacionar as propostas terapêuticas ofertadas com as necessidades de saúde e demandas desses(as) usuários(as), além de possibilitar uma aproximação entre serviço e população e de ampliar as práticas interprofissionais na UBS.

2 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Temas como adesão, vínculo e participação social, relacionados ao engajamento da população no cuidado em saúde, estiveram presentes desde o início das atividades do grupo tutorial em parceria com a Unidade Básica de Saúde (UBS). A equipe mostrou-se acolhedora, aberta e comprometida em repensar seus processos de trabalho e em construir práticas colaborativas e interprofissionais para além daquelas já existentes, como reuniões de equipe, discussões de caso, matriciamento e visitas domiciliares compartilhadas por diferentes profissionais.

A UBS é responsável pelo atendimento de dois territórios distintos, evidenciado por diferentes perfis sociodemográficos e econômicos, pela ocupação do espaço (com moradias mais ou menos precarizadas) e pela relação com o acesso e a assistência em saúde. As formas distintas de ocupação do espaço público, muitas vezes atravessado e/ou invadido pelo privado, e os diferentes modos de organização social e de se relacionar interferem no cuidado à saúde e são aspectos a serem considerados ao longo das ações-intervenções.

De início, foi possível identificar características marcantes em cada território, como a forma que a população se organizava, a dinâmica da vida cotidiana, o comércio e escolas da região, que poderiam ser pontos de apoio para futuras propostas de ação-intervenção, assim como a relação que as(os) usuárias(os) mantinham com a UBS e com as agentes comunitárias de saúde (ACS), que acompanharam o grupo tutorial neste período de reconhecimento.

O primeiro território, fisicamente mais próximo à UBS, é caracterizado por uma

3 Número do CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética): 28345019.1.0000.5505. Parecer número 4.017.349. São Paulo, 09 de maio de 2020.

população idosa, de classe média, com maior possibilidade de acesso a direitos e serviços, incluindo a rede de saúde suplementar, e que, em grande medida, relaciona-se menos com a UBS e a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Já o segundo território, é marcado por maior vulnerabilidade social, com uma população jovem e SUS-dependente, moradias precarizadas e, entretanto, maior abertura às visitas domiciliares e outras ações de saúde propostas pela UBS.

No que se refere à HAS, tema disparador das ações e propostas do grupo tutorial, diversos desafios foram apontados pelas equipes, os quais aparecem ao longo das visitas domiciliares acompanhadas. No primeiro território, em geral, as pessoas com hipertensão são maiores de 50 anos e têm mais comorbidades, como obesidade e diabetes mellitus. De acordo com as(os) profissionais, a maior dificuldade, nesse caso, é a ausência dos(as) usuários(as) nos grupos e outras atividades da UBS, além da maior incidência de hipertensos(as) no território.

Em alguns casos, há também dificuldades no uso da medicação (como idosas e idosos que vivem sozinhos e não sabem ler e/ou se esquecem de tomar os remédios prescritos), na adoção de mudanças de estilo de vida (como dieta e exercícios físicos) e na compreensão da HAS como doença crônica e que, portanto, demanda tratamento contínuo. É uma população que, embora pareça ter um bom vínculo com as(os) profissionais da UBS, permanece reservada e distante, por exemplo, das visitas domiciliares e da construção coletiva do cuidado em saúde.

No outro território, existe um número menor de pessoas hipertensas, mas dentre elas, há mais jovens e em situação de maior vulnerabilidade social, com menor acesso a direitos, como a saúde. De acordo com os relatos da equipe, existe uma maior abertura e receptividade dos(as) usuários(as) à aproximação com a UBS o que, no entanto, nem sempre significa que os planos de cuidado propostos pelas(os) profissionais da saúde sejam seguidos ou façam sentido na realidade dessas pessoas. Muitos(as) usuários(as) em situação de maior vulnerabilidade social têm dificuldades em cumprir as orientações da equipe, devido a outras prioridades de suas vidas cotidianas, como o trabalho autônomo e informal, cujos horários coincidem com aqueles das consultas e grupos. Ao passo que outros(as) usuários(as) da mesma área eram estritamente participativos e envolvidos com o seu cuidado.

Ao longo das visitas domiciliares e discussões de caso, foi possível notar potencialidades, tal como a construção coletiva e interprofissional dos projetos terapêuticos e o conhecimento das(os) usuárias(os), seus territórios de moradia e trajetórias de vida por diferentes profissionais da equipe, sobretudo pelas ACS. Por outro lado, há importantes desafios, como a necessidade de criar estratégias de alcançar usuários(as) distanciados da UBS e de ampliar a participação da população na construção do cuidado em saúde.

Diante disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as(os) profissionais da UBS (respondidas de forma anônima e voluntária) e com usuários(as) com hipertensão,

abordando questões relativas à HAS, à atuação interprofissional e ao cuidado em saúde. Com este instrumento, procurou-se compreender: as concepções de saúde; condutas, orientações e tratamentos propostos pela equipe; possíveis encontros e desencontros entre as concepções de cuidado de profissionais e usuárias(os); e ações interprofissionais já existentes.

Na elaboração das questões, buscou-se considerar a diversidade das(os) usuárias(os) e dos territórios abrangidos pela UBS. A entrevista deveria atender a essas pluralidades, oferecendo aos usuários(as) questões que pudessem ser discutidas a partir de sua realidade e de sua experiência com a UBS. Logo, tinha-se em mãos o desafio de incluir a percepção dessas pessoas e respeitar suas singularidades, considerando a importância de colocá-los(as) como centro do atendimento oferecido pela UBS e de inseri-los(as) de forma ativa. Ademais, a composição interprofissional do grupo tutorial possibilitou percepções abrangentes e interdisciplinares ao longo de todo o processo.

Por intermédio das visitas domiciliares, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 22 usuárias(os) hipertensas(os), indicados(as) pela equipe. O questionário destinado às/aos profissionais de saúde foi distribuído de forma voluntária e anônima pela UBS, totalizando 21 respostas das(os) diversos profissionais atuantes na Unidade. O Quadro 1 apresenta as perguntas da entrevista com os(as) usuários(as) com hipertensão e o Quadro 2, as perguntas realizadas com os(as) profissionais.

- 1) O que é saúde para você?
- 2) O que você acredita que precisa cuidar (ou melhorar o cuidado) na sua saúde?
- 3) Se fizéssemos a pergunta anterior para pessoas próximas a você (família, amigos, vizinhos etc.), o que você acha que eles responderiam?
- 4) Você tem apoio de outras pessoas nos seus cuidados em saúde?

Quadro 1. Questionário semiestruturado destinado às(aos) usuárias(os) com hipertensão.

- 1) O que é saúde para você?
- 2) Na sua opinião, durante a abordagem ao paciente hipertenso, quais ações, estratégias e informações não podem deixar de ser passadas?
- 3) Você tem o hábito de conversar sobre hipertensão com outros profissionais? Sobre o que você conversa? Com quais profissionais? (Considere “conversar” como uma troca de experiências, ideias e conhecimentos, não necessariamente restrito a reuniões).

Quadro 2. Questionário semiestruturado destinado às(aos) profissionais de saúde.

Dentre as(os) 21 profissionais da saúde participantes, contou-se com: ACSs, enfermeiras, técnicas de enfermagem, auxiliares de farmácia, farmacêutica, assistente social, dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliares administrativos, psicólogos e equipe médica.

Como principais limites das entrevistas, podem-se citar o número limitado de entrevistados(as) (profissionais e, principalmente, usuárias(os)) e a amostra pouco

representativa, uma vez que os(as) usuários(as) foram indicados pela equipe, procurando garantir uma distribuição equilibrada entre gêneros, idades e territórios de moradia.

2.1 Entrevistas

Os(as) usuários(as) com hipertensão entrevistados(as) definiram a saúde como algo essencial à vida, relacionando-a à ausência de doenças e agravos em saúde, como *não sentir dor e não precisar tomar medicamentos*. Consideraram, ainda, a saúde como um conceito mais amplo, englobando saúde mental (*“estar bem”, “tranquilidade”*) e relações sociais e afetivas (*“família, amigos, todos bem”*), intimamente relacionado à possibilidade de autonomia: *“conseguir fazer minhas coisas”, “poder trabalhar”, “movimentar-se”* e ser capaz de fazer escolhas. Em uma das entrevistas, *“cuidar da pressão [arterial] e passar no médico”* também foi citado.

Em relação às demandas e/ou àquilo que os(as) usuários(as) acreditam que precisa ser cuidado em sua saúde, a grande maioria citou diagnósticos já recebidos (como HAS e diabetes mellitus) e/ou prescrições e orientações frequentemente dadas por profissionais, como: cuidar da *“pressão [arterial], do colesterol e da alimentação”* e realizar exercícios físicos. Possivelmente, houve um viés importante nessas respostas, já que as entrevistas foram realizadas por estudantes e profissionais da saúde. Outras respostas envolveram demandas mais concretas, como a necessidade de controle de dores em diferentes partes do corpo, *“falta de ar”*, dificuldades financeiras e a necessidade de uma rede de apoio mais efetiva.

Quando questionados(as) sobre a visão de outras pessoas sobre seu autocuidado em saúde, as respostas foram bastante semelhantes, envolvendo mudanças no estilo de vida (como alimentação saudável, exercícios físicos regulares e perder peso), além do uso de medicamentos e de cuidar da saúde mental.

Famíliares e companheiros(as) se constituem como o principal apoio no cuidado em saúde das pessoas entrevistadas. Cuidadoras e a UBS também apareceram como elementos dessas redes de apoio, em especial, a partir do trabalho das ACS: *“[tenho apoio] lá no posto, as meninas pegam no pé e a gente vai no médico”*. Assim, as entrevistas evidenciaram, novamente, o papel das ACS como importantes interlocutoras(es) entre o serviço de saúde e a população e/ou o território; direcionando o grupo tutorial a fomentar sua participação ativa nas ações-intervenções futuras do PET Saúde-Interprofissionalidade.

Por outro lado, outros(as) entrevistados(as), sobretudo mulheres, disseram não receber apoio/suporte e, muitas vezes, exercerem sozinhas o papel de cuidadoras de outras pessoas (como idosos(as) e crianças pequenas), o que interfere em seu autocuidado em saúde e seus outros papéis sociais.

Nas respostas das(os) profissionais e trabalhadoras(es) da UBS, a maioria trouxe uma concepção de saúde intimamente relacionada a um estado de bem-estar físico e mental: *“bem físico, social e emocional”, “corpo e mente são”, “estar bem fisicamente*

e *mentalmente*". Outro aspecto percebido foi que, assim como nas respostas das(os) usuárias(os), houve uma forte correlação de saúde com autonomia e a possibilidade fazer atividades básicas e laborais no dia-a-dia, sendo citado, por exemplo, que saúde é poder fazer atividades físicas sem restrições, trabalhar e ter ânimo para as tarefas diárias.

Sobre as ações, estratégias e orientações utilizadas no atendimento às pessoas com hipertensão, as respostas foram variadas, aparecendo em algumas uma visão médico-centrada: "*chamar o médico*", "*marcar consulta*". Entretanto, a maioria das respostas trouxe uma visão mais ampla e interprofissional, considerando que o cuidado vai além de consultas médicas prescritivas, citando a orientação sobre atividade física e alimentação adequada, acompanhamento contínuo, visitas domiciliares de profissionais variados, participação em grupos e o cuidado em saúde mental. Uma das respostas – "*não atuo nesta área*" – suscitou bastante reflexão por parte do grupo tutorial, na medida em que, devido à alta prevalência da hipertensão na população em geral e dentre as(os) usuárias(os) da UBS, provavelmente todas(os) as(os) profissionais entrevistadas(os) trabalham com hipertensas(os), demonstrando a necessidade de refletir sobre interprofissionalidade e cuidado integral em saúde, e de engajar toda a equipe para participar mais das discussões.

Quanto à troca de informações com outras(os) profissionais, a ampla maioria respondeu que tem o hábito de trocar experiências e/ou tirar dúvidas com outras pessoas da equipe, principalmente com médicos(as) e enfermeiros(as): "*converso com médico para aprender sobre a doença, como tratá-la, e seguir critério médico para tomar o medicamento*", "*procuro enfermeiro ou médico para tirar dúvidas*", "*converso com enfermeiros, técnicos e médicos sobre o cuidado do paciente*". Ainda, como potencialidade, profissionais mencionaram dinâmicas e espaços já instituídos na prática cotidiana da UBS, como grupos e reuniões de equipes, utilizados para discutir casos e planos terapêuticos, e tirar dúvidas e trocar conhecimentos e experiências, o que mostra como tais espaços são extremamente potentes e fecundos no que concerne à interprofissionalidade.

As concepções de saúde de usuárias(os) e profissionais mostraram-se bastante semelhantes, envolvendo bem-estar físico, saúde mental e autonomia. Em relação ao cuidado em saúde, usuários(as) citaram as recomendações e orientações recebidas nos atendimentos, mas nem sempre as compreendem e realizam no cotidiano, seja por dificuldades com a leitura e a organização dos medicamentos, por não compreenderem a cronicidade da HAS (e de seu acompanhamento), pela falta de uma rede de apoio e/ou pelos atravessamentos do cotidiano, que tornam o autocuidado em saúde algo distante da realidade de muitas pessoas. Profissionais, por sua vez, procuram orientar e acompanhar de perto os(as) usuários(as), explicar-lhes o processo de saúde-doença e elaborar PTS da melhor forma possível. Por outro lado, ainda têm dificuldades para incluir as(os) usuárias(os) nesse processo e para se corresponsabilizar pela adesão – muitas vezes ainda entendida como um ato pessoal da(o) usuária(o) "*que não adere*".

O encontro entre proposta terapêutica e as necessidades, desejos e demandas de

usuárias(os) passa pela escuta ativa, pela abertura ao diálogo e à negociação daquilo que é possível de ser realizado naquele momento. Também se faz necessária a criação de estratégias interprofissionais e interdisciplinares que contribuam com a participação da população, como grupos mais horizontais e inclusivos, consultas compartilhadas (evitando, por exemplo, a duplicidade/repetição de orientações) e a maior participação das ACS nos atendimentos e planos terapêuticos.

2.2 Reuniões devolutivas com as equipes

Buscando compreender o impacto e as perspectivas a partir das entrevistas realizadas, foi proposta uma reunião devolutiva para toda a equipe da UBS. Foi um espaço rico e potente de troca, em que se introduziu uma discussão mais ampla sobre interprofissionalidade, sobre o processo de saúde-doença e a HAS, além de repactuar o trabalho coletivo e colaborativo entre a equipe e o grupo tutorial.

Surgiram, então, propostas de ações interprofissionais a serem desenvolvidas para qualificar os atendimentos e aproximar o que é oferecido pela UBS com as reais necessidades de saúde e possibilidades da população, como: a realização de consultas compartilhadas por diferentes profissionais, a reestruturação dos grupos com pessoas hipertensas (ampliando, por exemplo, a participação de usuários(as)), a elaboração de material educativo (cartilha ou vídeo) sobre HAS e, sobretudo, espaços de educação permanente da equipe (como oficinas temáticas sobre medicamentos para HAS e possíveis efeitos adversos, novas estratégias de cuidado e acolhimento, saúde mental e competências colaborativas), assim como, a inclusão das práticas integrativas em saúde destinadas ao cuidado de pessoas com hipertensão.

Também foi possível observar que determinadas(os) profissionais da UBS, como aquelas(es) da área administrativa, da Odontologia e da Farmácia, estavam mais afastados(as) dos espaços interprofissionais já instituídos, sendo necessário ampliar sua participação, bem como criar novas práticas interprofissionais na equipe.

3 | DISCUSSÃO

A escuta ativa de usuários(as) e profissionais da saúde, a partir das entrevistas realizadas, contribuiu com o processo constante de produção de saúde (REINERS et al, 2008), por colaborar com a formação de vínculos e com o reconhecimento, de um lado, de necessidades e desejos da população e, de outro, das preocupações e propostas terapêuticas desses(as) profissionais. Ademais, no escopo das ações do PET Saúde/ Interprofissionalidade, as entrevistas e reuniões de equipe favoreceram a aproximação e familiarização de estudantes de graduação em Saúde com usuários(as), profissionais e processos de trabalho na Atenção Primária.

A abordagem através de entrevistas foi uma alternativa prática e direta para conhecer

melhor o público com o qual se pretendia trabalhar nos próximos meses de projeto, ou seja, para centralizar o(a) usuário(a) com hipertensão, entender e incentivar sua participação no processo de cuidado. Outro objetivo do grupo tutorial era conhecer e qualificar as práticas interprofissionais já existentes na UBS, procurando incluir usuários(as), além de sensibilizar profissionais e o serviço sobre a importância de sua corresponsabilidade na produção da adesão (BERTOLOZZI et al, 2009).

Nesse sentido, a reunião devolutiva abriu caminhos para discutir interprofissionalidade com a equipe da UBS. Configurou-se como um espaço potente de escuta, compartilhamento de conhecimentos e experiências, elaboração de propostas e atuação prática e de inclusão de outros(as) profissionais, para (re)pensar as potencialidades e desafios dos processos de trabalho, sobretudo em relação à HAS e ao cuidado às pessoas com condições crônicas. Além disso, alguns profissionais descreveram a reunião como um momento de acolhimento, inclusão e pertencimento à equipe, o que também contribuiu para a construção do trabalho colaborativo em saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interprofissionalidade mostrou-se fundamental para garantir a atenção integral à saúde (PEDUZZI, 2016), em especial na Atenção Primária. Investir na escuta ativa de usuários(as) e na discussão de suas demandas e desejos com a equipe favoreceu a ampliação de sua participação, de modo que as estratégias de cuidado possam ser mais dialogadas com suas reais necessidades de saúde. Outro ponto relevante foi o reconhecimento das realidades socioeconômicas dos diferentes territórios abrangidos pela UBS, para que assim, além de atender às singularidades de usuários(as), o cuidado em saúde atue em pontos específicos de cada território, de forma mais coletiva. Com isso, colaborou-se com a construção de práticas interprofissionais e do processo conjunto de adesão.

AGRADECIMENTOS

A todas(os) as(os) profissionais do grupo tutorial e da UBS, que acolheram o PET Saúde/Interprofissionalidade e contribuíram de forma potente, sempre receptivos e engajados em ampliar as práticas interprofissionais. Aos usuários(as), que nos receberam em suas casas e responderam às entrevistas, participando ativamente no processo de busca por melhorias no cuidado às pessoas com hipertensão.

REFERÊNCIAS

BERTOLOZZI, Maria Rita; NICHATA, Lucia Yasuko Izumi; TAKAHASHI, Renata Ferreira; CIOSAK, Suely Itsuko; HINO, Paula; VAL, Luciane Ferreira do; GUANILLO, Mónica Cecília de La Torre Uguarte; PEREIRA, Érica Gomes. **Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva**. Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo, vol.43, n.2, p.1326-1330. Dez, 2009. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>>. Acesso em: 01 de maio 2021.

BRASIL. **Edital nº 10, 23 de julho 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Pet-Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019**. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, edição 141, seção 3, página 78, 2018.

MENEZES, Thiago de Castro; PORTES, Leslie Andrews; SILVA, Natália Cristina de Oliveira Vargas e. **Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa**. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 325-333, Set, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2020000300325&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de maio de 2021.

PEDUZZI, Marina. **O SUS é interprofissional**. Interface (Botucatu), Botucatu, v.20, n.56, p.199-201. Março, 2016. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0199.pdf>>. Acesso em: 01 de maio 2021.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; VIEIRA, Maria Aparecida; ARRUDA, Anna Lucia Gawlinski de. **Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 2, pp. 2299-2306. Dez, 2008. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>>. Acesso em: 01 de maio de 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica**. 2019.

IMPACTOS DA NOVA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Karine Barroso Silva

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Roraima
Boa Vista – Roraima
<http://lattes.cnpq.br/2116544699098756>

Aristides Sampaio Cavalcante Neto

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Roraima
Boa Vista – Roraima
Orcid 0000-0001-5863-4303

Emanuel Araújo Bezerra

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Roraima
Boa Vista – Roraima
<http://lattes.cnpq.br/9614421344397715>

Karla Santana Moraes

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Roraima
Boa Vista – Roraima
<http://lattes.cnpq.br/4597054112781363>

RESUMO: Em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi reformulada e republicada, reforçando as bases conceituais e teóricas da estratégia, além de definir a Estratégia e Saúde da Família (ESF) como o principal dispositivo de consolidação da Atenção Básica e trazendo novas orientações no que diz respeito à operacionalização do trabalho

na Atenção Básica. Desde o ano de 2015, a capital do estado de Roraima recebe milhares de imigrantes venezuelanos que fogem de sua terra natal devido a grave crise econômica e humanitária, modificando sua realidade nos serviços de saúde. Nesse sentido o objetivo deste estudo foi identificar os impactos da nova PNAB na saúde do município de Boa Vista. Definiu-se como metodologia a pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, utilizando-se entrevista e observação participante para a coleta dos dados, ocorrendo nos meses de agosto a outubro de 2018, nas unidades básicas de saúde e na secretaria municipal de saúde de Boa Vista. A análise realizada através deste trabalho para averiguar uma política em fase de aprimoramento e execução, sem dúvidas se mostrou positiva, uma vez que demonstrou fatores que condicionam a efetiva implementação das novas práticas exigidas na política, como a produção de materiais específicos pelo ministério da saúde para auxiliar os gestores no cumprimento das normas. Ao mesmo tempo destacou-se aspectos negativos que atrasam a adequação dessas práticas, tais como: a falta de conhecimento por parte dos servidores da atenção básica, mesmo após um ano de implantação da nova política. Diante disso, destaca-se que as políticas públicas de saúde são criadas para padronizar e otimizar atividades ou processos e que devem se constituir em conjunto com os três entes federativos mais a comunidade, mas que a efetivação dessas políticas depende da implementação por parte dos gestores locais.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica, Reformulação, Políticas Públicas

IMPACTS OF THE NEW BASIC CARE POLICY ON HEALTH IN THE CITY OF BOA VISTA-RR

ABSTRACT: In 2017, the National Primary Care Policy (PNAB) was reformulated and republished, reinforcing the conceptual and theoretical bases of the strategy, in addition to defining the Family Health and Strategy (ESF) as the main device for consolidating Primary Care and bringing new guidelines regarding the operationalization of work in Primary Care. Since 2015, the capital of the state of Roraima has received thousands of Venezuelan immigrants fleeing their homeland due to a serious economic and humanitarian crisis, changing their reality in health services. In this sense, the objective of this study was to identify the impacts of the new PNAB on the health of the municipality of Boa Vista. Descriptive research with a qualitative approach was defined as methodology, using interview and participant observation for data collection, occurring in the months of August to October 2018, in the basic health units and in the municipal health department of Boa Vista. The analysis carried out through this work to ascertain a policy in the phase of improvement and execution, has undoubtedly proved to be positive, since it demonstrated factors that condition the effective implementation of the new practices required in the policy, such as the production of specific materials by the Ministry of Health to assist managers in complying with the rules. At the same time, negative aspects that delay the adequacy of these practices were highlighted, such as: the lack of knowledge on the part of primary care workers, even after one year of implementation of the new policy. Therefore, it is highlighted that public health policies are created to standardize and optimize activities or processes and that they must be constituted together with the three federative entities plus the community, but that the effectiveness of these policies depends on the implementation by the managers locations.

KEYWORDS: Primary Care, Reformulation, Public Policy.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária (APS) é responsável pela maior parte dos atendimentos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e responde pela solução de cerca de 80% de suas demandas (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) norteia a tomada de decisões no âmbito da APS e lastreia-se sobre as leis 8080 e 8142 de 1990. A PNAB foi criada com o objetivo de possibilitar o acesso universal e atenção longitudinal de saúde aos usuários do SUS, considerando que a APS é a porta preferencial de entrada. Outrossim, busca garantir um cuidado integral refletindo positivamente sobre a qualidade de vida e autonomia de pessoas e coletividades (BRASIL, 2017).

A PNAB passou por um processo de reformulação e no ano de 2017 foi instituído seu novo formato. Diante dessa mudança, as administrações de saúde, em todas as esferas de governo, realizaram adequações às novas perspectivas apresentadas (BRASIL, 2017).

O objeto de análise desta pesquisa foi a repercussão da nova PNAB sobre os processos de trabalho da APS do município de Boa Vista, em Roraima. Desde o ano de 2015, a capital do estado recebe milhares de imigrantes venezuelanos que fogem de sua

terra natal devido a grave crise econômica e humanitária estabelecida pela decadência do petróleo nacional (SIMÕES, 2018).

Considerando que Boa Vista passa por transformações na sua realidade de saúde oriundas no fenômeno migratório venezuelano e que a nova PNAB propõe preencher lacunas relacionadas ao atendimento universal, integral e igualitário apregoado pela Lei 8080, convém questionar: Quais as potencialidade e fragilidades trazidas pela PNAB para a APS do município de Boa Vista?

A partir dessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi identificar os impactos da nova PNAB na saúde do município de Boa Vista.

2 | MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa cujo desenho é exploratório, analítico e descritivo. Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva explicita características de determinada população ou fenômeno bem como o estabelecimento de relações entre variáveis. Prodanov e Freitas (2013) postulam a pesquisa qualitativa como uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A pesquisa foi realizada no município de Boa Vista, capital do estado de Roraima. Os dados foram coletados na Secretaria Municipal de Saúde bem como nas seguintes Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista: UBS Pricumã, UBS Asa Branca e UBS Olenka Macellaro Thomé Vieira. A coleta de dados aconteceu de agosto a outubro de 2018. Os critérios de inclusão foram: estar empossado (a) no cargo de superintendente da Atenção Básica do município de Boa Vista e concordar em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos todos os que não se adequavam às condições supracitadas.

2.1 Percurso Metodológico

Realizou-se observação participante, com o apoio de um roteiro com pontos chaves a serem averiguados in loco. A observação ocorreu nas três unidades de saúde escolhidas, a fim de se averiguar a adequação dos serviços à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Posteriormente, foi feita a aplicação de um questionário à Superintendente da Atenção Básica do município de Boa Vista, em virtude de suas responsabilidades enquanto coordenadora da porta de entrada do sistema único de saúde: atenção básica. Após coleta dados e registros os mesmos foram armazenados em mídia CD e Pen drive, para maior segurança das informações coletadas. Posteriormente foram excluídos os sujeitos que não estavam ligados às atividades da Atenção Básica de Boa Vista. Tendo em vista a aplicação de questionário, os participantes poderiam perceber sua privacidade invadida, bem como mau uso do tempo de seu trabalho, assim como interferência na sua rotina de vida. Buscamos minimizar os riscos promovendo um ambiente confortável para a participante

durante a coleta dos dados. Ainda assim, houve orientação que a qualquer momento a mesma poderia desistir de participar da pesquisa.

A presente pesquisa ocorreu segundo o que estipula as Resoluções 196/1996 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo aos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, sendo submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil e direcionada a Universidade Estadual de Roraima, seu número do CAAE é 93990218.1.0000.5621, e seu parecer de aprovação nº 2.788.455.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente destacamos informações dos locais de pesquisa, com ênfase na quantidade de equipes de estratégia e saúde da família e sua composição. Em um segundo momento, realizamos a descrição dos resultados da observação e discussões. Em um terceiro momento, realizamos a apresentação dos resultados da aplicação do questionário realizada com a Superintendente de atenção básica do município de Boa Vista.

3.1 Caracterização dos Locais de Observação

As unidades fazem parte da atenção básica da saúde do município de Boa Vista e são responsáveis pela oferta de serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos usuários do sistema único de saúde, ofertando serviços médicos, exames laboratoriais e programas de saúde, como Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde da Criança, dentre outros.

Do ponto de vista da quantidade de equipes alocadas nas unidades de saúde, a Unidade Básica Pricumã, possui: 1 Equipe de Estratégia e Saúde da Família com 9 profissionais, sendo: 6 ACS; 1 Médico; 1 Enfermeiro; e 1 técnico em enfermagem.

A Unidade Básica Asa Branca possui: 2 Equipes de ESF que totalizam 19 profissionais, distribuídos da seguinte forma:

- Equipe 1: 6 ACS; 1 médico; 1 enfermeiro; 1 técnico em enfermagem;
- Equipe 2: 7 ACS; 1 médico; 1 enfermeiro; e 1 técnico em enfermagem.

Já a Unidade Básica Olenka possui 3 Equipes de saúde que totalizam 29 profissionais de saúde, distribuídos da seguinte forma:

- Equipe 1: 6 ACS; 1 médico; 1 enfermeiro; 1 técnico em enfermagem;
- Equipe 2: 6 ACS; 1 médico; 1 enfermeiro; 1 técnico em enfermagem; 1 cirurgião dentista; e 1 técnico em saúde bucal;
- Equipe 3: ESF TN 1- 6 ACS; 1 médico; 1 técnico em enfermagem; 1 enfermeiro.

3.2 Aspectos Observados nas UBS

3.2.1 *Integração da Atenção Básica e Vigilância*

Em observação nas unidades foi possível identificar que a respeito desta mudança ainda não se tem nenhuma modificação/informação que corresponda a inserção do ACE nas atividades das equipes.

Essa integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser efetiva quanto a recomendação para adoção de um território único para ambas as equipes, onde o Agente de Combate às Endemias (ACE) trabalhe em conjunto com o ACS e os demais membros da equipe multiprofissional de atenção básica na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções e ações de saúde no território.

3.2.2 *Composição das equipes*

Em pesquisa na unidade Pricumã, foi identificado a existência de apenas uma equipe mínima na unidade, conforme descrito anteriormente. Observa-se insuficiência na cobertura da população daquela área, justificada pela quantidade de membros da equipe, considerada aquém das necessidades. A unidade também possui infraestrutura limitada para a realização das ações e atividades da equipe.

A UBS Olenka possui três equipes. Já a UBS Asa Branca possui duas equipes. Todos esses tipos de equipes devem ser formados a partir de uma necessidade real que englobe a área coberta por uma unidade, sendo assim, é primordial um estudo populacional nessa área no que tange a aspectos relacionados a condições de saúde bem como aspectos que podem interferir na mesma.

3.2.3 *Territorialização/Vínculo*

Neste aspecto, de acordo com a PNAB, o usuário agora pode se vincular a mais de uma UBS, através de negociação entre gestão e equipes mantendo a informação com a equipe de referência. As UBS serão responsáveis por garantir essa negociação, através de pactuação, permitindo assim, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

Quanto ao que foi observado em loco, nas três unidades visitadas, todos os usuários são atendidos normalmente, independentemente de estarem vinculados ou não à UBS, sob orientação dos funcionários aos usuários para que procurem atendimento na UBS do bairro na qual eles residem.

3.2.4 *Carga horária*

De acordo com a PNAB, para a equipe de saúde da família, a carga horária é de 40 horas/semanais para todos os membros da equipe, sendo obrigatória o seu cumprimento, juntamente a obrigatoriedade dos profissionais da ESF de ficarem vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família.

Já a equipe de atenção básica, a composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais, já que é uma equipe de caráter complementar na unidade básica de saúde.

Nas três UBS, todos os profissionais da ESF cumprem carga horária de 40 horas/semanais, e não há existência de cumprimento de carga horária diferente desta.

3.3 **Dificuldades das UBS**

3.3.1 *Falta de conhecimento acerca das mudanças*

Observou-se que, de modo geral, pouco se sabe sobre a existência de alterações na nova PNAB. Alguns profissionais da unidade Olenka obtiveram o conhecimento sobre a nova política, porém fica evidente que a busca foi por interesse próprio. Entretanto, na UBS Asa Branca existe conhecimento por parte dos profissionais que fazem parte das ESF.

De acordo com dados colhidos na observação, as mudanças da política nacional de atenção básica não envolvem apenas as ESF, mas são relativas a todos os profissionais, desde o planejamento estratégico até a operacionalização das atividades.

3.3.2 *Dificuldades de adaptação às mudanças da nova política*

Durante a observação realizada na UBS Pricumã, não se encontrou informações sobre a PNAB, devido a inexistência/falta de conhecimento sobre a reformulação da PNAB, e por não conter mudanças da política em ocorrência dentro da unidade básica.

Na observação realizada na unidade Olenka, não se identificou mudanças em fase de implantação, portanto não se demonstrou dificuldades para tal situação. Da mesma forma, na UBS Asa Branca também não se identificou mudanças em fase de implantação,

As mudanças sempre causarão desconfortos e dificuldades de adaptação, seja qual o for o seu tipo. No caso da PNAB não é diferente, e talvez seja bem mais difícil, em virtude de sua extrema importância para todo um nível de atenção e por ter uma representatividade dentro do contexto do Sistema Único de Saúde.

3.3.3 *Resistência dos profissionais às novas práticas*

Mesmo com pouco conhecimento/informação sobre as mudanças nas unidades básicas, percebe-se que em alguns profissionais tem interesse pela busca de mais

informações sobre essa política, e já demonstram resistência frente as novas exigências por criticar a forma como ocorreu o processo de aprovação da nova PNAB, no entanto também tem aqueles que preferem aguardar o posicionamento da SMSA.

3.4 Papel da Secretaria Municipal de Saúde

Dentro do contexto de gerenciamento da atenção básica, é importante destacar que a Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela coordenação da APS, e deve cumprir segundo o Art.10 da portaria 2.436/17 algumas das seguintes recomendações: Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica; programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial; estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica.

No entanto, não se evidenciam manifestações oriundas da Secretaria Municipal de Saúde frente à nova política com os gestores das unidades básicas de saúde. Apesar disto, a Superintendente de Atenção Básica do município nos informou através de respostas ao questionário que lhe foi aplicado, aspectos relativos a participação da Secretaria neste processo e sua preocupação frente a algumas mudanças da PNAB.

3.4.1 Realização de reuniões e capacitações

De acordo com informações coletadas, a secretaria ainda não se pronunciou junto as unidades básicas para apresentação e planejamento de ações referentes a adequação às normas referentes a política nacional de atenção básica, e consequentemente também não houve registros de capacitações agendadas ou em ocorrência.

3.5 Aplicação de Questionário

A segunda etapa de coleta dos dados ocorreu segundo critérios de aplicação de questionário, utilizando-se um questionário com 6 perguntas abertas. Este questionário foi aplicado à Superintendente de Atenção Básica do município de Boa vista, após a mesma ter assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Diante disso, discorreremos breve discussão comparada às informações disponibilizadas em cada questão do questionário para complementação, tendo em vista que todos os assuntos questionados já foram de alguma forma expressados no decorrer desta pesquisa. Vale ressaltar que nas informações colhidas, não foram feitas nenhum tipo de alteração seja acentuação, pontuação ou ortografia.

1. E em relação à Atenção Primária à Saúde - APS, você concorda que a nova reformulação veio no momento adequado? Por que?

“Sim, num momento de crise financeira no país o exemplo de reconhecimento de novos formatos de equipe é importante para pequenos municípios. A inserção do gerente de UBS para o aprimoramento da AB. A integração da vigilância em saúde com a AB como território único de atuação para melhor “traçado” das estratégias”.

Relacionado a isso, nota-se que a percepção da participante perpassa pela análise situacional do momento em que a nova reformulação ocorreu, ou seja, análise dos fatores que não foram considerados ou que podem vir a interferir na implementação das mudanças, o que de fato é verídico, uma vez que os municípios menores e com menos recursos ao implantar novas equipes, receberão financiamento para a realização das ações.

2. Você teve conhecimento do período em que a minuta ficou aberta a propostas (10 dias)? Foi possível fazer alguma sugestão?

“Sim, sim participei da proposta de integração da vigilância e AB”.

Referente a este ponto, a participante menciona que teve conhecimento do período em que houve abertura de uma minuta para colher sugestões, e que também participou de uma proposta, o que de fato é de extrema importância que a gestão municipal efetive suas participações em temas como este, mostrando compromisso em propor melhorias na assistência ofertada para a população.

3. Na sua opinião faltou mais participação (de municípios, usuários, gestores) no processo de reformulação da política? Houve tempo suficiente para sugestões?

“Sim. O tempo foi curto”.

A minuta ficou aberta durante 10 dias, e recebeu em torno de 6 mil contribuições, no entanto a CIT destaca que algumas sugestões recebidas já se encontravam na pauta principal da reformulação. A participante acredita que o tempo foi sim curto, e que os municípios, gestores e usuários poderiam ter mais participação neste processo.

4. Em quanto tempo você acredita as unidades básicas conseguirão se adaptar as mudanças da PNAB?

“Na região norte em especial existem algumas mudanças com atribuições e competências municipais que muitos municípios não têm condição de absorver com recursos próprios exemplo: Garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população”.

A PNAB trouxe modificações e novas considerações sobre o processo de trabalho na atenção básica, neste caso essas alterações podem provocar dificuldades para o cumprimento das mesmas. A participante cita que algumas mudanças se tornarão difíceis de cumpri-las por questão de falta de recursos próprios.

5. Das principais mudanças que ocorreram na PNAB, quais você considera como positivas? E negativas?

“Positivos: Reconhecimento de nova equipe mínima/integração da vigilância com AB com a inserção do ACE nas equipes; inserção das práticas integrativas e complementares; fortalecimento do NASF; atualização das atribuições dos profissionais de Equipe. Negativo: O município garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população”.

Referente a esta abordagem, percebe-se que a participante obtém conhecimento

do que venha a ser positivo e negativo dentro do contexto das modificações da PNAB, enfatizando algumas mudanças que ela acredita que se encaixam nesta classificação. Vale ressaltar que em cada município se evidenciam situações, culturas e necessidades diferentes e que precisam de uma análise mais crítica e participação efetiva de todos os envolvidos neste processo.

6. Se você tivesse a oportunidade de propor uma mudança na PNAB, qual seria?

“Inclusão do profissional Biólogo em equipe diferenciada e propor equipe de população específica – Equipe de população saúde da família nos abrigos com composição mínima. (méd/enf), técnicos em enfermagem; tec. em saúde bucal; psicólogo, assistente social e apoiador de saúde (como migrante da área de saúde)”.

Essa última questão propõe averiguar sobre o conhecimento da participante frente às situações que são necessárias para as atividades na saúde do município, o que se nota claramente quais são as necessidades locais na opinião dela, como por exemplo: incluir o profissional biólogo em equipe diferenciada e criação de equipes específicas nos abrigos da capital.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada através deste trabalho para averiguar uma política em sua fase de aprimoramento e execução, sem dúvidas se mostrou positiva, uma vez que demonstrou fatores que condicionam a efetiva implementação das novas práticas e ao mesmo tempo destacou aspectos negativos que atrasam a adequação dessas práticas.

Para os usuários do sistema de saúde, é importante ressaltar que os mesmos são o motivo pelo qual se fazem propostas visando melhorar a assistência ofertada, por meio da regulamentação das políticas.

Os profissionais de saúde da assistência clínica, da assistência administrativa e demais trabalhadores da saúde, por terem uma formação acadêmica mais ampla, na qual adquiriram conhecimento sobre o sistema único de saúde, tem uma percepção mais afluada tornando-se mais críticos a qualquer mudança que venha a alterar o modo de trabalho que já estão acostumados.

Para compreender o processo gerencial da implantação das novas exigências, esta pesquisa contou com a participação da superintendente de atenção básica, no qual a mesma falou sobre suas impressões acerca da nova política, além de ter relatado sua experiência de participação na construção da mesma.

Ao longo das observações ficou evidente que a PNAB ainda não ocupa, amplamente, os espaços de discussão dentro das unidades de saúde, isso se justifica pelos fatores: falta de conhecimento acerca da nova política e nenhum informe da secretaria junto as UBS, que foram observados in loco.

Por todos esses aspectos, considera-se que uma política que abrange todo nível

primário de saúde, e que determina a operacionalização das atividades é primordial que aconteça uma participação efetiva dos três entes federativos em consonância com as reais necessidades e peculiaridades de cada esfera de gestão.

As limitações desta pesquisa relacionam-se à quantidade limitada de entrevistados. Em que pese a qualidade dos depoimentos, observa-se carecimento de mais opiniões para que se estabeleça uma compreensão mais robusta do fenômeno estudado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

_____. **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 República Federativa do Brasil; Brasília, 19 Set 1990.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União. Brasília, 28 mar 2006.

_____. O que muda com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica? Consensus **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Ano VII. Número 24. julho, agosto e setembro, 2017^a.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed- são Paulo: atlas, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Cuidados primários de saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde,** Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979.

PRODANOV, C. C; FREITAS, C. E. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Feevale. Novo Hamburgo: – Rio Grande do Sul, 2013.

SIMÕES, G. F. **Perfil Sociodemográfico e Laboral da Imigração Venezuelana no Brasil** Brasília, DFObservatório das Migrações Internacionais, 2018. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2017/Perfil_imigracao_ven_Roraima_resumo.pdf

IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC), COM ÊNFASE NAS PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA DE 2007 À 2017

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Fernanda Carmo dos Santos

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
Belém-PA
<http://lattes.cnpq.br/2308933081024135>

Wanne Thaynara Vaz Gurjão

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
Belém-PA
<http://lattes.cnpq.br/8723427643493141>

Andrea Portal do Espírito Santos

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
Belém-PA
<http://lattes.cnpq.br/0702854161438353>

Marcelina Ribeiro da Silva

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
Belém-PA

Nelyana Alessandre Alves de Lima

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
Belém-PA
<http://lattes.cnpq.br/0688861798068199>

RESUMO: O presente artigo objetiva identificar as evidências na literatura sobre a implantação da PNPIC com ênfase em plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Básica no período de 2007 à 2017. Trata-se de uma pesquisa qualitativa explorativa do tipo revisão bibliográfica, com levantamento de artigos nas bases de dados Biblioteca virtual em Saúde (BDENF) e Scientific Library Online(SCIELO). A análise dos artigos

permitiu a formação de duas categorias: As dificuldades da implantação da PNPIC com ênfase em plantas medicinais e os benefícios da PNPIC com enfoque em plantas medicinais. Acredita-se que a pesquisa tenha relevância para os enfermeiros e futuros enfermeiros, pois busca entender as causas de não haver uma difusão dessa política, bem como o estímulo de criação de pesquisas nessa temática.

PALAVRAS-CHAVE: Plantas medicinais; Enfermagem; Atenção Básica.

IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL POLICY ON INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES, WITH AN EVALUATION OF THE MEDICAL TECHNIQUES IN PRIMARY CARE: A LITERATURE REVIEW FROM 2007 TO 2017

ABSTRACT: The present article aims to identify the evidence in the literature on the implementation of the PNPIC with emphasis on medicinal plants and phytotherapeutic in Primary Care from 2007 to 2017. This is a qualitative exploratory research of the type biographic review, with a search of articles in the databases Biblioteca Virtual em Saúde (BDENF) and Scientific Library Online (SCIELO). The analysis of the articles allowed the formation of two categories: Difficulties in the implantation of the PNPIC with emphasis on medicinal plants and The benefits of the PNPIC with a focus on medicinal plants. It is believed that the research is relevant for nurses and future nurses, because it seeks to understand the causes of not having a diffusion of this policy, as well as the stimulation of research creation in this

theme.

KEYWORDS: Medicinal plants; Nursing; Basic Attention.

1 | INTRODUÇÃO

Plantas medicinais são todas as espécies de vegetais que tenham o poder de cura para determinada comunidade, contendo propriedades reais ou imaginárias, empregada na prevenção, tratamento e recuperação dos males dos homens e/ou animais (MATA, 2011).

A origem do conhecimento dos homens sobre as plantas mescla-se com sua própria história, visto que as plantas vieram como uma tentativa de interação do homem com o meio em que vive, na perspectiva de suprir suas necessidades básicas (ALMEIDA, 2011).

De acordo com Almeida (2011), o homem primitivo dependia fundamentalmente da natureza para sua sobrevivência e utilizou-se principalmente das plantas medicinais para busca da cura, Varela e Azevedo (2014), fazem referência ao uso de plantas medicinais em todas as civilizações como em todos os períodos da história da humanidade, antes com características religiosas e curativas, nas quais colocavam o homem em contato com o divino, para assim obter uma melhoria em sua saúde. Sendo os curandeiros, que desenvolviam um conjunto de substâncias secretas que guardava com zelo, transmitindo-o, seletivamente, de geração a geração.

Os primeiros registros de utilização das plantas com fins terapêuticos datam do período de 2800 a.c, quando o imperador chinês Shen Nung catalogou 365 ervas e venenos. No Brasil, o uso de plantas medicinais no tratamento de doenças representa uma miscigenação, fortes influências das culturas africana, indígena e europeia. Registros afirmam que os primeiros médicos portugueses que vieram para cá, diante da escassez de medicamentos empregados na Europa foram obrigados a perceber desde cedo a relevância dos remédios vegetais utilizados pelas tribos indígenas. (ARAÚJO et al. 2015).

Com o começo da química experimental, no século XIX, as práticas empíricas cederam lugar para a revolução tecnológica e industrial, no qual sintetiza-se em laboratório substâncias orgânicas puras e concentradas das plantas, produzidas em larga escala, com isso os alopáticos tornaram-se populares e altamente difundidos pela comunidade médica (VARELA; AZEVEDO, 2014).

O modelo biomédico vigente estava centrado na patologia, na especificidade do corpo e na hospitalização, ignorando as outras particularidades do cuidar. Com a inserção das plantas medicinais como método científico/terapêutico houve o rompimento deste, sendo que vários fatores contribuíram para o uso das plantas medicinais, como o alto custo dos medicamentos, uso abusivo e irracional de fármacos, acesso precário a assistência de saúde, baixo custo e a continuidade de práticas familiares (BADKE et al. 2012).

Na atualidade há uma grande preocupação sobre a alta prevalência da automedicação, no Brasil foi constatado que 16,1% da população se automedica, sendo

maior na região Nordeste (23,8%), Centro-Oeste (19,2%); Norte (17,8%); Sudeste (12,8%) e Sul (11,4%). Mostrou-se ser uma prática comum ao sexo feminino (19%) com faixas etárias em 0 a maiores de 60, associado a uma, duas ou mais doenças crônicas e do sexo masculino (13,1%), com as mesmas faixas etárias (ARRAIS et al. 2016). Contudo, Mata (2011), afirma que ao longo dos anos vem sendo perceptível um aumento do número de pessoas que utilizam plantas medicinais como alternativa para tratamento, a priori aquelas que não têm acesso à assistência em saúde e aos medicamentos farmacológicos, e por influências culturais, tais quais os caboclos, ribeirinhos, quilombolas, pessoas do campo e floresta e algumas tribos indígenas.

Nesse contexto, complementarmente a educação ambiental serve como instrumento para a construção de vínculo entre profissional e paciente, pois resgata a cultura intrínseca deste, assim como lhes dar uma nova percepção do seu espaço, valorizando-o e fazendo com que se torne protagonista do seu ambiente, assim sendo, formará um cidadão consciente sobre as boas práticas ambientais, tanto a respeito de cuidar da natureza, mas também como tirar proveito desta sem a agredir. Haja vista, as plantas medicinais servem de base para se conhecer o potencial da biodiversidade de uma região, a utilização de plantas medicinais envolvem tanto os aspectos sociais, biológicos, quantos os culturais e éticos.

Segundo Silva et al. (2014) as informações obtidas a partir de pesquisas no ramo das plantas medicinais servirá para refinar e otimizar os usos populares correntes. Além do mais, ressalta ele, a forte ação do homem no ecossistema está ocasionando a perda de extensas áreas verdes, e junto, a perda de tradições orais milenares no que diz respeito a plantas medicinais e do conhecimento acumulado por populações que habitam essas áreas. Além de plantas medicinais que podem desaparecer sem antes serem descobertas e estudadas pela ciência.

Quando mencionado o Brasil, deve-se ter em mente um país diverso, com um potencial enorme a ser explorado, principalmente se considerarmos o quão pouco se sabe sobre essa biodiversidade. A cultura tradicional das populações deve ser estudada, protegida e valorizada, pois com isso torna-se maior a viabilidade de assegurar os serviços ambientais dos ecossistemas naturais.

Deve ser dado um incentivo maior a valorização dessa cultura, uma vez que, na grande parte das comunidades, somente gerações mais antigas preservam esse conhecimento. Assim sendo, o resgate desse saber torna-se algo indispensável, permitindo que não desapareça ao longo do tempo.

Acreditamos que a educação efetiva pode contribuir para mudar esse quadro, através das plantas medicinais na educação ambiental como ferramenta para o alcance desse objetivo, pois é um tema relacionado a tudo e a todos, seja no nível social, científico ou étnico-científico, relacionado intimamente ao ambiente em nível cultural, econômico e político.

Aplicar educação ambiental na abordagem transdisciplinar é um dos caminhos para um mundo mais sustentável. Ao cultivar esse patrimônio cultural estaremos contribuindo para a formação do educador e do educando, de maneira a valorizar a cultura popular, respeito às diferenças e valores éticos/comportamental, valorização da vida, do conhecimento em todos os níveis, valorização do saber associado local, regional e global e promover o respeito.

No Brasil, foi instituído a Política Nacional de Práticas Integrativa e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 2006), podendo ser nomeado também como Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa (MT/MCA) esta tem com o objetivo abrir novas vertentes terapêuticas aos usuários, juntamente com o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, (BRASIL,2008) e a Política Nacional de Plantas Medicinais (BRASIL, 2006), os quais visam disponibilizar a população o acesso seguro e racional das plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo a integração dos cidadãos com o meio ambiente e o desenvolvimento da cadeia produtiva (BRASIL, 2006), como também fortalece os princípios do SUS, com intuito de atuar nos campos de prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde da população, assim como promover uma assistência humanizada, uma escuta acolhedora e desenvolver vínculos terapêutico, centrado na integridade do indivíduo e na integração deste com o meio ambiente, a sociedade e fomenta a participação popular.

A implementação da PNPIC na Atenção Básica, com sua linha em plantas medicinais faz com que haja uma maior utilização terapêutica de recursos naturais, que antes estavam à margem dos tratamentos das instituições de saúde, que na atualidade vem buscando espaço para sua legitimação como prática científica e não empírica, buscando seu reconhecimento em meio a grande indústria farmacêutica de medicamentos alopáticos (BADKE et al. 2012).

De acordo com a resolução de nº 197, de 19 de maio de 1997, do Conselho Federal de Enfermagem, as terapias alternativas foram declaradas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem, e o Ministério da Saúde divulgou a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse (BRASIL,2009) ao SUS (Renuis), na qual estão presentes 71 espécies vegetais usadas pela sabedoria popular e confirmadas cientificamente. No entanto, ainda se percebe a dificuldade por parte dos profissionais de lidar com a associação dos medicamentos da medicina formal com a tradicional.

De acordo com Varela; Azevedo(2013), por haver pouco ou nenhum contato durante a graduação, muitos acadêmicos desvalorizam essa prática terapêutica, formando assim profissionais com resistência para implementar planos de cuidados alternativos. Apesar de a PNPIC vir com a perspectiva de acrescer o campo do enfermeiro na sua atuação, nota-se um déficit de profissionais capacitados para utiliza-la, construindo uma barreira na implantação e implementação dessa política. (VARELA; AZEVEDO, 2014)

A temática foi escolhida, pois consideramos relevante para formação acadêmica dos

futuros profissionais de enfermagem e para entender quais são as causas de não haver uma difusão do conhecimento dessa política, visto que atuamos na região metropolitana da Amazônia, com fortes influências do uso de plantas medicinais para o tratamento de certas doenças. Assim como, por observamos pouca produção de materiais acerca do tema na região.

Com mais pesquisas acerca do tema, a comunidade será beneficiada de várias formas, o empoderamento da sua saúde e de sua família, praticar de forma correta o manuseio das plantas medicinais, assim como perpetuar a tradição.

Devido os motivos acima citados, a questão que norteia o trabalho dar-se por quais as evidências na literatura sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, com ênfase nas plantas medicinais implantadas na Atenção Básica, no período de 2007 à 2017?

O objetivo deste trabalho é identificar as evidências na literatura sobre a implantação da PNPIC com ênfase em plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Básica no período de 2007 à 2017.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória do tipo pesquisa bibliográfica.

A pesquisa bibliográfica é uma das melhores formas de se iniciar um estudo, pois busca-se semelhanças e diferenças entre os artigos encontrados nas bases de referência. O propósito geral de uma revisão de literatura é reunir conhecimentos sobre um determinado tema, ajudando nas fundamentações de um estudo significativo. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esta tarefa é crucial para os pesquisadores, pois o embasamento científico torna o trabalho mais significativo, apontando para questões relevantes no âmbito acadêmico, que tenha impacto social e profissional (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Este estudo é feito através da coleta de dados em artigos divulgados em fontes eletrônicas públicas, por intermédio de levantamentos bibliográficos e baseados em relevância para a pesquisa com foco na atenção básica.

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BDENF) e o Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa: “Plantas Medicinais” e “Enfermagem”. O período definido foi de 2007 à 2017.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em língua portuguesa; artigos completos que retratassem a temática. Artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados no período de 2007 a 2017. Os critérios de

exclusão foram por artigos que não apresentavam o tema de forma satisfatória, como a não citação da PNPIC, Plantas Mediciniais, não o relacionar com a Atenção Básica e a Enfermagem, trabalhos de conclusão de curso, monografias, dissertações, manuscritos e resumos de artigos em língua estrangeira.

Os dados foram analisados de acordo com a análise temática de Bardin 2009 (SILVA; ASSIS, 2010). Esta metodologia se divide em três etapas, nas quais a princípio há a pré-análise que consiste em ser a fase de organização, com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso da pesquisa. Por segundo a exploração do material que é a análise dos textos sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente. Por fim o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, que podem gerar resultados brutos, ou seja, as categorias que serão utilizadas como unidades de análise são submetidas a operações estatísticas simples ou complexas dependendo do caso, de maneira que permitam ressaltar as informações obtidas. Após isto são feitas inferências e as interpretações previstas no quadro teórico e/ou sugerindo outras possibilidades teóricas.

3 | RESULTADOS

A amostra inicial desse artigo foi de 31 artigos selecionados, sendo 15 extraídos da base de dados Scielo e 16 da BDENF. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 11 artigos finais, dos quais 4 encontram-se no Scielo e 7 no BDENF. O quadro 1 ilustra as especificações destes artigos.

A partir do levantamento dos 11 artigos, foi possível identificar três assuntos mais prevalentes, foram eles: a dificuldade do profissional de utilizar as plantas medicinais através da PNPIC pois não tiveram acesso ao conhecimento das mesma em sua graduação(5 artigos, totalizando de 45%), a transmissão da tradição de uso de ervas medicinais acontece entre gerações via oral (8 artigos, totalizando 73%); as mulheres são as principais transmissoras desse conhecimento tradicional(4 artigos, totalizando 36%). Constatou-se a prevalência de artigos em localidades do sul: sendo 6 na região sul (55%), 1 na região sudeste (9%) e 4 no nordeste (36%). Durante a pesquisa não foi encontrado nem um artigo na região norte nos quesitos de inclusão e exclusão determinados.

Os artigos selecionados foram investigados e distribuídos de acordo com seus conteúdos em duas categorias pré-selecionadas, sendo elas: **As dificuldades da implantação da PNPIC com ênfase em plantas medicinais e os benefícios da PNPIC com enfoque em plantas medicinais.**

Procedência	Título do artigo	Autores	Objetivos	Periodico/ Ano
Biblioteca Virtual em Saúde - BDEF	Práticas populares em Saúde: Autocuidado com Feridas e Usuários de Plantas Medicinais	Silva, Rudval Souza da; Matos, Laíse Souza Lima; Araújo, Ednaldo Cavalcante de; Paixão, Gilvânia Patrícia do Nascimento; Costa, Laura Emmanuela Lima; Pereira, Álvaro.	Tratar feridas com planta medicinais, com enfoque na prática a ser passada através de gerações, tendo a mulher como principal disseminadora dessa herança cultural.	Revista enfermagem UERJ - 2014
Biblioteca Virtual em Saúde - BDEF	Plantas Medicinais como possibilidade de cuidado para distúrbios urinários	Souza, Andrieli Daiane Zdanski de; Mendieta, Marjoriê da Costa; Ceolin, Teila; Heck, Rita Maria.	Comprovou-se cientificamente que muitas plantas populares possuem características curativas. Expondo a importância da valorização do conhecimento popular sobre plantas medicinais	Revista Enfermagem UFSM - 2014
Biblioteca Virtual em Saúde - BDEF	Dificuldades enfrentadas por enfermeiros na aplicabilidade da fitoterapia na atenção da família: revisão integrativa.	Araújo, Anna Karolina Lages de; Araujo Filho, Augusto Cezar Antunes de; Ibiapina, Laís Gama; Nery, Inez Sampaio; Rocha, Silvana Santiago da	Há ausência de planejamento quanto a implementação de fitoterápicos, como: Falta de capacidade dos profissionais e uma desvalorização dessas terapias integrativas.	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental - 2015
Biblioteca Virtual em Saúde - BDEF	Conhecimento e uso de plantas medicinais pelo enfermeiro na estratégia de saúde da família	Varela, Danielle Souza Silva; Azevedo, Dulcian Medeiros de.	Notou-se há predisposição do uso de plantas medicinais no âmbito nacional. Há urgência eminente de práticas integrativa e complementar na formação em saúde	Rev. APS. 2014
Scientific Electronic Library Online - SciELO	Plantas medicinais utilizadas por idosos diagnosticados de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença	Feijó, A.M.I.*; Bueno, M.E.N.I.; Ceolin, T.I.; Linck, C.L.I.; Schwartz, E.I.; Lange, C.I.; Meincke, S.M.K.I.; Heck, R.M.I.; Barbieri, R.L.II; Heiden, G.II	Visa à importância de se estabelecer Estudos científicos com plantas medicinais utilizadas pela população a fim de não causar malefícios os usuários, assim como comprovar sua eficácia.	Revista Brasileira Pl. Med - 2011
Biblioteca Virtual em Saúde - BDEF	Plantas medicinais utilizadas para o alívio da dor pelos agricultores ecológicos do sul do Brasil.	Rafael Haeffner ¹ , Rita Maria Heck ² , Teila Ceolin ³ , Vanda Maria da Rosa Jardim ⁴ , Rosa Líia Barbieri ⁵	As plantas medicinais possuem uma grande importância como tratamento complementares, inclusive no tratamento de dor, devendo ser de competência do profissional inserir esse tratamento em seu plano de prevenção e promoção a saúde	Revista Eletronica de Enfermagem - 2012
Scientific Electronic Library Online - SciELO	Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "programa de saúde da família", Governador Valadares, MG, Brasil	Beatriz Gonçalves Brasileiro ¹ ,*; Virginia Ramos Pizziolli; Danilo Santos Matos ^{II} ; Ana Maria Germanol; Claudia Masrouah Jamali ^{IV}	Foi feito um levantamento das principais causas de uso e preparos das plantas medicinais, sendo feita orientações corretas sobre o cultivo e emprego terapêutico.	Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas - 2008

Scientific Electronic Library Online - SciELO	Plantas Medicinais: o saber sustentado na pratica do cotidiano popular	Marcio Rossato Badkel; Maria de Lourdes Denardin BudóII; Fernanda Machado da SilvallI; Lúcia Beatriz ResselIV	Conhecer o cotidiano dos moradores da comunidade em um município do rio grande do sul, com enfoque no emprego terapêutico de plantas medicinais no cuidado de saúde.	Escola Anna Nery -2011
Scientific Electronic Library Online - SciELO	Saberes e praticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais	Marcio Rossato Badkel; Maria de Lourdes Denardin BudóII; Neide Aparecida Títonelli AlvimIII; Gilberto Dolejal ZanettilV; Elisa Vanessa HeislerV	Conhecer a procedência dos saberes e das praticas quanto ao uso terapêutico de plantas medicinais por moradores de uma comunidade.	Texto Contexto Enfermagem - 2012
Scientific Electronic Library Online - SciELO	A inserção das terapias complementares no Sistema Único de Saúde visando o cuidado integral na assistência	*Ceolin *Ceolin, T., **Heck, RM., *Pereira, DB., ***Martins, AR., **Coimbra, VCC., ***Silveira, DSS.	Busca o uso de terapias complementares, visando um atendimento integral ao paciente, promovendo a saúde do individuo assistido.	Revista Eletrônica Cua-trimestral de Enfermaria - 2009
Biblioteca Virtual em Saúde- BDEF	Dificuldades de Profissionais de saúde frente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos.	Varela, Sanielle Souza Silva, Azevedo, Dulcian Medeiros de.	Identificar as dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na aplicabilidade de plantas medicinais e fitoterápicos na Estratégia Saúde da Família.	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental - 2013

Quadro 1. Caracterização dos estudos incluídos.

4 | DISCUSSÃO

As dificuldades na implantação da PNPIC com ênfase em plantas medicinais

Da análise dos artigos selecionados percebe-se em sua maioria que há dificuldades na implantação da PNPIC, com enfoque em plantas medicinais, dentre elas destaca-se a falta ou fragilidade do conhecimento científico. Em seu estudo Araújo et al. (2015), demonstra que uma das principais dificuldades encontradas para a implantação da política é a falta de embasamento científico, já que muitos profissionais descrevem que obtiveram pouco ou nenhum contato com o assunto durante a sua graduação ou depois de formados. E de acordo com Varela; Azevedo (2013), quando ocorre o contato do tema ministrado durante a graduação, muitos dos graduandos o desconsidera como prática terapêutica, formando assim profissionais com resistência para implantação e implementação de planos de cuidados alternativos. Consoante com Souza et al.(2014), esse comportamento dos acadêmicos e profissionais de saúde está atrelado à uma formação centralizada no modelo biomédico.

Outra barreira que podemos observar foi o preconceito por parte dos profissionais de enfermagem e falta de interesse e credibilidade dos gestores em implantar tais recursos terapêuticos, no qual Varela; Azevedo (2014) refere que, no caso dos enfermeiros, essas terapias são pouco reconhecidas e praticadas, sendo um dos fatores o desconhecimento

dos efeitos terapêuticos das plantas e o preconceito no uso das terapias alternativas e completares, pois muitos as vêem como um abandono do conhecimento científico e essa percepção interfere na adesão das terapias que estão inclusas na PNPIC. Outrossim, existe um desinteresse por parte da gestão e das equipes de saúde, ocorrendo assim, esse déficit de planejamento e inserção dessas práticas integrativas nas unidades básicas de saúde (ARAÚJO et al. 2015).

Percebe-se também uma barreira científica/cultural, no qual de acordo com Badke et al. (2012), houve uma gradativa introdução dos medicamentos alopáticos no cotidiano popular, que não se deu predominantemente pelos profissionais de saúde, mas sim um conjunto desses com as campanhas publicitárias midiáticas dos laboratórios farmacêuticos, nos quais prometiam tratar e curar diversas doenças tomando um comprimido. Fortalecendo essa ideia Ceolin et al. (p.6, 2009), indica que o pouco uso de plantas medicinais dar-se por “uma urgência na resolução dos problemas de saúde”, como se a reestruturação da saúde dependesse exclusivamente do medicamento alopático.

A dinâmica da saúde e a cultura medicamentosa atual induzem os indivíduos sempre a usarem os alopáticos, sendo normalmente descartada a possibilidade de ser utilizado um método natural para sanar seus males, com isso Varela; Azevedo (2013), alega que há uma supervalorização dos medicamentos na população, que estimula uma descrença na terapêutica com plantas medicinais. A cultura moderna se esbarra com a tradicional, no qual o profissional de saúde deve ter discernimento em prescrever seus cuidados, sempre atuando de forma humanizada e holística para com o usuário, contudo, a visão da população sobre uma determinada terapêutica está muitas das vezes atrelada ao posicionamento dos profissionais de saúde, com isso se o profissional for inflexível a outras terapias a população tende a não aderir novos meios de tratamento.

A graduação e a busca de qualificação são de suma importância para qualquer profissão, todavia percebe-se que há uma fragilidade no que se refere aos profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro sobre a PNPIC com ênfase em plantas medicinais e as literaturas demonstram que este profissional está pouquíssimo informado, interessado e/ou preparado para apoderar-se da medicina alternativa/complementar, com isso ocorre a desvalorização dessa prática que contém um respaldo legal na especialização nesta área (CEOLIN et al, 2009).

Os benefícios da PNPIC com enfoque em plantas medicinais

Em seu estudo, Brasileiro et al. (2008), expõe que muitas são as plantas que a população utiliza para fins medicinais que não se encontram catalogadas e estudadas farmacologicamente. Nesse seguimento, a aplicação de plantas medicinais na saúde estimulará a pesquisa da eficácia de plantas já conhecidas e utilizadas pela população e a descoberta de novas plantas ainda não exploradas. Badke et al. (2011) complementa expressando a compreensão da necessidade de mais estudos nesta área.

Feijó et al. (2012), corrobora com as constatações citadas e complementa ao dizer que o aumento das pesquisas na área de plantas medicinais evitará os malefícios decorrentes do uso indevido, proporcionando aumento dos benefícios da utilização já presente na população. Ao discorrer sobre tal tema, Varela; Azevedo (2014) evidência que essa aplicação deve ser feita de maneira a promover o uso racional, envolvendo prescrição adequada, disponibilidade oportuna com custo acessível, avanço da tecnologia e inovações nessa área, sendo tudo através do uso sustentável da biodiversidade vegetal brasileira.

Outro importante benefício destacado por Badke et al. (2011) é a aproximação entre o conhecimento empírico e o científico. Esse elo possibilita uma proximidade maior entre comunidade, serviço de saúde e profissional atuante, uma vez que o cuidado integrado pressupõe o respeito as diferenças e ao contexto sociocultural da sociedade. Esse conceito pode ser alcançado valorizando as experiências e vivências prévias da comunidade, que só poderá ser entendida quando o profissional compreender e conhecer o meio no qual atua.

Esta aproximação, salienta Brasileiro et al. (2008), beneficia grandemente a comunidade farmacológica, fitoquímica e agrônoma, pois o conhecimento já intrínseco na sociedade sobre plantas fornece informações úteis ao desenvolvimento de novas pesquisas com redução significativa de tempo e dinheiro. Ceolin, et al. (2009) expõe que muitas das plantas medicinais utilizadas pelo senso comum já foram comprovadas pela ciência com fins terapêuticos em consonância com o saber coletivo.

Adicional a essas ideias, Badke et al. (2012) e Brasileiro et al. (2008) expressam que o alto custo dos medicamentos industrializados, a dificuldade ao acesso aos serviços de saúde e a assistência médica, bem como a tendência ou interesse pessoal pelo uso de produtos de origem natural tem favorecido a inserção de plantas como recurso terapêutico. Isso se dá, segundo Ceolin et al. (2009, p.5) pelo fato dessa terapêutica ser: “barata, fácil de aplicar, ao alcance de muita gente, e que pode ser aplicada em grande escala nas unidades de saúde, dando mais opções de tratamento”. Muitos males primários que afligem a população e levam-na a gastar um alto custo em remédios alopáticos poderiam ser tratadas com plantas medicinais de custo muito menor (BRASILEIRO et al. 2008).

Considera-se assim que a inserção dessa terapia facilita o profissional a desenvolver um olhar holístico durante o exercício da saúde. Dado vista que a integralidade se caracteriza por substituir o olhar focado somente na doença pela atenção à pessoa, estabelecendo isto com uma escuta, cuidado, acolhimento e tratamentos dignos e respeitosos (CEOLIN et al. 2009). A implantação das plantas medicinais permite a criação de vínculos, autonomia e integração do indivíduo ao meio ambiente, em razão do profissional centrar sua prática nas crenças, valores e estilo de vida do cidadão (BADKE et al. 2011).

Haeffner et al. (p.601, 2012) exprime em seu estudo a implantação dessa prática como algo fundamental, visto que “70 a 80% da população mundial, em mais de 100 países do mundo, fazem uso de terapias complementares, entre estas as plantas medicinais, na busca da promoção e prevenção de saúde”. Deve haver, portanto, uma procura do

profissional enfermeiro em qualificar-se nessa área, principalmente os da Atenção Básica com intuito de incorporar essa prática nas ações do cotidiano de sua população descrita.

5 | CONCLUSÃO

Concluimos que plantas medicinais são grande relevância na prevenção, tratamento e recuperação da saúde. Sua utilização provém do acúmulo o de conhecimento empírico que despertou interesse de estudo ao ramo científico.

As dificuldades socioeconômicas e fatores culturais contribuem de forma significativa para o seu consumo. Com isso, a PNPIC, com ênfase em plantas medicinais, adveio como uma política de promoção de métodos alternativos para ser implementados nos cuidados em saúde, promovendo assim, uma assistência integral e humanizada de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Por isso, é de suma importância que os profissionais sejam conhecedores da PNPIC, com ênfase em plantas medicinais, pois irão saber quais são os benefícios, malefícios dessa prática, para que repassem de forma correta e adequada essas informações aos usuários. Logo, espera-se que os profissionais possam buscar estarem sempre informados sobre o uso de tais plantas, prescrevendo cuidados alternativos, avaliando o paciente centrado no modelo biopsicossocial dentro das ESF's agregando conhecimentos da população e qualificando o cuidado aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Mara Zélia de. **Plantas medicinais**. 3 ed. Salvador: EDUFBA, 2011. 221 p.
2. ARAÚJO, Anna Karolina Lages de. et al. **Dificuldades enfrentadas por enfermeiros na aplicabilidade da fitoterapia na atenção básica: uma revisão integrativa**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. Piauí. v. 7, n. 3, p. 2826-2834, jul/set. 2015.
3. ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. 50 (supl 2): 13s p. 1-11, fev. 2016.
4. BADKE, Marcio Rossato. et al. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. **Escola Anna Nery**. Rio Grande do Sul. v. 15, n.1, p. 132-39, jan/mar. 2011.
5. BADKE, Marcio Rossato. et al. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v. 21, n. 2, p. 363-70, abr/jun. 2012.
6. BRASILEIRO, Beatriz Gonçalves. et al. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. Minas Gerais. v. 44, n. 4, p 629-36, out/dez. 2008.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília. 2006. 9 p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso em: 5 mai 2017.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Ministério da Saúde, Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumo Estratégico, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicações/geral/pnmpf.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2017.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. 2007. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_plantas_medicinais_fitoterapia.pdf>. Acesso em : 10 mai. 2017.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Direção de Administração e Finanças. Secretária de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **RENISUS- Relação Nacional de Plantas Medicinais de interesse ao SUS**. 2009. 1 p. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>>. Acesso em: 15 mai.2017.

11. CEOLIN, T. et al. A inserção das terapias complementares no Sistema Único de Saúde visando o cuidado integral na assistência. **Revista Eletrônica Cuatrimestral de Enfermaria**. Rio Grade do Sul. n. 16, p. 1-9, jun. 2009.

12. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n.197, de 19 de março de 1997**. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermage. Brasília: COFEN; 1997.

13. FEIJÓ, A.M. et al. Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. **Revista Brasileira Pl. Med**. Rio Grade do Sul. v. 14, n. 1, p. 50-56, set. 2012.

14. HAEFFNER, Rafael. et al. Plantas medicinais utilizadas para o alívio da dor pelo agricultores ecológicos do Sul do Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Rio Grade do Sul. v.14, n. 3, p. 596-602, jul/sep. 2012.

15. MATA, Dayse Santos da. **Participação da mulher Wajãpi no uso tradicional de plantas medicinais**. 2009. 141 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Amapá, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Macapá.

16. SOUZA, Andrieli Daiane Zdanski de. et al. As plantas medicinais como possibilidade de cuidado para distúrbios urinários. **Revista de Enfermagem da UFMS**. Mato Grosso do Sul. v. 2, n. 2, p. 342-349, abr/ jun. 2014.

17. SILVA, Rudval Souza da. et al. Práticas populares em saúde: autocuidado com feridas de usuários de plantas medicinais. **Revista de Enfermagem Uerj**. Rio de Janeiro. v. 22, n. 3, p. 389-95, mai/jun. 2014.

18. SILVA, Antonio Sérgio da et al. **Caderno do Cescar educação ambiental: metodologias e temas socioambientais na formação de educadoras(es) ambientais**. São Carlos/SP. Gráfica e Editora Futura, 2011.

19. SILVA, João Roberto de Souza; ASSIS, Silvana Maria Blascovi de. **Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento**. Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.10, n.1, p.146-52, 2010.

20. VARELA, Danielle Souza Silva; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. Dificuldades de profissionais da saúde frente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Rio Grande do Norte. v. 5, n. 2, p. 3588-00, abr/ jun. 2013.

21. VARELA, Danielle Souza Silva; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. Conhecimento e uso de plantas medicinais pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**. Rio Grande do Norte. v. 17, n. 2, p. 150-57, abr/jun. 2014.

CAPÍTULO 8

INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS, DIETÉTICOS E SOCIAIS DAS FAMÍLIAS DE TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA EM LIMOEIRO DO NORTE-CE

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Daniel Ferreira da Silva

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
Limoeiro do Norte – Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-2634-8617>

Josicleia Vieira de Abreu do Vale

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
Limoeiro do Norte – Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-5134-6499>

Bruna Yhang da Costa Silva

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
Limoeiro do Norte – Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-7332-0019>

Ana Karen Nogueira Celedonio

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
Limoeiro do Norte – Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-9472-5373>

Thayla Gutihellen Santiago de Oliveira

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
Limoeiro do Norte – Ceará

Ana Klécia Santiago de Oliveira

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
Limoeiro do Norte – Ceará

Lucas Nunes Fernandes

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
Limoeiro do Norte – Ceará

Thais Cristina Sousa Silva

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
Limoeiro do Norte – Ceará

RESUMO: Dentre as ações pautadas na agenda de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no Brasil, destaca-se o combate a Insegurança Alimentar e Nutricional (INSAN) que persiste em grupos populacionais específicos, com ênfase em povos e comunidades tradicionais. Posto isso, o presente trabalho teve como objetivo analisar a INSAN e Indicadores Antropométricos, Dietéticos e Sociais das famílias de trabalhadores rurais sem terra em Limoeiro do Norte – CE. O estudo, que abrangeu 63 domicílios e 127 voluntários é do tipo observacional, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa e foi realizado em duas etapas: a 1ª etapa consistiu em entrevistas a respeito de dados sociodemográficos e econômicos e da verificação da situação de Segurança Alimentar e Nutricional com aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); a 2ª Etapa, por sua vez, consistiu na realização da avaliação do estado nutricional e da aplicação de inquéritos de consumo alimentar. Pôde-se detectar elevada prevalência de ISAN entre a população, em detrimento a um elevado percentual de sobrepeso e obesidade. Quanto ao consumo

alimentar diário, mais da metade dos participantes referiram não terem consumido qualquer fruta, legume ou hortaliças, em quanto mais da metade afirmaram ter consumido bebidas adoçadas. Esses achados evocam a necessidade de se discutir a efetividade das políticas de SAN em populações tradicionais em situações de vulnerabilidade social.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança Alimentar e Nutricional. Estado Nutricional. Consumo de alimentos. Indicadores sociais. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

FOOD AND NUTRITIONAL INSECURITY AND ANTHROPOMETRIC, DIETARY AND SOCIAL INDICATORS OF THE FAMILIES OF RURAL WORKERS WITHOUT LAND IN LIMOEIRO DO NORTE-CE

ABSTRACT: Among the actions based on the Food and Nutrition Security (SAN) agenda in Brazil, the fight against Food and Nutritional Insecurity (INSAN) stands out, which persists in specific population groups, with an emphasis on traditional peoples and communities. That said, the present study aimed to analyze the INSAN and Anthropometric, Dietary and Social Indicators of the families of landless rural workers in Limoeiro do Norte - CE. The study, which covered 63 households and 127 volunteers, is observational, cross-sectional, descriptive, with a quantitative and qualitative approach and was carried out in two stages: the first stage consisted of interviews about socio-demographic and economic data and the verification of the situation of Food and Nutritional Security with application of the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA); the second stage, in turn, consisted of the assessment of nutritional status and the application of food consumption surveys. It was possible to detect a high prevalence of ISAN among the population, to the detriment of a high percentage of overweight and obesity. As for daily food consumption, more than half of the participants reported not having consumed any fruit, vegetables or vegetables, while more than half said they had consumed sweetened drinks. These findings evoke the need to discuss the effectiveness of FNS policies in traditional populations in situations of social vulnerability.

KEYWORDS: Food and Nutritional Security. Nutritional status. Food consumption. Social indicators. Brazilian Food Insecurity Scale.

1 | INTRODUÇÃO

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) pode ser definida como a garantia de acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural, sendo ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis e tendo como princípios básicos o direito humano à alimentação adequada e à soberania alimentar (BRASIL, 2014; MORAIS et. al, 2014). Deste modo, as políticas de SAN partem da visão de que povos e nações têm o direito de produzir o seu próprio alimento, valorizando as dimensões sociais, ambientais e culturais da produção (OLIVEIRA E SILVA et. al, 2008).

Em algumas comunidades tradicionais brasileiras, onde estão inseridos trabalhadores rurais sem terras, foram desenvolvidas várias iniciativas governamentais e da sociedade

civil para a promoção da segurança alimentar e nutricional. Desde a atividade agrícola que tem forte associação com a forma de ocupação social do espaço geográfico, ao patrimônio natural e à herança cultural. Ainda, a ampliação do acesso da população a alimentos de qualidade, com o apoio às formas equitativas e sustentáveis de produção agroalimentar; do estímulo à diversidade de hábitos alimentares; e da promoção de práticas alimentares saudáveis (OLIVEIRA E SILVA et. al, 2008)

Contudo, estudos utilizando a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) continuam a demonstrar maior prevalência de insegurança alimentar na zona rural. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 2013, quando analisado a prevalência de insegurança alimentar e nutricional (INSAN) nos domicílios urbanos obteve-se um resultado de 23,27%, já entre os domicílios rurais verificou-se um resultado de 40,10% (IBGE, 2014). Estes dados demonstram que apesar das políticas públicas de SAN terem sido fortemente trabalhadas nos últimos dez anos, há dimensões que ainda precisam de atenção para o combate efetivo da insegurança alimentar, principalmente nos domicílios rurais.

Acredita-se que a maior presença de insegurança alimentar na zona rural, detectada pela EBIA, se deve à estreita dependência desses indivíduos com o meio ambiente, em relação ao plantio de alimentos para autoconsumo, uma vez que esta avalia a percepção do entrevistado em relação com o alimento. Além disso, a pobreza, em sua forma mais intensa, está presente no meio rural, sendo intensificada pelo baixo desenvolvimento do capital humano e fraca tendência de desenvolvimento do mesmo, menores índices de educação, contribuindo assim para maior situação de insegurança nesse meio (MORAIS et. al, 2014).

Considerando, então, que os grupos de trabalhadores rurais sem posse de terras configuram-se como população em vulnerabilidade social e econômica, podendo estar expostos a uma condição de INSAN mais grave do que quando analisados na perspectiva de ser domicílio rural (BRASIL, 2014), faz-se necessário a realização de pesquisas que busquem determinar o grau de acesso aos alimentos nessas populações. Assim, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a INSAN e o estado nutricional de uma população de trabalhadores rurais sem terra da cidade de Limoeiro do Norte, Ceará.

2 | METODOLOGIA

O estudo é do tipo observacional, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa; realizado em um acampamento composto de trabalhadores rurais sem terra da Chapada do Apodi, no município de Limoeiro do Norte – CE.

A pesquisa teve duração entre o período de agosto de 2018 a julho de 2019 e contou com a participação de 63 domicílios, totalizando um número de 127 participantes. Os critérios de inclusão foram residir efetivamente na localidade do estudo e concordar em

fornecer os dados necessários à realização do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os moradores que não atenderam a esses critérios de inclusão estabelecidos foram excluídos do estudo.

A coleta dos dados se deu em duas etapas, nos meses de setembro a março de 2018, quando foram realizadas as visitas domiciliares no local da pesquisa. A primeira etapa da pesquisa consistiu em entrevistas direcionadas a partir da utilização de formulários que abrangiam dados sociodemográficos e econômicos, bem como a verificação da situação de SAN com a utilização do EBIA (BRASIL, 2014)

A segunda etapa da pesquisa consistiu na realização da avaliação do estado nutricional a partir da aferição do peso, estatura e circunferência da cintura e da avaliação do consumo alimentar a partir do Questionário de Frequência Alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) adequado à idade. Com as informações peso e estatura foi calculado o IMC, através da divisão do peso em quilos pela altura em metros ao quadrado. A classificação desse indicador foi realizada de acordo com os pontos de corte proposto em 2000 pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os valores referentes a circunferência da cintura também foram classificados segundo os pontos de corte propostos pela OMS no ano de 2000, para a classificação quanto aos riscos de morbimortalidade.

A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, sob parecer 2.933.675, obedecendo a todos os critérios estabelecidos pela Resolução 466 de 2012, que dispõe sobre pesquisas realizadas com seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização da amostra

O estudo teve uma amostra de 127 indivíduos, dos quais 48,03% eram do sexo masculino e 51,96% do sexo feminino, com uma média de idade de $39,43 \pm 19,76$. Categorizando as idades dos indivíduos em quatro grupos pôde-se observar que houve maior prevalência de adultos, entre 20 e 59 anos (61,41%), seguido de idosos (17,32%), crianças (11,02%) e, por fim, de adolescentes (10,23%).

Quanto a escolaridade, observou-se que 61,41% dos participantes possuía ensino fundamental incompleto e 14,17% nunca havia sequer frequentado uma escola. Adicionalmente, 10,23 % dos participantes possuíam ensino médio completo, seguido de 7,87 que possuíam o ensino fundamental incompleto e 6,29 que possuíam o ensino médio incompleto.

Destaca-se que a promoção da escolaridade em acampamentos de trabalhadores, como grupos residentes da zona rural, torna-se importante principalmente pelo fato de

apenas 33,9% das escolas estarem situadas na zona rural, em detrimento de 66,1% que estão presentes na zona urbana (BRASIL, 2017). Não obstante, a taxa de analfabetismo na zona rural é quase três vezes maior que na zona urbana, o que evidencia mais ainda a necessidade de políticas públicas voltadas para a promoção do ensino e educação nessa população (FERRARO, 2012).

No estudo de Busato e colaboradores (2011), realizado em um assentamento rural no estado de Santa Catarina, 61,1% dos participantes possuíam apenas ensino fundamental incompleto, achado muito similar ao encontrado no presente trabalho. Já Almeida e colaboradores (2017), analisando somente a escolaridade dos chefes de família em um assentamento no estado de Sergipe, observaram que 78% destes possuíam apenas o ensino fundamental incompleto.

3.2 Dados sociodemográficos

Uma vez que os dados sociodemográficos foram coletados por casa, o número de amostra de domicílios do presente estudo foi de 63. Destes, 68,25% eram feitos de taipa, 15,87% de alvenaria, 7,94% de barro e 7,94% de madeira. Nenhuma das casas possuía forro e em 100% delas a cobertura era de telha. Quanto ao piso, em 63,49% das casas era de feito de barro e 36,51% de cimento. Todas as casas possuíam acesso à energia elétrica, dado similar ao encontrado na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (IBGE, 2015), onde 99,6% dos domicílios brasileiros, quase a totalidade, possuía energia elétrica, sem diferenças significativas entre as regiões.

Dos domicílios que participaram da pesquisa em 69,84% o destino do esgoto era a céu aberto e 30,16% fossa. Tal achado evoca a necessidade de se discutir o problema real da falta de acesso ao saneamento básico ainda presente no Brasil, cuja a importância à saúde humana remontam às mais antigas culturas (INSTITUTO TRATA BRASIL, 2012).

De acordo com a pesquisa *A Falta que o Saneamento Faz*, do Instituto Trata Brasil, realizada a partir dos dados referente ao Censo Demográfico da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, do Censo Escolar e da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios de 2008, 49,1% da população brasileira ainda não dispõe de acesso à rede de esgoto (INSTITUTO TRATA BRASIL, 2012). Já no ano de 2015 esse percentual caiu para 34,6%, com 32,7% dos domicílios com esgotamento não conectado à rede coletoras (fossa rudimentar, fossa séptica não ligada à rede, dentre outros) e 1,9% sem esgotamento nenhum (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL, 2016).

Quanto a qualidade da água para o consumo, em apenas 34,92% dos domicílios esta era filtrada. Em 33,33% era clorada e em 31,75% desprovida de qualquer tipo de tratamento, dados estes que diferem do encontrado no Nordeste em 2015, onde quase metade da população (47,7%) da região utilizava filtro de água (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL, 2016). Esse achado pode refletir,

provavelmente, uma realidade que é exclusiva de populações em situação considerável de vulnerabilidade social. Almeida e colaboradores (2017) encontraram uma realidade similar em assentamentos no estado de Sergipe, onde nem todas as casas possuíam água encanada, destinação de resíduos sólidos e tratamento de esgoto, ainda que possuíssem energia elétrica.

Investigando, então, a percepção dos próprios moradores quanto a qualidade da água consumida, 79,37% afirmaram ser boa, seguido de 19,05% que afirmaram ser regular e 1,59% que afirmaram ser ruim. O elevado percentual de domicílios que afirmaram ser boa a qualidade da água em detrimento do elevado percentual de consumo de uma água sem tratamento reflete, provavelmente, um desconhecimento da população a respeito das implicações à saúde do não acesso a água tratada.

3.3 Insegurança alimentar e nutricional

Os dados referentes ao grau de INSAN avaliado pela EBIA estão disponíveis na tabela 1, abaixo.

Classificação	(n)	(%)
Segurança alimentar	6	9,52
Insegurança alimentar leve	27	42,85
Insegurança alimentar moderada	17	26,98
Insegurança alimentar grave	13	20,63

Tabela 1 – Classificação do grau de INSAN.

Conforme observado na tabela acima, pelo menos 90,46% da população do acampamento se encontra em algum grau de insegurança alimentar, sendo 42,85% de insegurança alimentar leve, 26,98% de insegurança alimentar moderada e 20,63% de insegurança alimentar grave. Quando comparado a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2013 (IBGE, 2014), a prevalência de INSAN encontrada no presente trabalho é quatro vezes superior a prevalência de INSAN no Brasil (22,6%) e consideravelmente maior do que a prevalência de INSAN encontrada na região Nordeste (61,9%). Tomando como base a zona rural do Nordeste, a prevalência de INSAN encontrada nesse estudo ainda é consideravelmente superior (20,1%).

No Brasil, a prevalência de insegurança alimentar leve, moderada e grave, observada no ano de 2013, foi de, respectivamente, 14,8%, 4,6% e 3,2%; com 77,4% da população em situação de segurança alimentar. Vale destacar ainda que, as prevalências de insegurança alimentar na área rural foram maiores que as verificadas nas áreas urbanas; enquanto que 6,8% dos domicílios da área urbana tinha moradores em situação de insegurança alimentar grave ou moderada, na área rural a proporção foi de 13,9% (IBGE, 2014).

Almeida e colaboradores (2017), a exemplo do que já foi exposto, encontraram

uma prevalência de 88,8% de insegurança alimentar entre as famílias de assentamentos rurais do estado de Sergipe. Dentre esses, 48,6% estavam em insegurança alimentar leve, 25,1% em insegurança alimentar moderada e 15,1% em insegurança alimentar grave; esta última classificação diz respeito a uma restrição quantitativa de alimento inclusive para as crianças, com possíveis episódios de fome.

Já em um assentamento rural de Sergipe, Busato e colaboradores (2011) encontraram uma prevalência de 86% de insegurança alimentar e de 14% de segurança alimentar, sem nenhum achado para insegurança alimentar moderada ou grave, indicando que, naquelas circunstâncias, a população avaliada não vivenciava situações concretas de privação de alimentos. Trivellato e colaboradores (2019), em sua revisão sistemática sobre INSAN em famílias do meio rural brasileiro puderam concluir que, a prevalência de insegurança alimentar é maior, sobretudo, entre a população de acampados se comparados aos assentados.

3.4 Antropometria

3.4.1 Índice de Massa Corporal

Os dados referentes a classificação do estado nutricional foram obtidos a partir do IMC e estão dispostos na tabela 2, abaixo.

Classificação	(n)	(%)
Adequado	51	40,16
Baixo peso	9	7,09
Sobrepeso/obesidade	67	52,76

Tabela 2 – Classificação do estado nutricional pelo IMC.

Conforme observado na tabela 2, mais da metade da população do acampamento apresentou algum grau de sobrepeso ou obesidade; enquanto que apenas 7,09% apresentaram baixo peso e 40,16% peso adequado. Já Almeida e colaboradores (2017), no estado de Sergipe, encontraram entre os assentados uma prevalência de 40% de excesso de peso, 48% de eutrofia e 11% de baixo peso. No Brasil, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2018) encontrou uma frequência de excesso de peso e obesidade de 54,0% e 18,9%, respectivamente.

Esses dados corroboram com o atual cenário epidemiológico de transição nutricional vivenciado pelos países em desenvolvimento descrito em diferentes trabalhos científicos. Esse contexto é fortemente marcado pelo aumento da prevalência de obesidade, que se consolida como o agravo nutricional mais importante, além da elevada incidência de DCNTs, como diabetes e doenças cardiovasculares (SOUZA, 2010). Para Chaves (2015),

o alarmante aumento na incidência dessas condições clínicas resulta de padrões dietéticos caracterizados pelo alto consumo de gorduras totais, colesterol, açúcares e outros carboidratos refinados, concomitante ao baixo consumo de ácidos graxos poli-insaturados e fibras.

No estudo VIGITEL (2018) pôde-se observar que a prevalência de obesidade aumentava com a idade, mas reduzia conforme se aumentava o grau de escolaridade dos indivíduos. Esses achados apontam que, embora os fatores de risco para a obesidade sejam muitos, alguns dos quais não modificáveis, aqueles que são passíveis de intervenção e modificação podem ser utilizados como estratégias para a reversão desse quadro, a partir da promoção da educação e ensino, bem como de estratégias de educação alimentar e nutricional.

3.4.2 Circunferência da cintura

Dos 127 participantes, de apenas 101 foram mensuradas a circunferência da cintura para a classificação segundo o risco cardiovascular. Os dados obtidos estão dispostos na tabela 3.

Classificação	(n)	(%)
Aumentado	21	20,79
Aumentado substancialmente	35	34,65
Sem risco	45	44,55

Tabela 3 – Classificação do risco cardiovascular através da circunferência da cintura.

Conforme observado, a maior parte da população avaliada apresentou algum grau de risco cardiovascular segundo a medida da circunferência da cintura. Para a ABESO (2009), a associação da medida da circunferência da cintura com o IMC torna-se importante por poder oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas.

A circunferência da cintura está fortemente associada ao aumento da pressão arterial e, conseqüentemente ao risco cardiovascular. Essa informação reafirma a importância do excesso de gordura abdominal na etiopatogenia da hipertensão (NOBRE; SAMMOUR; SOBRINHO, 2011).

3.5 Consumo alimentar

3.5.1 Número de refeições realizadas por dia

A tabela 4, abaixo, dispõe dos dados a respeito do número de refeições realizados pelos moradores do acampamento.

Conforme descrito na tabela acima, 98,39% dos participantes faziam menos do que seis refeições ao dia e apenas 1,61% dos participantes alegaram fazer pelo menos seis refeições ao dia. Sabe-se que algumas células do organismo utilizam exclusivamente a glicose como fonte de energia para realizarem suas funções, a saber as hemácias e, principalmente, as células do sistema nervoso central. Portanto, períodos prolongados de jejum podem interferir negativamente no funcionamento adequado dessas células e desencadear sinais e sintomas específicos, como é o caso da enxaqueca, tratando-se das células nervosas (SILVA; MURA, 2016).

Nº de refeições/dia	(n)	(%)
1	5	4,03
2	9	7,26
3	37	29,84
4	42	33,87
5	29	23,39
6	2	1,61

Tabela 4 – Número de refeições diárias.

3.5.2 Consumo Diário de Grupos Alimentares

O questionário de frequência alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, embora não reflita o consumo habitual, pode nortear como está o consumo diário de uma população no que diz respeito aos grupos alimentares. As tabelas abaixo (5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11) dispõem sobre o consumo desses grupos.

FEIJÃO	(n)	(%)
Sim	101	81,45
Não	23	18,55

Tabela 5 – Consumo de feijão.

Enquanto 81,45% dos entrevistados afirmaram haver consumido feijão no dia anterior, apenas 18,55% afirmaram não terem consumido. É importante salientar que o consumo de feijão, bem como de outras leguminosas, são de grande importância em contextos de populações em insegurança alimentar, haja vista que, em associação a outros alimentos do grupo dos cereais, tubérculos e raízes, como o arroz, os feijões fornecem todos os aminoácidos essenciais necessários para as funções orgânicas do indivíduo (MOTTA et. al., 2016).

No Brasil, o percentual de consumo de feijão segundo a Pesquisa de Orçamento Família de 2008-2009 (IBGE, 2011), é de 72,8%, sendo o segundo alimento com maior

média de consumo diário (182,9 g/dia), superado apenas pelo consumo de café (215,1 g/dia). O consumo de feijão encontrado na pesquisa é ainda superior ao consumo de arroz (160,3 g/dia) e também de carne bovina (63,2 g/dia).

Classificação	(n)	(%)
Sim	57	45,97
Não	66	53,23
Não souberam informar	1	0,81

Tabela 6 – Consumo de frutas.

Classificação	(n)	(%)
Sim	48	38,71
Não	66	61,29

Tabela 7 – Consumo de verduras e legumes.

Quanto ao consumo de frutas, mais da metade dos participantes afirmaram não terem consumidos, enquanto somente 45,97% afirmaram ter consumido. No consumo de verduras e legumes os resultados foram ainda mais preocupantes: apenas 38,71% afirmaram ter consumido, diante dos 61,29% que não consumiram. Esse achado, contudo, é inquietante, haja vista os inúmeros benefícios descritos na literatura do consumo adequado desses grupos alimentares. As frutas, verduras e legumes possuem, em sua composição, uma série de vitaminas e minerais importantes para o metabolismo de uma forma geral, bem como fibras e fitoquímicos com importante funções moduladoras (CHAVES, 2015).

Contudo, é importante destacar que o consumo de frutas e verduras aumenta muito com a renda, segundo dados da Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009 (IBGE, 2011), que detectou um consumo insatisfatório de frutas, verduras e legumes diante da recomendação da OMS e do Guia Alimentar para a População Brasileira (400 g/dia) mesmo no grupo que compôs o percentil 90 da população.

Classificação	(n)	(%)
Sim	31	25,00
Não	93	75,00

Tabela 8 – Consumo de hambúrgueres e/ou embutidos.

Um percentual considerável de participantes (75,00%) referiu não ter consumido hambúrguer e ou embutidos no dia anterior, em detrimento de apenas 25% que consumiram. Nesse contexto, ainda é importante ressaltar que a literatura científica tem apontada para os riscos à saúde decorrente do consumo desses alimentos. Cristofolletti e colaboradores (2013), por exemplo, encontraram associação positiva entre o consumo elevado de

alimentos embutidos e obesidade generalizada com adiposidade abdominal em homens nipo-brasileiros, mas não em mulheres.

Para Ometto (2015), embora esses alimentos tenham um sabor apreciado por muitos, a quantidade no consumo faz muita diferença para a saúde, haja vista que são ricos em sódio e conservantes, especialmente os nitritos e nitratos. Esses compostos, utilizados para inibir a perda de cor e a proliferação do *Clostridium botulinum*, reagem no organismo formando as chamadas nitrosaminas, que são compostos altamente cancerígenos.

Classificação	(n)	(%)
Sim	22	17,74
Não	102	82,26

Tabela 9 – Consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados.

Quanto ao consumo macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, apenas 17,74% afirmaram ter consumido no dia anterior, em detrimento de 82,26% que afirmaram não terem consumidos. É importante salientar que, assim como os embutidos, esses alimentos são ricos em sódio e em outras substâncias que realçam o sabor. De fato, o consumo de *pizza*, carnes processadas, salgadinhos industrializados, dentre outros alimentos, foi relacionado a maior ingestão de sódio que, no Brasil, já ultrapassa a recomendação de 2300 mg por dia do Ministério da Saúde (IBGE, 2011)

Classificação	(n)	(%)
Sim	73	58,87
Não	51	41,13

Tabela 10 – Consumo de bebidas adoçadas.

Classificação	(n)	(%)
Sim	36	29,03
Não	88	70,97

Tabela 11 – Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas.

Mais da metade da população afirmou consumir bebidas adoçadas e 88% afirmaram não ter consumido biscoito recheado, doces ou guloseimas. O consumo desses alimentos que fazem parte dos grupos dos doces e açúcares, no entanto, devem ser restritos a uma porção de por dia, haja vista que são ricos em calorias e carboidratos refinados e pobres em vitaminas, minerais e fibras (SILVA; MURA, 2016).

A Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009 (IBGE, 2011) aponta para um consumo diário elevado de açúcares, sobretudo entre os adolescentes. Entre aqueles que referiram consumir biscoitos recheados, por exemplo, a contribuição do açúcar para o consumo

energético total foi de 20%. Enquanto que o consumo de alimentos como arroz integral, feijão, legumes, verduras, aves, dentre outros, esteve relacionado a menores índices de contribuição percentual do açúcar para a ingestão total de energia. Vale destacar ainda que, esses alimentos podem substituir ou reduzir o consumo de alimentos importantes para uma alimentação saudável, levando a ingestão excessiva de açúcar além da recomendação da OMS de 10% do consumo energético total (IBGE, 2011).

4 | CONCLUSÃO

Com a realização do presente trabalho foi possível detectar elevado percentual de INSAN entre os moradores do Acampamento Zé Maria do Tomé, Limoeiro do Norte-CE, achados similares àqueles encontrados em outras pesquisas com trabalhadores rurais sem terra. Tais evidências evocam a necessidade de se continuar o debate a respeito da efetividade das políticas de SAN no Brasil. É inquestionável que houveram, nos últimos anos, significativos avanços nessas pautas, bem como robustas produções acadêmicas. Contudo, os trabalhos científicos mais recentes continuam a mostrar uma realidade preocupante em populações tradicionais como as de trabalhadores rurais sem terra.

Em contrapartida ao elevado percentual de INSAN, encontrou-se também considerável prevalência de excesso de peso e obesidade, o que parece contraditório. Argumenta-se, no entanto, que o conceito de insegurança alimentar, assim como o de segurança alimentar, foi ampliado para incluir não somente o acesso ou não ao alimento, mas a qualidade do alimento. Nessa perspectiva, não se discute somente as condições de acesso à alimentação, mas a qualidade dela, em quantidade suficiente sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. Assim, é perfeitamente compreensível, mesmo diante de qualquer grau de INSAN, encontrar prevalências cada vez maiores de sobrepeso e obesidade. O elevado percentual de medidas de circunferência da cintura compatíveis com risco para doenças cardiometabólicas encontrados nesse trabalho são preocupantes. Principalmente diante do fato se tratar de populações em condições de vulnerabilidade socioeconômica, cujo o acesso a saúde é, ainda, bastante precário.

Pode-se pensar que, por se tratar de comunidades tradicionais, o consumo de alimentos ultraprocessados e açucarados é restrito. Contudo, a realidade é bem distinta do que se espera. A ingestão desses alimentos dentro da comunidade é bem considerável; provavelmente por serem de baixo preço. Adicionalmente, pôde-se detectar um elevado percentual de consumo diário de bebidas adoçadas, conhecidamente pobres em micronutrientes e ricas em açúcares refinados. Não obstante a tudo isso, o consumo diário de frutas e hortaliças da população foi bem aquém do recomendado pelas diretrizes da Organização Mundial de Saúde e pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, que recomendam o consumo mínimo de pelo menos 400 g por dia.

Ressalta-se também a importância de promover não somente uma alimentação de

qualidade em quantidade suficiente; mas outros direitos mínimos que compõe o conceito de dignidade humana. Nessa perspectiva, é de fundamental e urgência importância se discutir e intervir sobre as questões de saneamento básica e qualidade da água para o consumo, tão precárias na comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Janylle Araújo et. al. Fatores associados ao risco de insegurança alimentar e nutricional em famílias de assentamento rurais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p.479-488, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL. **Situação do saneamento básico no Brasil: uma análise com base na PNAD 2015**. Rio de Janeiro: ABES, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010**. 3 ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Escala Brasileira de Segurança Alimentar – EBIA: Análise Psicométrica de uma Dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2014.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo escolar da educação básica 2016: notas estatísticas**. Brasília: Ministério da Educação, 2017.

Brasil. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BUSATO, Maria Assunta et. al. Segurança alimentar e nutricional e as condições do ambiente em assentamento rural de Santa Catarina. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 22, n. 4, p. 555-559, out./dez. 2011.

CHAVES, Daniela Fojo Seixas. **Compostos bioativos dos alimentos: coleção nutrição clínica funcional**. São Paulo: VP editora, 2015.

CRISTOFOLETTI, Maria F. et. al. Associação entre o consumo de alimentos embutidos e obesidade em um estudo de base populacional de nipo-brasileiros. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, v. 57, n. 6, p. 464-472, abr. 2013.

FERRARO, Alceu Ravello. Alfabetização rural no Brasil na perspectiva das relações campo-cidade e de gênero. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 943-967, set/dez. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Domicílios: Segurança alimentar 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

MORAIS, D. C.; DUTRA, L. V.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva.** Viçosa, v.19, n.5, p.1475-1488, 2014.

MOTTA, Carla et. al. **A importância das leguminosas na alimentação, nutrição, e promoção da saúde.** Boletim Epidemiológico, p. 1-7, 2016.

NOBRE, Luciana Neri; SAMMOUR, Simone Nascimento Fagundes; SOBRINHO, Paulo de Souza Costa. Índice de massa corporal e circunferência da cintura como preditores de pressão arterial em alterada em adolescentes. **Revista Médica de Minas Gerais.** Minas Gerais, v. 21, n. 4, p. 404-412, 2011.

OLIVEIRA e SILVA, D.; GUERRERO, A. F. H.; GUERRERO, C. H.; TOLEDO, L. M. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Revista de Nutrição.** Campinas, 21 (Suplemento):83s-97s, jul./ago., 2008.

OMETTO, Simone. O consumo de embutidos e seus riscos à saúde. **APM- Regional Piracicaba.** Piracicaba, p. 16, dez. 2015.

SILVA. Sandra M. Chemin S. da; MURA, Joana D'arc Pereira. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia 3 ed.** São Paulo: Editora Payá, 2016.

SOUZA, Nathália Paula de et al. A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio Grande do Sul, v. 24, n. 3, p. 865-874, 2019.

TRATA BRASIL. **Manual do Saneamento Básico.** São Paulo: Trata Brasil, 2012.

TRIVELLATO, Paula Torres et. al. Insegurança alimentar e nutricional em famílias do meio rural brasileiro: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio Grande do Sul, v. 24, n. 3, p. 865-874, 2019.

A IDENTIDADE NÃO TÃO SECRETA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Data de aceite: 02/08/2021

Tiago Pereira de Souza

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós Graduação em Educação em
Ciências: Química da Vida e Saúde
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/2493762621072827>

Paulo Antônio Barros Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Departamento de Medicina Social
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/6422207752196603>

SOUZA, Tiago Pereira de; OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros. Quem somos nós?: a identidade não tão secreta dos agentes comunitários de saúde. **Espaço para a Saúde. Londrina. Vol. 20, n. 1 (Jul. 2019), p. 19-28.**, 2019.

RESUMO: Este artigo visa analisar o entendimento de 62 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da cidade de Campo Bom, no Rio Grande do Sul (Brasil), sobre as definições dadas por eles acerca do que é ser ACS, com o objetivo de proporcionar uma reflexão referente às práticas e às vivências do cotidiano do trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Os dados obtidos foram coletados por meio de entrevistas individuais e questionários autoperenchidos, e a análise dos conteúdos foi feita a partir da construção do Discurso do Sujeito Coletivo. As percepções apontam para a autodefinição do agente como um trabalhador que: possui

escuta qualificada; é o elo entre a equipe e a comunidade; possui múltiplas ações, que muitas vezes vão além do estabelecido legalmente; tem realizações pessoais condicionadas ao “sucesso” profissional; e trabalha sob a lógica da educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde do Trabalhador.

WHO ARE WE? THE NOT-SO-SECRET IDENTITY OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

ABSTRACT: The objective of this article was to analyze the understanding of 62 Community Health Agents in the city of Campo Bom, state of Rio Grande do Sul (Brazil), about the definitions established by them about their identity, providing a reflection regarding daily practices at work. Individual interviews and self-completed questionnaires were analyzed for their content based on the construction of the Collective Subject Discourse. Their perceptions point to the self-definition of the agent as a worker who is a qualified listener; a team-community link; someone who takes multiple actions, which often go beyond what is legally established; who thinks their personal achievements are conditioned to professional “success”; who works under the logic of health education. This investigation showed that sometimes it is the worker him/herself who places him/herself in the condition of “superhero”, which makes us think that the work processes should be widely and continuously discussed.

KEYWORDS: Primary Health Care. Family Health. Occupational Health. Community Health Workers.

1 | INTRODUÇÃO

Compreendendo que o trabalho exerce potenciais transformações na vida dos sujeitos trabalhadores e que, ao longo de séculos, de forma progressiva, existe um avanço no entendimento das relações entre o trabalho e o processo saúde-doença em diversos campos de estudo, destacamos como necessária a contribuição, no campo da saúde coletiva, dos estudos relacionados à temática do trabalho na atenção básica, mais especificamente do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRAZIL et al., 2001).

As percepções equivocadas relativas ao trabalho centrado no cuidado e à organização do processo de trabalho dentro da estratégia de saúde da família acabam por dificultar o surgimento de pressupostos básicos necessários a qualquer ação profissional. Isso pode proporcionar ao trabalhador um sentimento de frustração, tensões cotidianas, além do surgimento de uma idealização coletiva de heroísmo, uma vez que, nesse caso, não fica claro ao profissional a total dimensão de seu trabalho. Desta forma, há uma desvinculação com o usuário (devido ao não entendimento das funções do ACS), caracterizando-se como uma das origens de sofrimento psíquico para esses trabalhadores (MARTINES; CHAVES, 2007; WAI; CARVALHO, 2009).

Além das representações legais e conceitos científicos expressos nos diferentes espaços de construção do conhecimento, existem recorrentes caracterizações simbólicas no que se refere às funções e ao processo de trabalho dos ACSs. Esse processo de “super-heroização e romantização” reorganiza (informalmente) o cotidiano desses profissionais tornando-os sujeitos de atuações múltiplas, desconexas, perigosas e insalubres (TOMAZ, 2002).

É significativo compreender que os ACSs são trabalhadores da saúde, com diretrizes de trabalho pré-estabelecidas legalmente e suscetíveis ao processo saúde-doença oriundo do trabalho. Dessa forma, a psicodinâmica do trabalho busca o entendimento desse processo, bem como alternativas de intervenção. Trata-se de ações transformadoras e que visam a apropriação da dimensão humana do trabalho por meio de uma perspectiva diferenciada, na qual podemos entender o desfecho das trajetórias de cada indivíduo trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

Com este estudo objetivamos analisar o entendimento de um grupo de agentes comunitários de saúde sobre as definições dadas por eles acerca do que é ser um ACS, com o objetivo de proporcionar uma reflexão quanto às práticas e às vivências do cotidiano do trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

2 | METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Campo Bom, município brasileiro no estado do Rio Grande do Sul que pertence à Região Metropolitana de Porto Alegre e ao chamado Vale do Rio dos Sinos. A cidade possui 60 km² de área, 63.767 habitantes e

98,13% de cobertura da ESF. As unidades de ESF compreendidas são: Aurora, 25 de Julho, Imigrante, Operária, Quatro Colônias, Porto Blos, Rio Branco e Santa Lúcia.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório, transversal, de abordagem qualitativa. Os participantes foram os trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde que exerciam suas atividades nas Unidades de Estratégia Saúde da Família, com exceção dos trabalhadores em férias ou afastados do trabalho no período da coleta dos dados.

O estudo foi organizado dentro do programa de educação permanente (PEP) e faz parte de um projeto “maior” que engloba análises quali-quantitativas, oriundo de uma parceria entre a Prefeitura e o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOL-UFRGS), com aprovação sob o número 1.541.369 no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição. Os trabalhadores receberam esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo e sua condução e, nessa ocasião, todos se dispuseram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou seja, não houve sujeitos que se negaram a participar.

Inicialmente os participantes responderam a um questionário sobre dados sociodemográficos e socioeconômicos. Posteriormente foram entrevistados a partir de um roteiro de questões norteadoras aplicadas de forma individual, respeitando a disponibilidade e a singularidade dos participantes. Essa entrevista buscou analisar o entendimento do que é ser um ACS.

O tratamento dos dados foi feito por meio da construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos desenvolvida no fim da década de 90 e que tem como fundamento a teoria da Representação Social⁵. O DSC é um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003; LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

A construção de um DSC foi realizada em três fases distintas de sistematização das ideias: inicialmente buscamos estabelecer as Expressões-chave (EC), por meio das transcrições literais de parte dos depoimentos (contínuos ou não), visando o resgate de sua essência. Posteriormente, configuramos a Ideia Central (IC), realizando a síntese do conteúdo do discurso explicitado pelos participantes. Por último, construímos o DSC somando os discursos na tentativa de aglutinar às ideias, considerando os posicionamentos individuais e as diferentes possibilidades de categorização que sejam necessárias para representar o pensamento deste grupo de indivíduos em relação ao seu entendimento do que é ser um agente comunitário de saúde (LEFÈVRE et al., 2002).

3 | RESULTADOS E ANÁLISES

Participaram desta pesquisa 62 Agentes Comunitários de Saúde, com idade entre 23 e 61 anos, sendo 58 (93,5%) mulheres e 4 (6,5%) homens. Todos os participantes

(100%) afirmam ter participado do curso introdutório de ACS. Quanto à escolaridade, 1 deles (1,6%) tem o ensino fundamental incompleto, 3 deles (4,8%) têm o ensino fundamental completo, 14 (22,6%) indicam ensino médio incompleto, 34 (54,8%) citam ensino médio completo, 9 (14,5%) têm ensino superior incompleto e 1 deles (1,6%) indica ter ensino superior completo. A maioria dos trabalhadores, mais especificamente 50 deles (80,6%), era casado ou morava junto com um parceiro, sendo que 51 (82,3%) residiam em domicílios próprios, 5 (8,1%) em domicílios alugados e 6 (9,7%) em domicílios cedidos. A renda familiar média era de R\$ 2.949,34. Os dados demonstram similaridade com outros estudos que objetivaram traçar perfis desta população, com exceção da caracterização da renda familiar, que se mostrou relativamente mais alta (LINO et al., 2012; SANTOS et al., 2011; SILVA; MENEZES, 2008). O tempo médio do exercício do trabalho remunerado durante a vida foi de 15,5 anos e o tempo médio do exercício da função de ACS foi de 5 anos.

A Tabela 1, a seguir, apresenta os dados quantitativos a partir da síntese das ideias centrais e suas respectivas frequências de manifestações.

Ideias Centrais	n	%
A Ligação entre a equipe e os usuários	18	30
B Alguém que tem escuta qualificada	31	51,6
C Realização pessoal	7	11,6
D Educação em Saúde	18	30

Obs.: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 60 respostas e a porcentagem de 100% porque um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

Tabela 1. Síntese das ideias centrais e respectiva frequência de manifestações para a questão: “Para você, o que é ser um Agente Comunitário de Saúde?”

Neste estudo as entrevistas realizadas forneceram 4 ideias centrais e 4 discursos, que são a base do material de análise.

Passamos a discutir os Discursos dos Sujeitos Coletivos, objeto deste trabalho, a partir da questão disparadora “Para você, o que é ser um Agente Comunitário de Saúde?”. Do total de entrevistados obtivemos 60 respostas, uma vez que 2 entrevistados não quiseram responder a essa pergunta.

O Quadro 1 indica o discurso referente à Ideia Central A, ou seja, a “ligação entre a equipe e os usuários”.

“É ser um elo entre usuários e a unidade de ESF. É um pouco de tudo, ‘psicólogo’, cuidador, orientador, ‘ouvidor’, colaborador, ‘esclarecedor de dúvidas’ que facilita o acesso às informações. Eu tenho as minhas famílias e pacientes como se fossem da minha família, um vínculo enorme, tendo bastante intimidade com todos, sendo, inclusive, bem conhecido. Eles notam até como eu estou (se bem ou ruim). Para mim isso é ser ACS: conhecer e ser conhecido, ser uma ligação. Ter um vínculo com as pessoas e auxiliar no seu bem-estar, aprendo muito com eles (usuários). Ser um ACS é estar inserido na comunidade para construir um vínculo para promover saúde e prevenir doenças. É aquele profissional que estreita os laços de afinidade entre equipe e usuário, é aquele que leva a informação. Diminui o caminho entre a unidade de saúde e a casa do usuário. O papel do Agente é tomar frente, sabendo como é a vida daquele usuário para que, assim, possa ajudá-lo ou, até mesmo, passar alguma situação para a equipe. É estar em contato com os usuários procurando interagir e levar os problemas para estratégia. É ser aquela pessoa que vai até as residências levando um pouco de carinho, de solidariedade, que se importa com o tipo de vida que os usuários estão vivendo, sendo na saúde, moradia, se está tomando seu medicamento, agendando suas consultas, ouvindo seus problemas e tentando resolver eles da melhor maneira. Conhecer o território, as pessoas e sentir de que forma posso ajudar para que a comunidade esteja bem, sendo um exemplo de vida para as pessoas...”

Quadro 1. IC A – Ligação entre a equipe e os usuários

Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com autor.

O discurso oriundo da Ideia Central A (Quadro1), estabelece o vínculo entre o ACS e o usuário como sendo o eixo estruturante do cuidado em saúde na atenção primária. Traz uma importante reflexão acerca da necessidade de se conhecer o território, ter empatia com as situações cotidianas, estreitamento dos vínculos entre profissionais de saúde e a realidade sociocultural da população (CAMPOS, 2003).

Outro aspecto importante a se destacar nesse discurso é a visão de onipotência presente no trecho: “[...] É um pouco de tudo, ‘psicólogo’, cuidador, orientador, ‘ouvidor’, colaborador, ‘esclarecedor de dúvidas’ que facilita o acesso às informações [...]”. O “altruísmo” expresso faz desenvolver diferentes funções em prol do bem comum, mesmo não sendo ações incluídas no rol de atividades legalmente pré-estabelecidas (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

O discurso traz ainda, trechos que destacam as interferências que o trabalho exerce nas suas vidas, como: a preocupação do usuário com o bem-estar do ACS; o aprendizado compartilhado por ambos; a necessidade de se colocar como um “exemplo de vida para as pessoas”. Nesse ponto, percebe-se a importância de pensarmos nos impactos ocasionados pelo fato de morar e trabalhar no mesmo local, como jornada de trabalho sem interrupção, participação direta nos efeitos da ineficácia do sistema, cobranças sociais quanto ao comportamento do trabalhador e vivência cotidiana do sofrimento oriundo da realidade social na qual está inserido (JARDIM; LANCMAN, 2009).

O Quadro 2 representa o discurso referente à Ideia Central B, do ACS como “alguém que tem escuta qualificada”.

“É ser dedicada no que se faz, é saber que você poderá ajudar aquele usuário e ter satisfação nisso. É a única profissão que conheço que bate em sua porta para oferecer ajuda real, sendo um colaborador da comunidade que auxilia na promoção e prevenção da saúde, tendo um papel muito importante. É apoiar pessoas quando elas estão carentes, quando precisam de ajuda, quando não sabem nada sobre a saúde. É ter a capacidade de ouvir, gostar de ajudar. Uma pessoa que se relaciona bem com sua comunidade e que respeite os seus limites e ideias. Para mim, ACS se resume em ser o agente transformador, aquele que torna a vida das pessoas melhores, levando saúde na sua integridade (corpo, alma e espírito). Ser ACS, para mim, é poder ajudar as pessoas, ouvir, promover saúde e qualidade de vida. É buscar, através do meu trabalho, maneiras de tentar, de alguma forma, ajudar as pessoas, buscando uma palavra amiga, um tempo para escutar meu usuário e, além disso, orientá-lo sobre vários assuntos dos quais muitas vezes não tem conhecimento. É sempre estar pronta para aprender e passar isso para a população para sempre, de alguma forma, poder ajudar. Ser ACS é ter uma escuta qualificada, porque precisamos ouvir o usuário com atenção, também é necessário ter criatividade, pois nos encontramos em diversas situações diariamente. É conhecer a rede para orientar bem o usuário. Me identifico nesta área devido a carência das pessoas, que necessitam uma pessoa para escutá-las, sendo o instrumento fundamental para que as pessoas tenham saúde em todos os aspectos. É como ser um porta voz dos familiares, ser uma pessoa em que eles confiam; ser um ACS é ajudar na prevenção, orientação, escuta e ser tipo um psicólogo deles, para atender as pessoas na sua singularidade, promovendo saúde e prevenção. É estar sempre presente nas casas das famílias, disposto a fazer o possível para contribuir. É se importar com o outro. Ter a disposição de ouvir, ajudar, ver o que posso fazer para melhorar a saúde e a vida de cada usuário. É estar presente, sempre que um usuário precisar de você e conseguir atender os problemas da população, ou pelo menos tentar atender. É ser uma pessoa que colabora, ajuda e se solidariza com as pessoas. É dar sua opinião (claro, se o usuário deixar), ser uma grande amiga da família. É poder ajudar os usuários a cada casa e ser bem recebida. É poder dar um abraço de carinho e saber que estou ali para somar, junto a minha equipe. Ser ACS é saber usar mais os ouvidos do que a boca e ser e ter ética, sendo sensível para poder ver além do que os usuários relatam. Para mim, ser ACS é ajudar o próximo, é aprendizado, é se sentir útil e importante para os usuários. É poder se colocar no dia a dia das pessoas e perceber que, às vezes, o pouco que se faz já é muito para elas...”

Quadro 2. IC B – Alguém que tem escuta qualificada.

Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com autor.

A Ideia Central B (Quadro 2) estabelece a relação de ajuda no processo de trabalho, através da qual o Agente Comunitário está ligado à imagem de alguém que oferece algo ao usuário: escuta qualificada, ajuda, respeito, transformação, criatividade, domínio dos fluxos da rede, confiança e afeto (JARDIM; LANCMAN, 2009; LOPES et al., 2012).

Está contido nesse discurso, pressupostos da política de humanização que versa por olhar o usuário em sua complexidade, singularidade, integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BARBOSA et al., 2013), conforme transparece a representação “[...] para mim, ACS se resume em ser o agente transformador, aquele que torna a vida das pessoas melhores, levando saúde na sua integridade (corpo, alma e espírito) [...]”.

A escuta foi apresentada como ação necessária para a consolidação do vínculo, uma vez que representa o rompimento de modelos estabelecidos pela protocolização do cuidado baseado em uma saúde feita por manuais e técnicas padronizadas pelo modelo biomédico. O processo de comunicação não deve ser visto apenas na capacidade de expressar ideias com clareza, mas na escuta do outro de forma acolhedora. A partir dessa postura é possível sensibilizar e mobilizar os sujeitos pela sua subjetividade, dando-lhes

um entendimento para além do conceitual e técnico (OLIVEIRA et al., 2008).

O Quadro 3 se refere à Ideia Central C, relacionada à “realização pessoal” do ACS.

“É algo que me fez crescer como ser humano, me faz ver a vida de outra maneira. Ser agente é muito gratificante e, em alguns momentos, me traz sensação de prazer, principalmente quando consigo ajudar. Ser apaixonado pelo que faz, colocar-se no lugar do usuário. É sempre estar pronta para aprender e passar isso para a população, é sempre de alguma forma poder ajudar. É ser um líder comunitário, dedicado no que se faz, sabendo que você poderá ajudar aquele usuário e, dessa forma, se sentir útil e realizado profissionalmente. Saber que as pessoas gostam de você e que confiam muito no meu trabalho. É uma realização pessoal, compartilhar sofrimento e dores das pessoas, poder ajudá-las.”

Quadro 3. IC C – Realização Pessoal.

Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com autor.

O discurso (Quadro C) enfatiza o quanto o trabalho exerce potencial sensação de satisfação para esse grupo de trabalhadores que vê a execução das ações, seus aprendizados e a repercussão destes como motivadores para desenvolver um trabalho com afinco e, conseqüentemente, sentir-se realizado profissionalmente.

Cabe ressaltar que essa ideia central se origina sob uma condicional expressa nos momentos em que são atingidos os objetivos do trabalho, conforme podemos ver nas expressões “em alguns momentos”, “quando consigo ajudar” e “você poderá ajudar aquele usuário”. É possível inferir, que essa ideia central não caracteriza o “ser agente comunitário” em sua totalidade, uma vez que não é possível afirmar de forma científica ou empírica que o processo de trabalho dos ACSs, ou de qualquer outra classe profissional, é composto essencialmente por objetivos e metas alcançadas, já que, não podemos analisar as ações dos agentes de forma isolada de outros contextos de saúde importantes, como o controle social, os fluxos da rede e a gestão da saúde, por exemplo (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; JARDIM; LANCMAN, 2009; LOPES et al., 2012).

O Quadro 4 se refere à Ideia Central D, relacionada à “Educação em Saúde”.

“Levo informações e orientações aos usuários e, dentro do possível, consigo colaborar para resolver alguns problemas de família, como, por exemplo, fiscalizar a forma correta de usar medicações, controle do vencimento de receitas, agenda da UBS para acamados, controle se os usuários fizeram exames pedidos pelos médicos etc. É poder levar conhecimento sobre saúde e bem-estar. Ser Agente de Saúde é conversar sobre vários assuntos dos quais muitas vezes não tem conhecimento, levando informações sobre a unidade de saúde, prevenção, promoção e educação. É levar informação às pessoas, de um certo modo, ‘doar-se’. É tentar tirar as dúvidas das pessoas e poder ajudá-las a se sentir útil. É orientar os usuários para manter as medicações e a alimentação certa, o que é uma oportunidade de conhecimento sempre, pois é uma troca. É levar informação aos usuários e promover saúde orientando e prevenindo as pessoas de doenças. É saber ouvir, é poder levar informações sobre a prevenção, onde muitas pessoas apenas precisam de atenção e não medicação.”

Quadro 4. IC D – Educação em Saúde.

Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com autor.

A Ideia Central D (Quadro 4) indica que o trabalho do ACS está voltado para a educação em saúde. Nesse sentido, é importante pensarmos sobre os métodos educacionais apontados pelo discurso. Os verbos “fiscalizar”, “controlar” e “levar” indicam o uso do modelo mecanicista de comunicação, baseado em uma educação tradicional, cujo foco está nos resultados da transmissão da informação. Por outro lado, os verbos “colaborar”, “conversar”, “trocar” e “ouvir” indicam o uso de uma comunicação dialógica, em um modelo educacional participativo e problematizador (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

4 | CONCLUSÕES

A ideia central que esteve presente na maior parte dos discursos (51,6%) é a que enxerga o ACS como um profissional que possui escuta qualificada e que afirma que essa característica é essencial para oferecer aos usuários um cuidado em saúde integral, singular e transformador.

A ideia de que o ACS é um elo entre a equipe e a comunidade (30%) também merece destaque, pois mesmo estando de acordo com as diretrizes do sistema, também carrega consigo diferentes conteúdos simbólicos, dentre eles a percepção de que o ACS “é um pouco de tudo”, colocando o trabalhador em uma seara de múltiplas ações, muitas vezes além do estabelecido legalmente e desconsiderando todo o impacto que o trabalho no seu local de moradia exerce nele.

As realizações pessoais também constituíram uma ideia central (11,6%), porém estavam condicionadas ao “sucesso” profissional, o que nos faz pensar que esses trabalhadores podem estar suscetíveis aos sofrimentos e às frustrações oriundas do cotidiano do trabalho.

A educação em saúde esteve presente nos discursos sistematizados (30%), apontando a necessidade de espaços de socialização do conhecimento dentro do Programa de Educação Permanente (PEP) para discussão dos modelos educacionais mais adequados ao cotidiano da ESF, a fim de aprimorar as ações junto aos usuários e evitar medidas meramente prescritivas.

Por fim, cabe a reflexão inicialmente problematizada neste estudo, referente ao neologismo “super-heroização”. Façamos o exercício de refletir sobre a figura do super-herói como aquele sujeito que possui dupla identidade, não possui carga horária de trabalho definida, coloca frequentemente sua vida em risco para garantir a defesa do bem, da paz, e combate ao crime, tomando para si a responsabilidade de ser protagonista na luta do bem contra o mal, por várias vezes sendo injustiçado e incompreendido e, em nenhuma circunstância, recebe por isso.

A ideia de um “superagente comunitário de saúde” traz, entre outras coisas, pressupostos de que esse sujeito tem a tarefa de “salvar” a ESF (sendo norteadora da

consolidação do SUS); logo, o ACS tem a “missão” de salvar o sistema. Nesse sentido, esta pesquisa pôde demonstrar que, por vezes, é o próprio trabalhador que se coloca nessa condição, o que nos faz pensar o quanto os processos de trabalho devem ser amplamente e continuamente discutidos para que, assim, todos possamos ser protagonistas de nossas próprias histórias da forma mais saudável possível.

REFERÊNCIAS

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 51–60, fev. 2008.

BARBOSA, G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 123–127, 2013.

BRAZIL et al. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília/DF, Brasil: Editora MS, 2001.

CAMPOS, G. W. DE S. Saúde paidéia. In: **Saúde paidéia**. [s.l.: s.n.]. p. 185–185.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 117–121, 2010.

JARDIM, T. DE A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 123–135, mar. 2009.

LEFÈVRE, A. M. C. et al. Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 2, p. 35–47, dez. 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos**, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. In: **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. [s.l.: s.n.]. p. 138–138.

LINO, M. M. et al. PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, 31 mar. 2012.

LOPES, D. M. Q. et al. 0 Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 633–640, jun. 2012.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 426–33, nov. 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, p. 341–349, out. 1991.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. DA S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1304–1313, 2008.

OLIVEIRA, A. DE et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 749–762, 2008.

SANTOS, K. T. DOS et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1023–1028, 2011.

SILVA, A. T. C. DA; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921–929, out. 2008.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 84–87, 2002.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. enferm. UERJ**, p. 563–568, 2009.

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM UMA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS: RELATO DE CASO

Data de aceite: 02/08/2021

Danielle Ramos Domenis

Universidade Federal de Sergipe –
Departamento de Fonoaudiologia
Lagarto - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/2700137134771036>

Josefa Aparecida Ribeiro Bispo

Hospital Universitário de Lagarto – Residência
Multiprofissional de Atenção Hospitalar à Saúde
Lagarto - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/4719753968422740>

Raphaela Saturnino Cerqueira

Universidade Federal de Sergipe –
Departamento de Fonoaudiologia
Lagarto - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/9509114643148858>

Jemima Santos Silva

Hospital Universitário de Lagarto – Setor de
Fonoaudiologia
Lagarto – Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/5116538953991946>

RESUMO: Este trabalho tem o objetivo de relatar a atuação fonoaudiológica na equipe de cuidados paliativos em um caso do Hospital Universitário do interior de Sergipe. As informações foram obtidas através da revisão de prontuário e revisão da literatura. O caso descrito e as publicações utilizadas apontam as possibilidades de atuação fonoaudiológica no distúrbio de deglutição para proporcionar prazer alimentar com redução dos riscos de broncoaspiração e adaptação da

comunicação entre paciente, familiares e equipe multiprofissional.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Fonoaudiologia. Transtornos de Deglutição. Qualidade de Vida.

SPEECH THERAPY PERFORMANCE IN A PALLIATIVE CARE TEAM: CASE REPORT

ABSTRACT: This work aims to report the speech therapy performance in the palliative care team in a case of a University Hospital in the countryside of Sergipe. The information was obtained by reviewing medical records and reviewing the literature. The case described and the works used point to the possibilities for speech therapy's role in swallowing disorder to provide eating pleasure with reduced risks of bronchoaspiration and adaptation of communication between patient, family, and the multiprofessional team.

KEYWORDS: Palliative Care. Speech Therapy. Dysphagia. Quality of Life.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos são um conjunto de abordagens com o intuito de manter a qualidade de vida, conforto, prevenção e alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual dos pacientes acometidos por doenças graves, progressivas e incuráveis e sistema de apoio a seus familiares e toda rede envolvida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

A equipe de cuidados paliativos (ECP)

deve ser interdisciplinar, propiciando um cuidado integral e humanizado ao indivíduo e seus familiares, sendo de grande importância a participação do fonoaudiólogo. Compreender a finitude como uma etapa natural da vida e dar apoio no enfrentamento da doença para que decisões possam ser tomadas e respeitadas tendo como prioridade a qualidade de vida devem ser características do profissional paliativista (MOREIRA et al., 2020).

Sobre a atuação do fonoaudiólogo em cuidados paliativos, inicialmente isso acontecia principalmente nos casos oncológicos, de cabeça e pescoço, em seus estágios finais, tendo como foco de atuação as alterações de comunicação e deglutição, porém recentemente essa atuação foi estendida também a doenças crônicas progressivas e neurodegenerativas. Com o aumento das ECP e consequente participação do fonoaudiólogo, o Conselho Federal de Fonoaudiologia emitiu parecer definindo o papel da equipe, bem como da atuação fonoaudiológica, reforçando sua participação nas questões e decisões que envolvam a alimentação e comunicação (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2016).

As alterações na comunicação impactam diretamente na autonomia do paciente, que perde sua capacidade de expressar desejos e sentimentos aos familiares e muitas vezes impactam em sua participação na tomada de decisões (JACINTO-SCUDEIRO; AYRES; OLCHIK, 2019).

As estratégias fonoaudiológicas como alternativas de comunicação envolvem adaptação dos meios efetivos de comunicação. Pode-se utilizar a forma verbal, desenhos, escrita, gestos, manifestações corporais do paciente e Comunicação Ampliada e Alternativa - CAA e a sugestão de troca da cânula de traqueostomia, válvula de fala e decanulação (PINTO, 2012; SILVA et al, 2017).

Com relação a alimentação, muitos pacientes evoluem com distúrbios de deglutição, aumento do risco de broncoaspiração, redução importante da ingestão via oral, dentre outras alterações relacionadas a essa função, sendo o raciocínio e intervenção diferente das abordagens fonoaudiológicas tradicionais, em que diante da presença de alterações graves há suspensão da via oral, muitas vezes independente do desejo do paciente ou familiares (CALHEIROS; ALBUQUERQUE, 2012; JACINTO-SCUDEIRO; AYRES; OLCHIK, 2019).

As condutas e decisões fonoaudiológicas, discutidas com a equipe, levarão em consideração a vontade do paciente, qualidade de vida e principalmente conforto. Ao se pensar em liberação ou suspensão da alimentação via oral ou em caso de recusa da via alternativa o fonoaudiólogo deve buscar otimizar a via oral prazerosa ao indivíduo e minimizar os riscos sempre que possível (MOREIRA et al., 2020).

O gerenciamento da disfagia na abordagem paliativista poderá envolver oferta de alimentos específicos da cultura ou desejo do paciente, manobras de controle de volume, adaptações de consistência e utensílios, dentre outras manobras; a realização de exercício pode ser considerada em alguns casos, desde que realmente traga benefícios e que seja do desejo do paciente, não envolvendo sofrimento, sendo a abordagem pautada em evidência

científica e integrada as condutas discutidas pela equipe (CARRO; MORETI; PEREIRA, 2017; BOGAARDT et al., 2014; MOREIRA et al., 2020).

Na busca de ampliar e enriquecer as discussões na área, o objetivo do trabalho envolve a atuação fonoaudiológica em uma Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do interior de Sergipe, através de um relato de um caso.

2 | MÉTODO

Estudo do tipo relato de caso descritivo, de caráter narrativo e reflexivo, aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição com CAEE: 25648419.4.0000.5546 (aprovação em 09 de dezembro de 2019, parecer 3752395). Os dados foram obtidos através de prontuário da instituição.

3 | DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, A.S.A, 55 anos, etilista e usuário de drogas ilícitas de longa data em crise de abstinência teve queda da própria altura evoluindo com convulsões sendo esse o motivo da internação, em abril de 2019. Durante a internação hospitalar (trigésimo dia de internação), com piora do quadro clínico realizou-se uma nova tomografia computadorizada de crânio e constatou-se uma hipodensidade parieto-occipital recente sendo diagnosticado um Acidente Vascular Encefálico (AVE). Entubado por dez dias com posterior realização de traqueostomia, evoluiu com evento adverso de uma parada cardiorrespiratória (PCR) por obstrução de via aérea causada por rolha de secreção.

No quadragésimo dia de internação (D40) paciente encontrava-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em ventilação mecânica invasiva (VMI), alimentação exclusivamente por sonda nasoenteral (SNE), em tratamento de infecção de foco pulmonar, com grandes sequelas motoras, baixa reserva funcional e orgânica, déficit cognitivo grave e lesões por úlcera de pressão.

Em discussão com equipe da UTI, pelas alterações graves apresentadas pelo paciente, internação prolongada (mais de 40 dias) e prognóstico reservado principalmente em consequência das lesões neurológicas prévias e adquiridas durante internação (AVC e PCR) foi solicitada avaliação da equipe de cuidados paliativos (ECP).

3.1 Avaliação da Equipe de Cuidados Paliativos

A médica paliativista juntamente com a equipe (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, nutricionista, enfermeiro, psicólogo e assistente social) avaliou o paciente a beira leito, na própria UTI (D55), sendo o mesmo elegível a ser seguido pela equipe. Em reunião foram traçados objetivos, dentro das possibilidades terapêuticas junto ao paciente e seus familiares, sendo o principal deles seu bem-estar, com diminuição de realização de procedimentos que pudessem trazer dor ou desconforto.

Após reunião entre a equipe foi realizada a Conferência Familiar, com o máximo de cuidadores e familiares que pudessem estar presentes. No caso do paciente a conferência foi feita com a irmã, que era a principal cuidadora.

Os aspectos abordados na conferência foram: propostas terapêuticas, dinâmica de cuidados, esclarecimento de dúvidas. A principal proposta feita foi quanto a contra-indicação de medidas invasivas, no caso de uma nova PCR como intubação orotraqueal, ressuscitação cardiopulmonar, uso de drogas vasoativas ou qualquer outra ação que pudesse prolongar o sofrimento sem representar melhora na qualidade de vida, além disso, contra-indicação de permanência na UTI, tendo como sugestão enfermaria, podendo assim a acompanhante estar presente por um tempo maior do dia e posterior internação domiciliar. Ressalta-se que a contra-indicação de medidas invasivas não significaria em momento algum abandono do paciente por parte da equipe, que continuaria com suas terapêuticas e propostas interdisciplinares. A irmã consciente do quadro do paciente concordou com a proposta terapêutica da equipe, estando disposta a se organizar para a internação domiciliar.

3.2 Atuação fonoaudiológica

A primeira avaliação fonoaudiológica à beira leito foi realizada na UTI, antes do paciente ser avaliado pela ECP. Na ocasião paciente estava pouco colaborativo, apresentava sialostase, estruturas do sistema estomatognático com mobilidade bastante reduzida e durante realização do *Blue Dye Test* (teste do corante azul) houve saída de grande quantidade de secreção azulada pela traqueostomia, evidenciando presença de saliva em via aérea, com tosse fraca e assistemática. Diagnosticado com Disfagia Orofaringea Neurogênica Grave teve como conduta alimentação exclusiva por SNE e acompanhamento.

Ao ser avaliado pela ECP, foram reavaliados aspectos da comunicação e deglutição pela fonoaudióloga da equipe, que observou graves alterações de compreensão e expressão oral, sem intenção comunicativa, traqueostomizado com cânula plástica do tipo Shiley porém em ventilação espontânea com *cuff* parcialmente insuflado.

Discutido em equipe a manutenção do acompanhamento fonoaudiológico para gerenciamento e manejo da saliva e secreções, com terapia indireta; questionado sobre possibilidade de indicação de via alternativa de longa permanência a gastrostomia, além de medidas xerostômicas. Para o momento a conduta de alimentação exclusiva por via alternativa pode ser mantida, pois paciente permanecia pouco responsivo não manifestando qualquer tipo de resistência à conduta.

Paciente transferido para enfermaria de Clínica Médica, passando a ser acompanhado pela cuidadora, porém com permanência prolongada na internação hospitalar em consequência de infecções de repetição, com necessidade de mais de um ciclo de antibioticoterapia. Nesse período cuidadora passou por processo de treinamento pela ECP sendo abordados aspectos como: manuseio da SNE, manejo da cânula de traqueostomia,

mudanças de decúbito, banho, estímulo de formas de comunicação entre ela e o paciente, além de outras demandas trazidas pela própria cuidadora.

Após 128 dias de internação, finalizado último ciclo de antibioticoterapia paciente foi liberado para alta, sendo a mesma discutida entre ECP e Equipe Melhor Em Casa (EMC), a qual assumiria o paciente em seu internamento domiciliar. Paciente ainda traqueostomizado, alterações cognitivas, porém com melhora da intenção comunicativa, e desejo de se alimentar, sendo liberado dieta pastosa em pequenos volumes em horários de refeições, apenas para prazer alimentar, com manutenção da SNE, ficando a pendência sobre manutenção da indicação da via alternativa de longa permanência, já que a mesma foi contra indicada de ser realizada no HUL, por envolver procedimento cirúrgico, não havendo a opção da gastrostomia endoscópica percutânea, bem como o questionamento de qualquer novo procedimento invasivo.

4 | DISCUSSÃO

O relato de caso teve como objetivo principal descrever a atuação fonoaudiológica junto a uma equipe de cuidados paliativos, mas também descrever a atuação da própria equipe em um hospital universitário de Sergipe.

Em 2018 a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) realizou um levantamento de dados que mostravam o número de serviços prestados em todo território brasileiro até agosto de 2018, sendo encontrados 177 serviços em todo país (ANCP, 2018). Esse mapeamento evidenciou o número pequeno de serviços no país, sendo a maioria localizados na região sudeste, com menos de 10% do total das equipes atuando nas regiões norte e nordeste (ANCP, 2009; GOMES; OTHERO, 2016; ANCP, 2018).

Apesar da maior parte das equipes existentes no Brasil atuarem no ambiente hospitalar, muitas vezes esse serviço é limitado a pacientes oncológicos, em estágio final da doença (CARRO; MORETI; PEREIRA, 2017). Estudos recentes têm demonstrado a importância da atuação da ECP em outras doenças graves, incuráveis e em processo de finitude, independente da idade, devendo essa atuação ter início o quanto antes, e não só na fase final (BEDUSCHI et al., 2018; PROVINCIALI et al. 2015; BRAUN et al., 2016).

Outro ponto a ser levado em consideração é o reconhecimento por parte das instituições da necessidade da ECP ser uma equipe interdisciplinar e do papel dessa equipe no dia a dia e não de forma pontual, ressignificando o cuidado junto a esses pacientes (BAËRE; FAUSTINO; MIRANDA, 2017). No HUL, hospital em que o caso foi descrito, os profissionais que compõe a ECP ainda se dividem em outras funções e equipes, dedicando apenas uma pequena carga horária semanal às atividades relacionadas aos cuidados paliativos, tendo que assim escolher os pacientes com maior demanda.

Sobre a atuação do fonoaudiólogo em cuidados paliativos, a literatura ainda é escassa, por isso a importância de estudos e relatos que tragam experiências (ANTUNES;

CENTURION; FERREIRA, 2019; MODESTO; MACHADO; FIGUEIREDO, 2020). O Conselho de Fonoaudiologia formulou documento em que reforça a importância do fonoaudiólogo na equipe e sua atuação voltada principalmente para aspectos da alimentação e comunicação, priorizando pela qualidade de vida e redução do sofrimento (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2016).

Pensar em qualidade de vida relacionada à deglutição é algo complexo e que leva em consideração aspectos culturais e familiares, mas principalmente aspectos individuais (LUCESI; SILVEIRA, 2018). No paciente desse estudo, na maior parte do tempo de internação essa não foi uma questão geradora de conflitos ou com necessidade de ajustes de conduta, pois o paciente apresentava nível de consciência rebaixado, confuso, não expressava desejo de se alimentar por via oral e a cuidadora orientada pela equipe entendia a importância do suporte dado pela via alternativa.

Com relação a comunicação, quando o paciente apresenta uma forma efetiva de se expressar, seja com seus familiares ou com a equipe, a tomada de decisões fica mais fácil, a formação de vínculo é facilitada podendo ser respeitada assim suas vontades (SILVA et al., 2017). O uso de estratégias de comunicação para oferecer apoio emocional ao paciente e familiares envolve escuta ativa, estimular a verbalização de sentimentos, uso terapêutico do silêncio, manutenção de contato visual, toque afetivo e presença frequente (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Estabelecer um tipo de comunicação, seja verbal ou alternativa/suplementar esteve entre os objetivos da fonoaudióloga e da ECP desde o início no caso apresentado, inicialmente a cuidadora acreditava que o paciente não se comunicava pela presença da traqueostomia, sendo realizadas orientações para que compreendesse que a dificuldade de comunicação era consequência das lesões cerebrais, presença de infecção e protocolo de antibioticoterapia em boa parte do tempo em que esteve internado, sendo também reforçada a orientação de que qualquer tipo de comunicação, mesmo a não verbal, seria bem-vinda.

Sobre terapia fonoaudiológica para a deglutição, realização de exercícios com ênfase na reabilitação, há ainda muitos questionamentos quanto a sua efetividade em cuidados paliativos, devendo cada caso ser discutido individualmente com a equipe, visto que há casos em que a demanda energética durante as intervenções, o desgaste emocional e muitas vezes a frustração, superam os ganhos em termos de qualidade de vida (FLORIANI; SCHRAMM, 2008; LUCESI; SILVEIRA, 2018).

O gerenciamento fonoaudiológico quando realizado em cuidados paliativos abrange além de abordagens individualizadas através da realização de exercícios, processo de treinamento e educação continuada da equipe e familiares, adaptações posturais e de utensílios, fracionamento da alimentação, quando essa estiver prescrita, discussão de possíveis vias alternativas e outras possibilidades que garantam qualidade de vida, redução de sofrimento (SANTOS; MITUUTI; LUCESI, 2020).

No caso apresentado nesse estudo, o paciente tinha indicação de via alternativa de longa permanência, porém a mesma não foi realizada pois a indicação era de uma GEP e no hospital só realizavam a cirúrgica, trazendo riscos e indo contra o protocolo definido pela ECP (ANSELMO et al., 2013). O uso de via alternativa por pacientes em cuidados paliativos tem sido muito discutido e seus benefícios questionados, gerando controvérsias (JACINTO-SCUDEIRO, AYRES, & OLCHIK, 2019; CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017). A indicação da gastrostomia, no caso, veio em substituição a uma via alternativa que já estava presente junto ao paciente, e não para substituir a alimentação via oral, entendendo que a troca das vias alternativas de SNE pela GEP traria mais conforto, menos riscos de pneumonias dentre outras vantagens, sendo possível revisão da conduta com a evolução da doença ou desejo do paciente e familiar (CASTRO, FRANGELLA, HAMADA, 2017).

A programação da alta do paciente meses depois de sua internação trouxe outro problema à tona, que é a continuidade do trabalho fora do ambiente hospitalar, sendo escassa a presença de equipes de cuidados paliativos na rede, por mais que a oferta desse serviço faça parte atualmente dos cuidados continuados ofertados pelo SUS (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2018). Faz-se necessária oferta de mais oportunidades de formação multidisciplinar na área e reconhecimento por parte dos órgãos gestores da importância da equipe de cuidados paliativos em uma população que apresenta números cada vez maior de doenças graves e incuráveis.

5 | CONCLUSÃO

A forma como os cuidados paliativos são prestados depende das necessidades individuais do paciente. Com a progressão do envelhecimento populacional e reconhecimento precoce das doenças crônicas, faz-se necessário capacitar os profissionais de saúde para prevenção, avaliação, plano de cuidados adequados no decorrer da doença, assistência ao fim da vida e ao luto.

O fonoaudiólogo teve papel importante junto à equipe de cuidados paliativos, no caso descrito, com atuação na adaptação das habilidades comunicativas residuais e prescrição da via alimentar com possibilidade de oferta via oral para prazer alimentar de forma segura. Além desse caso, outros pacientes internados na unidade de terapia intensiva e internamento clínico do hospital tem múltiplas comorbidades e indicação de cuidados paliativos. Isso significa que, mais estudos são necessários para o aprimoramento das condutas fonoaudiológicas.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. [ANCP]. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. 2018. Disponível em <<https://paliativo.org.br/wpcontent/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 01 maio.2021.

ANSELMO, C. B.; JUNIOR, V. T.; LOPES, L. R.; NETO, J. S. C.; ANDREOLLO, N. A. **Gastrostomia cirúrgica: indicações atuais e complicações em pacientes de um hospital universitário**. Rev Col Bras Cir, v. 40, n.6, p. 458-462, 2013.

ANTUNES, A. P. de A.; CENTURION, D. S.; FERREIRA, L. P. **Cuidados Paliativos na Fonoaudiologia: revisão integrativa**. Revista Kairós-Gerontologia, v. 22, n. 4, p. 417-427, 2019.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. **O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 21, n.1, p.121-129, Jan/Mar, 2012.

BAÈRE, T. D.; FAUSTINO, A. M.; MIRANDA, A. F. **A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos**. Revista Portal de Divulgação, n. 53, ano VII Jul/ Ago/ Set. 2017.

BEDUSCHI, F. M.; ALCÂNTARA, C. O.; PEREIRA, F. M.; PINHEIRO, T. C. E.; CINTRA, M. T. G.; BICALHO, M. A. C. **Cuidados paliativos no atendimento público hospitalar: a importância do atendimento de pacientes jovens**. Rev Soc Bras Clin Med, v. 16, n. 2, p. 80-84, abr-jun, 2018.

BOGAARDT, H. et al. **Swallowing Problems at the End of the Palliative Phase: Incidence and Severity in 164 Unsedated Patients**. Dysphagia, v. 30, n. 2, p. 145-151, Apr 2015.

BRAUN, L. T.; GRADY, K. L.; KUTNER, J. S.; ADLER, E.; BERLINGER, N.; BOSS, R.; et al.; **American Heart Association Advocacy Coordinating Committee. Palliative care and cardiovascular disease and stroke: a policy statement from the American Heart Association/American Stroke Association**. Circulation, v. 134, p. 198-225, 2016.

CALHEIROS, A. S.; ALBUQUERQUE, C. L. **A vivência da fonoaudiologia na equipe de cuidados paliativos em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro**. Rev Hosp Universitário Pedro Ernesto, v. 11, n. 2, p. 94-98, 2012.

CARRO, C. Z.; MORETI, F.; PEREIRA, J. M. M. **Proposta de atuação da Fonoaudiologia nos Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados**. Distúrb Comum, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 178-184, março, 2017.

CASTRO, J. M. F.; FRANGELLA, V. S.; HAMADA, M. T. **Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis**. ABCS Health Sci, v. 42, n.1, p. 55-59, 2017.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (Brasil). Resolução no. 41, de outubro de 2018. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. 23 out 2018, no. 225, Seção 1.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (Brasil). Parecer no. 42, de 18 de fevereiro de 2016. **Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo em cuidados paliativos**. Parecer aprovado na 1450 SPO do CFFa.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Palliative care: interfaces, conflicts and necessities**. Cien Saude Colet, v. 13, n. 2 (suppl 2), p. 2123-32, 2008.

GOMES, A.L.Z.; OTHERO, M.B. **Cuidados paliativos**. Estudos Avançados, São Paulo, v.30, n. 88, sept./dec. 2016.

MOREIRA, M. J. S.; GUIMARÃES, M. F.; LOPES, L.; MORETI, F. **Contribuições da Fonoaudiologia nos cuidados paliativos e no fim da vida**. Codas, v. 32, n. 4, p. 1-3, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Definição de cuidado paliativo**. [2002]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acessado em: 28 de abril de 2021.

JACINTO-SCUDEIRO, L. A.; AYRES, A.; OLCHIK, M. R. **Tomada de decisão: papel do fonoaudiólogo em cuidados paliativos**. Distúr Comun, v. 31, n.1, p. 141-146, março, 2019.

LUCHESI, K. F.; SILVEIRA, I. C. **Cuidados paliativos, esclerose lateral amiotrófica e deglutição: estudo de caso**. CoDAS, v. 30, n. 5, p. 1-6, 2018.

MODESTO, M. L. A.; MACHADO, W. C. A.; FIGUEIREDO, N. M. A. **Aspectos clínicos que interferem na deglutição em cuidados paliativos – um foco na disfagia orofaríngea**. In: SILVA, E. Estudos em Ciências da Saúde 2, Belo Horizonte, Atena Editora, p. 38-54, 2020.

PINTO, A. C. O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p. 358-360.

PROVINCIALI, L.; TARQUINI, D.; DE FALCO, F. A.; CARLINI, G.; ZAPPIA, M.; TONI, D. **La dimensione delle cure palliative in neurologia**. Recenti Prog Med, v. 106, p. 316-321, 2015.

SANTOS, L. B.; MITUUTI, C. T.; LUCHESI, K. F. **Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea**. Audiol Commun Res, v. 25, e. 2262, p. 1-7, 2020.

SILVA, C. L. M. et al. **Caracterização dos recursos de comunicação utilizados por pacientes em cuidados paliativos - revisão integrativa**. Revista CEFAC, São Paulo, vol.19, n.6, p. 879-888, Nov/Dez, 2017.

SILVA, C. L. M.; BERTONCELO, C.; BARROS, A. P. B.; PADOVANI, M. **Caracterização dos recursos de comunicação utilizados por pacientes em cuidados paliativos – revisão integrativa**. Revista Cefac, v. 19, n. 6, p. 879-888, nov-dez, 2017.

CAPÍTULO 11

GRUPO DE TRABALHO DE FONOAUDIOLOGIA EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 21/05/2021

Tathiana de Itacarambi Pereira

Fonoaudióloga em CAPS IJ e consultório particular. Especialização em Saúde Mental - UNIFESP, Especialização em Neurologia - Einstein, Pós-graduada em Transtorno do Espectro Autista pelo Child Behavior Institute – CBI of Miami. Membro do Grupo de Trabalho Fonoaudiologia e Saúde Mental de Campinas, e do Grupo de Trabalho Fonoaudiologia e Saúde Mental da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia Campinas – SP
<http://lattes.cnpq.br/1938969275614712>

Juliana Pinheiro dos Santos

Fonoaudióloga em consultório particular Especialista em Saúde Coletiva pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFF^a), Pós-graduada em Saúde Mental e Coletiva (UNICAMP), Pós Graduada em Neurociências Aplicadas a Aprendizagem (IPUB/UFRJ), Pós-graduada em Gestão de Saúde (IMS/UERJ); Membro do Grupo de Trabalho Fonoaudiologia e Saúde Mental de Campinas, e do Grupo de Trabalho Fonoaudiologia e Saúde Mental da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia Indaiatuba - SP
<http://lattes.cnpq.br/0624419834907494>

Marilisa Barbosa Hessel

Fonoaudióloga em CAPS IJ e consultório particular. Pós-graduada em Saúde Mental e Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Membro do Grupo de Trabalho Fonoaudiologia e Saúde Mental de Campinas Campinas - SP
<http://lattes.cnpq.br/4753650074278473>

Douglas Fernandes Moura

Fonoaudiólogo residente na UNICAMP. Pós-graduando em Saúde Mental e Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Membro do Grupo de Trabalho Fonoaudiologia e Saúde Mental de Campinas Campinas - SP
<http://lattes.cnpq.br/3249888421598188>

RESUMO: O fonoaudiólogo em Saúde Mental (SM) está cada vez mais inserido nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em que o trabalho multidisciplinar é central. As ações desse profissional integram desde os atendimentos específicos de núcleo profissional, como também as ações de campo em SM e clínica ampliada. Nesse sentido, o Grupo de Trabalho (GT) específico aos profissionais de Fonoaudiologia, que atuam em SM, possibilita um ambiente no qual os pares possam dialogar e refletir sobre as ações que são feitas em diferentes serviços, como: acolher e amparar angústias, potencializar boas práticas, fortalecer a categoria profissional fonoaudiológica, servir de facilitador na criação de estratégias individuais e coletivas, e, por fim, levantar posicionamentos coletivos frente a imprevistos e situações adversas. Dessa maneira, esse estudo tem por objetivo relatar a experiência de um GT de Fonoaudiologia em SM, entre o período de junho de 2014 a junho de 2020, cujos dados foram coletados a partir das pautas mais recorrentes nos encontros mensais, nos quais participaram, em média, seis fonoaudiólogos de distintos pontos da RAPS. Ademais, esse grupo possibilitou apresentações de trabalhos e publicações em eventos científicos,

com um total de 9 apresentações de pôsteres e 4 apresentações orais. Sendo assim, o grupo foi um espaço de motivação e fortalecimento entre os pares, divulgação do campo de trabalho da Fonoaudiologia em SM para outras categorias profissionais e um disparador para a busca de conhecimento coletivo dentre tantos procedimentos, não saberes, inseguranças e desafios nessa área de atuação.

PALAVRAS-CHAVE: Fonoaudiologia e saúde mental, Fonoaudiologia e processos grupais, Fonoaudiologia e saúde coletiva, Saúde Mental, Saúde Coletiva

SPEECH AND LANGUAGE THERAPIST WORKING GROUP ON MENTAL HEALTH: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: In the Psychosocial Care Network (RAPS), where it is critical to work in multidisciplinary intervention, the presence of Speech and Language Therapist (SLT) in Mental Health Care are constant increasing. Their interventions go from SLT specificities to Mental Health actions and Extended Care. Therefore, this specific working group allows the participants to have an environment where they can dialogue and reflect on their interventions that have been taken in different services (public and private). As so, reception and support, and enhancer of good practices, and as facilitator to create strategies (individual and collective), and collective emplacement against unexpected and adverse situations, and strengthening of the professional category. This study aims to report the experience of a Working Group of SLTs in Mental Health between June 2014 to June 2020. In the group, data were collected from the most recurrent agenda in monthly meetings - two hours long - in which an average of six SLTs from different points of the RAPS participated. In this group, the participants were able to freely and spontaneously express and share with others. Regarding the Psychosocial Care Centers (CAPS), the SLT procedures were consistent with those of the Ministry of Health. Assistance in the differential diagnosis of the cases attended was also mentioned as an action of the participants. This group made it possible to present papers and publications at scientific events, with a total of nine poster presentations and four oral presentations. Thus, the group was a space for motivation and strengthening among peers, propagation of the field of SLT in Mental Health to other professional categories, and a booster for the search of collective knowledge among so many procedures, 'not knowing', insecurities and challenges in this area of field.

KEYWORDS: Speech and Language Therapy and Mental Health, Speech and Language Therapy and Group Processes, Speech and Language Therapy and Public Health, Mental Health, Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

A Fonoaudiologia entra efetivamente no campo da Saúde Mental (SM) a partir de 1992, com base na diretriz da multiprofissionalidade da prestação de serviços às pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 1992). Segundo Lykouropoulos e Herrero (2015), o profissional fonoaudiólogo nesta atuação deve ser capaz de embarcar e desembarcar profissionais-passageiros e seus saberes-bagagens diferentes, ávidos por transformar a história e por criar espaços de vida aos sujeitos.

Importante apresentar os conceitos de campo e núcleo definidos por Campos (2000): campo se relaciona a “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”, devendo, então, ser um espaço aberto de resolução de conflitos e construção coletiva de saberes. Já o conceito de núcleo, pode ser definido como “uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo, parte da necessidade, e da inevitabilidade de se construírem identidades sociais para as profissões e para os campos de saber”. Portanto, campo e núcleo se comunicam, influenciam-se mutuamente, borrando os limites entre eles, somando saberes e práticas, compondo a identidade profissional e disciplinar (Campos, 2000).

O conceito de clínica ampliada, também é de essencial conhecimento, e se explica por um processo de cuidado (ou clínica) que é capaz de lidar com a singularidade do indivíduo, ampliando o olhar para além do diagnóstico, dos sintomas e do biológico, não menosprezando a devida atenção às doenças. (Campos, 1997; Universidade Federal de Santa Catarina, 2012).

Ao longo desse estudo, foi observado que as ações do profissional de Fonoaudiologia em SM integram desde os atendimentos específicos de núcleo profissional como, também, de campo e clínica ampliada (Pereira e Santos, 2019; Santos et al, 2015; Santos et al, 2017; Santos et al, 2018). Sendo assim, é de suma importância que o fonoaudiólogo também tenha vasto conhecimento em saúde mental. Por isso, entende-se que o GT de Fonoaudiologia em SM é um espaço potente para construções e se revela, cada vez mais, de extrema importância para sustentar a atuação desse coletivo nos respectivos serviços de trabalho.

2 | METODOLOGIA

Os dados foram coletados a partir do levantamento das pautas mais recorrentes nas reuniões e nos trabalhos apresentados em eventos científicos pelo Grupo de Trabalho (GT) de Fonoaudiologia em SM no período que compreende junho de 2014 a junho de 2020. Os encontros do GT ocorreram, mensalmente, com duração de duas horas, tendo participação média de 6 fonoaudiólogos do total de 13 fonoaudiólogos inscritos no GT, com atuação em distintos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e em consultório particular.

3 | RESULTADOS

Todos os participantes contribuíram com temas pertinentes ao campo de SM, ao núcleo da Fonoaudiologia e na interseção entre estes. Os fonoaudiólogos puderam expressar de forma livre e espontânea o que desejavam compartilhar com os demais profissionais nos dias dos encontros.

Dentre os assuntos compartilhados, encontravam-se demandas das equipes ao profissional fonoaudiólogo de maneira a questionar “o que é para a fono” e, em alguns momentos, indagações e estranhamentos com a clínica da Fonoaudiologia em cada serviço. A seguir, descrevemos parte dos temas das discussões realizadas neste Grupo de Trabalho de Fonoaudiologia em Saúde Mental, as atribuições dos fonoaudiólogos a partir da clínica de cada equipamento e alguns trabalhos apresentados por esse coletivo em eventos científicos.

3.1 Fonoaudiólogos especialistas em saúde mental atuantes na raps e rede privada de saúde

Os procedimentos realizados pelos fonoaudiólogos nos diversos serviços da RAPS e da rede privada seguiram o que determinam o Ministério da Saúde, o Código de Ética da profissão, o Decreto nº 87.218 de 31 de maio de 1982 - que regulamenta a Lei nº 6.965 de 09 de dezembro de 1981 - que dispõe sobre a regulamentação da profissão e demais resoluções específicas a atuação de núcleo como, por exemplo, a Resolução CFFa Nº 615/21 que dispõe sobre a regulamentação da Telefonaudiologia, tendo em vista as ações necessárias durante a pandemia de Sars CoV 2 (COVID-19).

3.1.1 Centros de Convivência (CECOS)

Nos CECOS, as ações tiveram como foco escuta qualificada e acolhimento, sociabilidade e inclusão social - proporcionando o convívio em comunidade entre pessoas em situação de vulnerabilidade e a população em geral - autonomia, exercício da cidadania, acompanhamento individual e em grupo, oficinas terapêuticas com grupos heterogêneos, ações no território, articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais e intersecretariais (Brasil, 2018; Santos et al, 2015; Santos et al, 2018).

3.1.2 Oficinas de Geração de Renda

Nas Oficinas de Geração de Renda, os objetivos estavam direcionados à autonomia, ações coletivas por intermédio das rodas de conversa e de acolhimentos individuais específicos, fortalecimento de vínculo e de relações, favorecimento da interação social e da inclusão pelo trabalho, reabilitação psicossocial, geração de renda por intermédio de treinamentos, favorecimento de aprendizados específicos ao trabalho (ex. como se comunicar de forma mais clara com seus colegas de trabalho), capacitação e qualificação para o mercado de trabalho formal e informal (Lussi et al, 2011; Santos et al, 2015).

3.1.3 Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral

Durante experiência do núcleo fonoaudiológico em Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral, as ações fonoaudiológicas incluíram atuação profissional junto à equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos e

assistentes sociais, articulação de rede intra e intersetorial, atenção à crise, atendimentos individuais, grupais e com familiares, acompanhamento terapêutico (AT) em saídas externas ao hospital e ações territoriais de reabilitação psicossocial (Hessel, 2020).

3.1.4 Consultório particular

As ações em consultório particular focalizaram no trabalho em família, acolhimento, articulação de rede com profissionais de diversas áreas e níveis de atenção, atendimentos individuais e em grupo, atendimentos familiares individuais e em grupo - rodas de conversa, visitas domiciliares; práticas corporais e expressivas; promoção de contratualidade, fortalecimento de protagonismo, inclusão social, articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais.

3.1.5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Neste serviço, foi possível observar elevada variedade de ações dentre as atividades realizadas pelos fonoaudiólogos. Desde ações do campo da saúde mental, como também ações específicas do núcleo, de forma individualizada e com os demais profissionais do CAPS IJ, valorizando o trabalho multidisciplinar. Por isso, discorreremos acerca de algumas destas ações: avaliação fonoaudiológica individual e em grupo; atendimento terapêutico individual, em duplas e grupos; participação em reuniões e discussões de caso nas escolas e creches; encontros com os fonoaudiólogos da rede; matriciamento das equipes da atenção básica; visitas domiciliares; atendimento familiar; atendimentos de referência; acolhimentos; composição dos times de plantão; atividades de ambiência/convivência; AT; reuniões de equipe; busca ativa; participação nas passagens de plantão; reuniões intersetoriais; discussão ampliada de casos com outros serviços da rede. (Brasil, 2011; Brasil, 2012; Carvalho et al, 2017; Santos et al, 2017).

3.2 Trabalhos apresentados por esse coletivo em eventos científicos

3.2.1 Possibilidades de estimulação precoce no TEA com utilização dos marcos do desenvolvimento humano pela fonoaudiologia

Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Comunicação e Linguagem em Fonoaudiologia, em 2019, com objetivo de agregar evidências e realizar um comparativo da atuação da fonoaudiologia nos modelos DIR/Floortime e Modelo Denver Precoce (ESDM) para intervenção precoce para o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Por meio de levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: MedLine, Lilacs e Scielo com as palavras chave “DIR floortime”, “Modelo Denver de Estimulação Precoce”, “ESDM” “Estimulação Precoce”, “Autismo”, “Transtorno do Espectro Autista” e seus correspondentes em inglês. Observamos que ambos os modelos preconizam o vínculo terapêutico como primordial para a intervenção, utilizando da interação social e

da brincadeira como potencializadores do crescimento dos marcos de desenvolvimento que estariam prejudicados em crianças com TEA. Nesse sentido, o fonoaudiólogo se beneficiaria desses métodos, visto que comunicação e linguagem fazem parte desses marcos. (Pereira, Santos; 2019)

3.2.2 (Re) significações da terapia fonoaudiológica em grupo na saúde mental

Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Comunicação e Linguagem em Fonoaudiologia, em 2019, com objetivo de discorrer uma nova forma de atuação da Fonoaudiologia em saúde mental com possíveis propostas de atuação em grupos. Neste trabalho, apresentou-se o relato de experiência de duas fonoaudiólogas que atuaram em diversos serviços de saúde mental na região de Campinas-SP, como metodologia. Dentre os serviços temos: CAPS Infante Juvenil (IJ), CAPSIII, CECO, núcleo de trabalho em saúde mental, rádio comunitária, escola inclusiva e uma instituição especializada em TEA. A partir disso, os serviços foram agrupados por faixa etária, apresentando informações sobre as possibilidades de comunicação propiciadas pelos atendimentos coletivos realizados por fonoaudiólogos na saúde mental. Cabendo, então, ao fonoaudiólogo identificar as demandas e trabalhar os diferentes tipos de linguagem e, se necessário, adequá-las aos diferentes ambientes, visto que nem todos são específicos do núcleo da fonoaudiologia e, sim, do campo da saúde mental. (Pereira, Santos; 2019)

3.2.3 Apoio matricial fonoaudiológico como potencializador das ações na escola

Trabalho apresentado na VII Mostra de Fonoaudiologia na Educação do CRFa em parceria com a PUC-SP, em 2017, com objetivo de descrever relatos de experiências de matriciamentos escolares realizados por fonoaudiólogas inseridas em CAPSij do município de Campinas e em uma instituição especializada para portadores de Transtorno do Espectro Autista no município de Indaiatuba. Nesse contexto, a construção desse trabalho se desenvolveu a partir das informações coletadas nos matriciamentos realizados entre o início de 2016 até agosto de 2017. Em sua conclusão, entendemos que a sistematização do matriciamento nas escolas pelo fonoaudiólogo que atua em saúde mental, valoriza a construção de espaços para comunicação ativa e o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais e, conseqüentemente, possibilita a (re)inserção social, interação entre os pares e elaboração de estratégias para inclusão pedagógica dessas crianças e adolescentes. (Hessel et al, 2017)

3.2.4 Atribuições do fonoaudiólogo nos CAPS INFANTO-JUVENIS

Trabalho apresentado na V Mostra de Fonoaudiologia na Saúde Pública com CRFa, em 2017, com objetivo de descrever e analisar as atividades realizadas pelos

fonoaudiólogos nos CAPSij do município de Campinas. O referido trabalho, decorreu-se a partir da análise da distribuição da carga horária semanal dos fonoaudiólogos nos CAPSij descritos, identificando as ações em comum a estes profissionais. Com isso, observou-se elevada variedade de ações dentre as atividades realizadas pelos fonoaudiólogos. Grande parte das ações são do campo da saúde mental e realizadas com os demais profissionais do CAPSij, valorizando o trabalho multidisciplinar. Também são necessárias ações específicas do núcleo fonoaudiológico, tendo em vista que alterações dos aspectos fonoaudiológicos são frequentes nos usuários dos serviços de saúde mental. Sendo assim, as demandas devem ser vistas de acordo com a necessidade do serviço e perfil dos usuários como um todo, e não apenas aquelas direcionadas ao núcleo. Houve grande similaridade nas ações realizadas e a carga horária é basicamente dividida entre as ações de campo e núcleo. (Pereira et al, 2017)

3.2.5 Métodos e abordagens terapêuticas para tratamento de TEA: o que há de novo para a fonoaudiologia?

Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Comunicação e Linguagem em Fonoaudiologia, em 2019, com objetivo de discutir as abordagens terapêuticas de maior destaque científico e relevância clínica na última década para o atendimento de pessoas com TEA. Este trabalho foi conduzido por meio de revisão sistemática da literatura disponível no Pubmed usando os termos “autism” e “therapy” para artigos de meta análise entre 2009 e 2019. Assim, foi encontrada diversidade de abordagens terapêuticas e, concluiu-se, que o fonoaudiólogo deve saber transitar entre os métodos e os adequar de acordo com a necessidade do paciente, as expectativas, condições familiares e de acordo com o serviço no qual está atuando. (Pereira et al, 2017)

3.2.6 Processo histórico da fonoaudiologia no Brasil e sua ressonância com a atuação fonoaudiológica atual

Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Comunicação e Linguagem em Fonoaudiologia, em 2019, a partir de pesquisa em bases de dados eletrônicas e documentos impressos com revisão na literatura nacional sobre a história da Fonoaudiologia e o impacto na prática clínica fonoaudiológica atual, tendo como objetivo de apresentar e discutir o processo histórico da Fonoaudiologia no Brasil e sua repercussão na prática clínica. Dessa maneira, por meio desses achados, tornou-se imprescindível integrar os saberes da disciplina fonoaudiológica entre suas especialidades clínicas. Para isso, defendemos a necessidade de superar os reducionismos presentes na história da Fonoaudiologia, para que os profissionais fonoaudiólogos possam olhar para as diversas áreas contempladas pela disciplina fonoaudiológica, a fim de buscar a integridade da clínica e ampliação do cuidado para cada sujeito assistido. (Hessel et al, 2019)

3.2.7 A territorialização no campo da saúde mental e a clínica fonoaudiológica em tempos de pandemia de covid-19 (Sars-CoV-2)

Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, em 2020, tendo por objetivo discutir e explicitar as vivências e os desafios da atuação do profissional fonoaudiólogo no cuidado psicossocial voltado à criança e ao adolescente através de ações no território, em tempos de pandemia. Sua construção se deu através de relatos de experiência coletados no período entre março e julho de 2020 de 6 profissionais fonoaudiólogos que atuam ou já atuaram junto à CAPS IJ. Conclui-se ser essencial, em tempos de pandemia, ações que garantem a interdisciplinaridade e o cuidado em território, sendo preciso, portanto, buscar a integridade da clínica fonoaudiológica juntamente aos profissionais das equipes multiprofissionais dos CAPS IJ em ações no território, a fim de promover a ampliação do cuidado em saúde mental para cada sujeito assistido. (Hessel et al, 2020)

4 | CONCLUSÃO

O GT de Fonoaudiologia em SM se consolida, a cada encontro, como um espaço de motivação e fortalecimento entre os pares, em que se pode enfatizar o papel da Fonoaudiologia enquanto potencializadora das qualidades e habilidades de cada indivíduo, para além da clínica tradicional de reabilitação de sintomas e enquadramento em patologias fonoaudiológicas.

Observamos que grande parte das ações realizadas no campo da saúde mental exigem intervenções específicas do núcleo da fonoaudiologia, tendo em vista que alterações dos aspectos fonoaudiológicos são frequentes nos usuários dos serviços de saúde mental. Podendo essas ações ser individuais ou em grupo, de acordo com a demanda do serviço e perfil dos usuários. Porém tais necessidades devem ser vistas como um todo, e não apenas as direcionadas ao núcleo, o que possibilitou a observação da grande similaridade nas ações realizadas.

A partir disso, entendemos que este GT tem proporcionado a divulgação do campo de trabalho da Fonoaudiologia em SM para outras categorias profissionais, anulando, portanto, a ideia de ser apenas uma inserção das equipes multidisciplinares e suas realizações de procedimentos fonoaudiológicos. Além disso, notamos que este GT promove a construção teórica por meio de apresentações de trabalhos e publicações em eventos científicos, favorecendo o empoderamento dessa clínica e a transformação das ações em SM junto aos diversos sujeitos envolvidos. Construindo, assim, um conhecimento coletivo e uma percepção mais clara das inseguranças e dos desafios na área de atuação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B.P.B.A, CUNHA, M.C., SOUZA, L.A.P. Fonoaudiologia e saúde mental: atendimento em grupo a sujeitos institucionalizados com transtornos mentais. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 2015; 4 (2): 143-157.

ARCE, V.A.R. Fonoaudiologia e Saúde Mental: Reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. *Rev. CEFAC*, 2014; 16 (3): 1004-1012.

BRASIL. Decreto Nº 87.218 de 31 de maio de 1982. *“Dispõe sobre a regulamentação da profissão de fonoaudiólogo, e determina outras providências.”* Presidência da República. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/transparencia/decretono-87218/>

BRASIL. Portaria 854 de 22 de Agosto de 2012. *Atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial: Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.* Ministério da Saúde. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em 05/07/2020.

BRASIL. 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).* Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. SMS Nº 964 DE 27 DE OUTUBRO DE 2018. *“Regulamenta os Centros de Convivência e Cooperativa e estabelece diretrizes para o seu funcionamento”.* Portaria secretaria municipal da saúde. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-964-de-27-de-outubro-de-2018>

BRASIL. Recomendação Nº 040, de 18 de Maio de 2020. *“Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19”.* Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020>.

BRASIL. Resolução CFFa Nº 580, de 20 de agosto de 2020. *“Dispõe sobre a regulamentação da Telefonoaudiologia e dá outras providências.”* Conselho Federal de Fonoaudiologia. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_580_20.htm

CAMPOS, G.W.S. Papel da rede de atenção básica em Saúde na formação médica: diretrizes. *Cadernos ABEM*, v. 3, p. 6-10, out. 2007. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno3/cadernos/papel_rede_atencao_basica.pdf.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet [Internet]*. 5 (2): 219-30, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000200002&lng=pt&tlng=pt

CARVALHO, R.L.C.; SANTOS, J.P.; PEREIRA, T.I.; HESSEL, M.B. *Contribuições Fonoaudiológicas no Compartilhamento de Cuidado de Crianças e Adolescentes em Sofrimento Psíquico em Âmbito Escolar.* VII Mostra de Fonoaudiologia na Educação do CRFa e PUC-SP. 2017.

CUNHA, M. C. *Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território.* São Paulo: Plexus, 2001.

DELZIOVO, C.R.; PEDEBÔS, L.A.; MORETTI-PIRES, R.O. *Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Clínica ampliada [Recurso eletrônico].* Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2012.

FIGUEREDO NETO, L.H. O início da prática fonoaudiológica na cidade de São Paulo: seus determinantes históricos e sociais. Dissertação (Mestrado em Distúrbio da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1988.

HESSEL, M.B.; CARVALHO, L.R.L.; PEREIRA, T.I.; O Processo Histórico da Fonoaudiologia no Brasil e sua Ressonância com a Atuação Fonoaudiológica atual. In: II Congresso Brasileiro de Comunicação e Linguagem em Fonoaudiologia. São Paulo, 2019.

HESSEL, M.B.; PEREIRA, T.I.; SANTOS, J. P.; CARVALHO, L.R.L. Apoio matricial fonoaudiológico como potencializador das Ações na escola. In: VII Mostra de Fonoaudiologia na Educação do CRFa e PUC-SP. 2017

HESSEL, M.B. A fonoaudiologia entre a objetividade e subjetividade: atuação em uma Enfermaria de Saúde Mental. *Revista de Psicologia da UNESP*, 19 (especial), 268-291, 2020.

HESSEL, M.B.; PEREIRA, T.I.; CARVALHO, L.R.L.; SANTOS, J. P. A territorialização no campo da saúde mental e a clínica fonoaudiológica em tempos de pandemia. In: XXVIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e V Congresso Ibero Americano de Fonoaudiologia [On-line], 2020.

LUSSI, I.A.O.; MATSUKURA, T.S.; HAHN, M.S. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. In: O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011; 35 (2): 185-192. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/reabilitacao_psicossocial_oficinas_geracao_renda_saude_mental.pdf

LYKOUROPOULOS, C.; HERRERO, E. Fonoaudiologia e Saúde Mental no trem da reforma. Companhia ilimitada: São Paulo, 2015.

PEREIRA, T.I.; CARVALHO, L.R.L.; SANTOS, J.P.; HESSEL, M. Atribuições do Fonoaudiólogo nos CAPS Infantojuvenis. In: V Mostra de Fonoaudiologia na Saúde Pública. CRFa: São Paulo, 2017.

PEREIRA, T.I.; CARVALHO, L.R.L.; HESSEL, M.B. Métodos e abordagens terapêuticas para tratamento de TEA: o que há de novo para a fonoaudiologia?. In: II Congresso Brasileiro de Comunicação e Linguagem em Fonoaudiologia. São Paulo, 2019.

PEREIRA, T.I.; SANTOS, J.P. (Re) significações da terapia fonoaudiológica em grupo na saúde mental. II Congresso Brasileiro de Comunicação e Linguagem em Fonoaudiologia. São Paulo, 2019.

PEREIRA, T.I.; SANTOS, J.P. Possibilidades de estimulação precoce no TEA com utilização dos marcos do desenvolvimento humano pela fonoaudiologia. In: II Congresso Brasileiro de Comunicação e Linguagem em Fonoaudiologia. São Paulo, 2019

SANTOS, J.P.; SILVEIRA, L.C.; PINHO, K.L.R.; FERREIRA, A.P. A roda como estratégia de cuidado multidisciplinar. In: 2 Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Direito às diversidades: cidades, territórios e cidadania. João Pessoa, 2015.

SANTOS, J.P.; HESSEL, M.B.; CARVALHO, L.R.L.; PEREIRA, T.I. Saúde Mental para Além do CAPS: Uma Visão quanto às Habilidades Comunicativas na Inclusão Social. V Mostra de Fonoaudiologia na Saúde Pública. CRFa: São Paulo, 2017.

SANTOS, J.P.; CARVALHO, L.R.L.; RICCI, E.C.; EMERICH, B.F.; ONOCKO CAMPOS, RT. Trajetória de uma Fonoaudióloga em serviços substitutivos de saúde mental. In: Tempus Actas de Saúde Coletiva. v. 12 n. 1: Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2018.

FISIOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA VISÃO REABILITADORA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 25/05/2021

Marina Carvalho Magalhães Araújo

Centro universitário UNINOVAFAPI – PI
<http://lattes.cnpq.br/8715396281987781>

Rayara Mayanne de Oliveira Sousa

Centro universitário UNINOVAFAPI – PI
<https://orcid.org/0000-0002-8508-1246>

Lílian de Melo de Miranda Fortaleza

Centro universitário UNINOVAFAPI – PI
<http://lattes.cnpq.br/4219536590895640>

RESUMO: A dor envolve tanto os aspectos psicológicos, como os biológicos e físicos, e o fisioterapeuta atua de forma direta no tratamento e alívio dessa dor oncológica em pacientes, pois essa dor acaba causando grande sofrimento e desconforto no paciente durante esse processo. O intuito deste trabalho visa analisar o papel e a importância do fisioterapeuta para o alívio da dor no paciente oncológico em tratamento, como principal objetivo a qualidade de vida do paciente seja em qualquer estágio do seu tratamento. Sendo assim, o principal objetivo deste estudo foi compreender a importância do fisioterapeuta no tratamento para alívio das dores nos pacientes oncológicos. O presente trabalho é uma revisão de literatura. Torna-se necessário que haja discussões voltadas para essas questões em cuidados paliativos com pacientes oncológicos. Conclui-se que os fatores acima descritos para

que haja um melhor plano de intervenção, levando sempre em conta o estado psicológico e físico do paciente fazendo com que a resposta ao tratamento possa ser viável ao seu plano e diagnóstico. Torna-se necessário que haja discussões voltadas para essas questões em cuidados paliativos com pacientes oncológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Dor; Oncológica; Cuidados Paliativos.

PHYSIOTHERAPY IN PAIN RELIEF IN ONCOLOGICAL PATIENTS: A REHABILITATING VISION IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: Pain involves both psychological, biological and physical aspects, and the physiotherapist acts directly in the treatment and relief of this cancer pain in patients, as this pain ends up causing great suffering and discomfort in the patient during this process. The aim of this work is to analyze the role and importance of physiotherapy for pain relief in cancer patients undergoing treatment, as the main objective is the quality of life of the patient, at any stage of their treatment. Thus, the main objective of this study was to understand the importance of the physiotherapist in the treatment for pain relief in cancer patients. The present work is a literature review. It is necessary to have discussions focused on these issues in palliative care with cancer patients. It is concluded that the factors described above for a better intervention plan, always taking into account the psychological and physical state of the patient making the response to treatment to be viable to his plan and diagnosis. It is necessary to have discussions focused on

these issues in palliative care with cancer patients.

KEYWORDS: Physiotherapy; Ache; Oncology; Palliative care.

1 | INTRODUÇÃO

A Fisioterapia é a especialidade da saúde que atua na prevenção, reabilitação e manutenção dos padrões fisiológicos das estruturas corporais, priorizando a devolução da função aos indivíduos e se preocupando com a preservação da saúde dos mesmos de modo geral, intervindo no paciente como um todo individualmente ou em grupo, podendo ser encontrada nos três níveis de atenção em saúde, o que mostra a importância do fisioterapeuta dentro dos ambientes da atenção primária, ambulatoriais, centros de terapia intensiva, em entidades particulares e de forma muito marcante dentro do esporte, somando e sendo de grande valia dentro de uma equipe multiprofissional (CUNHA *et al.*, 2018).

A dor envolve tanto os aspectos psicológicos, como os biológicos e físicos, e o fisioterapeuta atua de forma direta no tratamento e alívio dessa dor oncológica em pacientes, pois essa dor acaba causando grande sofrimento e desconforto no paciente durante esse processo. A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) 2015 como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano, presente ou potencial, o descrito em termos de tal dano. (FLORENTINO, 2015)

A fisioterapia paliativa tem como principal objetivo levar uma qualidade de vida melhor e mais confortável para pacientes oncológicos, reduzindo assim, os sintomas e tornando o processo menos doloroso possível. O fisioterapeuta juntamente com a equipe multiprofissional poderá desenvolver planos de abordagens e aplicar técnicas que busquem minimizar a dor e aliviar a tensão muscular por meio de exercícios e estímulos, desde o paciente na fase inicial, até o paciente na fase final do tratamento (ROCHA, 2018)

O intuito deste trabalho visa analisar o papel e a importância do fisioterapêutico para o alívio da dor no paciente oncológicos em tratamento, como principal objetivo a qualidade de vida do paciente seja em qualquer estágio do seu tratamento. Os remédios são os principais agentes usados para o alívio dessas dores, mas a utilização da fisioterapia como recurso, é de suma importância, levando em conta que existem diversos tratamentos que podem ser aplicados a esses pacientes, como por exemplo a cinesioterapia, eletroterapia, e a massagem, que são meios para que haja a melhora da dor, minimizando assim seus sintomas.

Dessa forma, é de grande importância para a sociedade e também para a comunidade acadêmica e científica a abordagem dessa temática, com o objetivo de oferecer mais informações e orientação de como agir e prosseguir com esses pacientes durante o seu período de tratamento. A motivação do pesquisador ao estudar e pesquisar a temática se deu pelo questionamento de como a fisioterapia poderá auxiliar no alívio da dor no paciente oncológico?

Sendo assim, o principal objetivo deste estudo foi compreender a importância do fisioterapeuta no tratamento para alívio das dores nos pacientes oncológicos. E logo após, identificar os principais fatores associados às dores dos pacientes oncológicos para poder discutir as técnicas fisioterapêuticas disponíveis para a reabilitação do paciente e descrever os efeitos do tratamento fisioterapêutico nos pacientes e sua eficiência.

2 | METODOLOGIA

A metodologia utilizada a partir desse ponto foi a Revisão Integrativa de Literatura. A revisão integrativa se caracteriza como uma pesquisa holística e integrativa de estudos, de modo que sejam rastreadas e incluídas as pesquisas mais pertinentes para extração de dados, interpretação de resultados, análise e apresentação de ideias. Dessa forma, a revisão integrativa de literatura objetiva, sobretudo, identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências colhidas no decorrer da pesquisa (BARROS, 2015).

A revisão integrativa pode ser conceituada como a modalidade de pesquisa que busca protocolos e entendimentos acerca da logicidade de documentos, possuindo um caráter de reprodutibilidade de outras pesquisas analisadas. A revisão integrativa, além disso, demonstra de forma efetiva bases de dados bibliográficos e as exigências de inclusão, exclusão e processos de seleção de artigos e estudos variados.

Serão aplicados os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para esta pesquisa. Os critérios de inclusão que serão adotados serão: artigos publicados e indexados nas bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library Online), PubMed via MEDLINE, os critérios de exclusão serão: artigos publicados fora do período estabelecido, documentos em outros formatos como teses, artigos de revisão. A seleção dos artigos e a coleta de dados a serem analisados serão realizadas de março a abril de 2021 no site da BVS utilizando-se os DeCs (descritores em ciência da saúde controlados) foram: Fisioterapia; Dor; Oncológica; Cuidados Paliativos.

3 | RESULTADOS

Após o processo de análise, obtiveram-se um total de 15 artigos, dos quais 04 não estavam disponíveis para leitura, 01 estava fora do recorte temporal, 03 eram teses, assim resultando em 07 artigos disponíveis para análise. Logo em seguida, utilizou-se um roteiro de coleta de dados, criado pelos autores do estudo, objetivando extrair informações de identificação do periódico, objetivos, aspectos metodológicos, principais resultados e conclusões. Depois desta etapa, procede-se uma análise profunda dos artigos, utilizando de metodologia puramente qualitativa, visando a identificação e, posteriormente, agrupar tais ideias em núcleos ou categorias de significado.

AUTOR/ANO	TITULO	OBJETIVOS	CONCLUSÃO
FERREIRA (2016)	Efeitos da massoterapia na perfusão cerebral avaliados pela tomografia por emissão de fóton único em pacientes com dor oncológica.	Este estudo foi proposto para avaliar analgesia e efeitos da massoterapia através da avaliação clínica, concentração plasmática da noradrenalina e perfusão cerebral em pacientes com dor oncológica.	A realização da massoterapia resultou em diminuição da intensidade da dor, diminuição do nível de ansiedade e depressão, diminuição dos níveis plasmáticos de noradrenalina e hiperperfusão em apenas uma área cerebral o que mostra ser uma técnica importante para o controle de sintomas do câncer avançado.
GÓES (2016)	Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos hospitalizados.	Pretende-se com este estudo, evidenciar a importância da inserção do fisioterapeuta em cuidados paliativos nos pacientes oncológicos hospitalizados, identificando as funções mais relevantes e a resposta terapêutica.	Conclui-se que o papel do fisioterapeuta, busca a melhora do bem estar e a qualidade de vida desses pacientes. No entanto, os conceitos empregados nos cuidados paliativos devem ser disseminados entre os fisioterapeutas e estudos de qualidade se fazem necessários para um melhor preparo profissional, bem como estabelecer o recurso fisioterapêutico mais eficaz aos pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura
COSTA (2017)	Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico.	O objetivo deste estudo foi avaliar a dor em pacientes oncológicos que estão ou estiveram em tratamento quimioterápico	A dor de moderada intensidade e de caráter sensorial estava presente na maioria dos pacientes oncológicos levando-os a perda de energia para executar atividades diárias.
RUELA (2017)	Efetividade da acupuntura auricular no tratamento da dor oncológica: ensaio clínico randomizado.	Avaliar a efetividade da acupuntura auricular na dor de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e possíveis alterações no consumo de analgésicos após a aplicação da intervenção.	Conclui-se que a acupuntura auricular foi efetiva na redução da dor de pacientes em tratamento quimioterápico.
CUNHA (2018)	A fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer- uma revisão baseada em evidências.	O objetivo deste trabalho é delinear a atuação do profissional fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos do paciente oncológico	: Diante do grande potencial de atuação da fisioterapia nos cuidados do paciente oncológico sem possibilidade de cura e da escassez de trabalhos científicos que comprovem os efeitos dos recursos terapêuticos empregáveis, fazem-se necessários o debate sobre os temas pertinentes e a realização de maiores investigações que contribuam com o avanço do saber e otimizem a atuação do fisioterapeuta nos processos oncológicos.
FANGER (2018)	Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados.	Determinar as prevalências de depressão e de comportamento suicida em indivíduos com câncer internados em um hospital geral universitário e fatores associados a essas condições.	Conclui-se que as prevalências de depressão e de risco de suicídio em pacientes com câncer aconselham o uso de instrumentos simples de rastreamento e a inclusão, na anamnese, de perguntas mais específicas sobre essas condições clínicas.

MARCUCCI (2018)	O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer.	O objetivo de delinear a função do profissional fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos foi realizada uma revisão abrangente da literatura atual, conjeturada de forma crítica.	Conclui-se que a fisioterapia possui um grande número de métodos de intervenções úteis no tratamento paliativo de pacientes com câncer. Para isso é importante a este profissional adequar-se aos aspectos éticos e filosóficos exigidos no tratamento de pacientes terminais, como manter a comunicação com os pacientes e demais profissionais, cultivar responsavelmente a independência funcional e a esperança destes pacientes e lidar com o momento de óbito
-----------------	---	--	---

4 | DISCUSSÃO

De acordo com Fanger (2018), a dor pode surgir por conta dos procedimentos cirúrgicos realizados nos pacientes oncológicos e também por conta do próprio tratamento de radioterapia e quimioterapia. Fanger (2018), ainda diz que essa patologia tem múltiplas origens e causas, que incluem estilo de vida, fatores ambientais e suscetibilidade genética hereditária. Sendo os cânceres mais comuns: a leucemia, o câncer de pele, mama, útero, pulmão, colorretal, próstata e de cabeça e pescoço. O tratamento consiste em procedimentos cirúrgicos, quimioterapia, radioterapia e o tratamento paliativo que é realizado por uma equipe multidisciplinar.

Nos estudos de Ferreira (2016), relata que a fisioterapia se torna importante pois, por mais que os medicamentos para o controle da dor possam fazer efeito, o paciente corre o risco de tornar-se dependente deles. As intervenções e práticas fisioterapêuticas também são um meio de fazer com que o paciente possa focar sua atenção na realização delas, desviando o foco da dor. Além disso, o controle da dor é um problema significativo para os profissionais, apesar do fato dela ser adequadamente controlada em aproximadamente 90% dos pacientes, o sofrimento emocional, psicossocial e espiritual associado podem prejudicar o controle deste sintoma.

Conforme Ruela (2017), técnicas fisioterapêuticas como eletroterapia, terapia manual, acupuntura, alongamento e massoterapia podem ser aplicadas para complementar as ações de alívio da dor e também a diminuição das tensões musculares que esses pacientes desenvolvem. São utilizados métodos e técnicas que atuam tanto na melhora da sintomatologia, quanto na prevenção e qualidade de vida do paciente oncológico.

A aplicação da eletroterapia voltada para o tratamento oncológico de acordo com Góes (2016), é um recurso que consiste em neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS) promovendo a sensação de analgesia por meio de estímulos elétricos posicionados a pele através de eletrodos que são colocados na área que apresenta a dor, ou próximos a ela, a estimulação elétrica nervosa transcutânea tem sido amplamente utilizada no controle da dor crônica. Entretanto existem poucos experimentos envolvendo

pacientes com dor do câncer.

De acordo com Ferreira (2016), a acupuntura também é um recurso fisioterapêutico utilizado para o alívio da dor em pacientes oncológicos. A acupuntura é uma técnica da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) utilizada desde 2.000 a 3.000 anos antes de Cristo. No ocidente, a prática foi introduzida por missionários jesuítas há aproximadamente 300 anos. Porém, foi a partir de 1970 que está passou a ser estudada, especialmente por seus efeitos analgésicos. Sua aplicação é feita por meio da introdução de agulhas em pontos específicos do corpo, para que haja resultado.

Costa (2017), afirma que acupuntura pode ser utilizada para promover analgesia abdominal do membro torácico da coluna, do tórax e do membro pélvico. Essa técnica também possui efeito para tratar a insônia, que muitas vezes os pacientes apresentam durante o processo, assim como a dor no estômago e a falta de energia. Dentre as intervenções fisioterapêuticas para dor, a eletroterapia traz resultados rápidos, no entanto traz alívio variável entre os pacientes. No contexto terapêutico atual, não é possível tratar a dor oncológica somente com o uso de corrente elétrica analgésica, mas é possível diminuir de forma significativa o uso de analgésicos e consequentemente seus efeitos colaterais

Outro tratamento de intervenção fisioterapêutica aplicada aos pacientes oncológicos é a massoterapia, que faz com que haja a circulação sanguínea pelo corpo, e estimulando assim o alívio da dor, tanto psicológica como física. A Organização Mundial da Saúde relata que entre 30 a 86 milhões de pessoas sofrem de dor moderada a intensa, secundária às doenças oncológicas. De acordo Cunha (2018), a dor é um dos mais temidos sintomas em pacientes com câncer e continua a ser uma preocupação da saúde pública mundial.

Essa prática utilizada na fisioterapia faz com que o paciente sinta um relaxamento do músculo no qual a dor está localizada. De acordo com Marcucci (2018), mostra como resultado de sua pesquisa que a massagem clássica aumenta a flexibilidade corporal devido ao relaxamento muscular, promovendo afastamento das estruturas articulares e maior extensibilidade dos tecidos, diminuindo espasmos musculares e eliminando substâncias metabólicas residuais.

Conforme Ferreira (2016), a prática poderá ser realizada com uso óleos essenciais, ou somente com o uso das mãos. Essa técnica deverá ser aplicada somente após o estudo do quadro do paciente, para que se possa traçar um plano eficaz de tratamento fisioterapêutico, sem que traga mais complicações em relação ao quadro clínico do paciente. Pacientes com câncer têm frequentemente reações emocionais intensas ao diagnóstico e também ao medo no decorrer da doença, sofrem não somente da dor relacionada ao diagnóstico, mas também de transtornos emocionais como ansiedade e depressão.

Tendo em vista que além da dor física Ruela (2017), afirma que o paciente também poderá apresentar dores psicológicas, por isso é importante que haja o acompanhamento de uma equipe, onde o fisioterapeuta estará inserido para que possa levar tratamentos no alívio das dores, sem que haja necessariamente o uso de analgésicos. Pela sua

importância e impacto, o sofrimento emocional que acomete o paciente com câncer tem sido considerado atualmente como o sexto sinal vital e deve ser reconhecido, monitorado, documentado e tratado em todas as fases da doença. Levando em conta que o paciente passa por grande estresse durante seu período de tratamento, o que pode desenvolver diversas doenças.

No estudo de Cunha (2018), os pacientes podem experimentar dois tipos de dor: a dor aguda e a crônica. A dor crônica é definida quanto ao tempo de duração. Há autores que consideram a dor crônica como uma síndrome com duração de 3 a 6 meses. Há casos em que essa dor acompanha o paciente até seu estágio final da doença, por isso é importante que busque tratamento também para o alívio de suas dores.

Segundo Fanger (2018), um dos fatores desencadeados pelos pacientes é o estresse, por conta da situação que passa. De acordo com o Ministério da Saúde (MS) define-se estresse como Reação natural do organismo que ocorre quando vivenciamos situações de perigo ou ameaça. Esse mecanismo nos coloca em estado de alerta ou alarme, provocando alterações físicas e emocionais. A prevalência de depressão entre pessoas acometidas por câncer varia substancialmente entre os diferentes estudos, devido ao emprego de distintas estratégias metodológicas, características de serviços e critérios operacionais empregados. Contudo, a depressão causa não apenas dores físicas, como também causa dores emocionais.

Cunha (2018), afirma que o câncer, ao ser diagnosticado, envolve, além da descoberta das alterações teciduais, fatores comportamentais e psicológicos do paciente. No tratamento oncológico, a quimioterapia e as complicações decorrentes da doença, tornam os pacientes temerosos frente a esta nova realidade em suas vidas, levando-os, mesmo que de maneira inconsciente, ao isolamento. O benefício a ser buscado é preservar a vida e aliviar os sintomas, dando oportunidade, sempre que possível, para a independência funcional do paciente. Por isso, é importante que o fisioterapeuta acompanhe o quadro do paciente, para que se possa traçar um plano na diminuição da dor.

Góes (2016), afirma que os recursos de terapia manual podem atuar como coadjuvantes no tratamento da dor, oferecendo benefícios como a diminuição da ansiedade e da tensão muscular além da melhora da circulação tecidual do paciente. Os cuidados paliativos tornam-se de grande importância para alívio da dor sem o uso de fármacos. Os exercícios para manutenção e ganho de força muscular dos principais grupos musculares podem ser inseridos, considerando o estágio da doença em que o paciente se encontra. Alongamentos assim como atividades com descarga de peso podem ser inseridos com o objetivo de facilitar a volta dos sarcômeros e fibras conjuntivas ao realinhamento funcional e melhorar a relação comprimento tensão e aumentar a produção de líquido sinovial e a massa óssea através do estímulo mecânico sobre a articulação.

Góes (2016) em seu estudo ainda relata que um sintoma comum entre os pacientes sob assistência paliativa é a sensação subjetiva e desconfortável de falta de

ar, denominada dispneia, que acomete cerca de 45 a 70% com câncer avançado. A falta de ar é recorrente nesses pacientes, causando assim um desconforto muito grande. Os meios fisioterapêuticos para o manejo da dispneia são exercícios de controle respiratório e relaxamento, úteis na diminuição da ansiedade e alívio da tensão muscular gerada pelo esforço respiratório. A atuação fisioterapeuta com esses pacientes tem a função de guiar e acompanhar o paciente durante a realização desses exercícios.

Marcucci (2018), relata que a ocorrência de úlceras de decúbito, infecções, dispnéia ou parada cardiorrespiratória, são alguns exemplos de complicações que se forem deixados para terem seus cuidados decididos na hora em que acontecem podem levar a tomada de decisões equivocadas ou errôneas, além de causar um custo adicional ao tratamento desta complicação.

Já para Fanger (2018), cada indivíduo utiliza o termo dor segundo suas experiências traumáticas, contexto sociocultural, tipo de personalidade e história de vida. Portanto, sabe-se que a percepção e resposta à dor não são somente fenômenos neurofisiológicos, baseados exclusivamente na transmissão do estímulo doloroso, mas são também influenciadas pelos pensamentos, emoções e lembranças.

Costa (2017), afirma que a sensação de dor constante apresenta como consequência a perda de energia e de amigos, a dor não aliviada gera ansiedade e sintomas depressivos, agravando tais perdas e prejudicando as funções cognitivas, as atividades diárias e sociais e o sono, que é interrompido pela dor em 58% dos pacientes. Sabe-se que a dor não aliviada gera ansiedade e sintomas depressivos, agravando tais perdas e prejudicando as funções cognitivas, as atividades diárias e sociais e o sono.

Segundo Cunha (2018), o diagnóstico do câncer representa um evento catastrófico em suas vidas, a partir do qual terão de lidar com ansiedade associada à uma doença que pode ser fatal e aos efeitos colaterais aversivos do seu tratamento. Muitos pacientes ainda acabam experimentando mudanças de *status* no seu emprego, nas relações sociais, na sua capacidade física e no seu papel dentro da família. Os principais efeitos colaterais ou toxicidades do tratamento quimioterápico são hematológicos, gastrointestinais, cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, toxicidade dermatológicas e reações alérgicas e anafilaxia.

Para Góes (2016) a função cognitiva é definida como um conceito multidimensional e descreve os domínios que resultam do desempenho saudável do cérebro como a atenção e concentração, função executiva, processos de informações rápidas, linguagem, funcionamento motor, habilidade visual e espacial e memória.

No estudo de Góes (2016), o câncer é responsável por 7,6 milhões de mortes em 2008, o câncer é uma das principais causas de morte no mundo. Mais de 70% das mortes por câncer atinge a população de média e baixa renda, apresentando uma estimativa de provocar mais de 17 milhões em 2030. Os cuidados paliativos são indicados em doenças

de estágios mais avançados, e tratam não só o câncer, como também a AIDS, doenças neurológicas degenerativas, demências e insuficiências crônicas de órgão. A medicina paliativa desenvolve seu tratamento através de uma equipe multidisciplinar, que atua na 17 minimização dos sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, muito comuns em pacientes oncológicos fora das possibilidades terapêuticas.

De acordo com Cunha (2018), a fisioterapia em cuidados paliativos visa a qualidade de vida em pacientes com doença avançada ou em progressão desta, por meio de condutas que reabilitem funcionalmente o paciente, bem como auxilia o cuidador a lidar com o avanço rápido da enfermidade. Atua no controle de sintomas como dor, fadiga, linfedema, dispnéia e hipersecreção pulmonar. Para efetivar esse controle, são utilizadas técnicas de relaxamento, drenagem linfática manual, eletroterapia, massoterapia, exercícios respiratórios e motores, alongamentos musculares e utilização de órteses. Estas técnicas têm como um dos objetivos viabilizar altas hospitalares.

Conforme Costa (2017), os cuidados paliativos têm como objetivo principal promover a qualidade de vida do paciente até a sua morte, para que possa usufruir ao máximo de sua capacidade física e mental, fazendo com que o processo que passa durante o tratamento seja menos doloroso possível, de forma com que o paciente tenha melhor qualidade de vida e de saúde. A fisioterapia não objetiva somente a função, mas leva em consideração os aspectos psicológicos, espirituais e psicossociais, estimulando o paciente, ouvindo, conversando, dando atenção ao mesmo em todas as suas dimensões e apoio para a família.

Segundo Marcucci (2018), vários recursos fisioterapêuticos são utilizados com o intuito de controlar o linfedema. Atualmente a forma de tratamento com os resultados mais consistentes é a Terapia Física Complexa, que consiste na combinação de drenagem linfática manual, cuidados com a pele, compressão e exercícios miolinfocinéticos.

Dessa forma Ruela (2017), afirma que os exercícios físicos são utilizados com a intenção de reduzir a fadiga, melhorar a capacidade física e a qualidade de vida dos pacientes em tratamento oncológico, mesmo diante de evidências de doença ativa ou não. A associação de exercício físico de alta e baixa intensidade pode melhorar a fadiga em pacientes com diversos tipos de câncer durante o tratamento quimioterápico.

Costa (2017), relata que o profissional de Fisioterapia tem um papel fundamental no tratamento destes pacientes, oferecendo dentro dos cuidados paliativos a prevenção dos sintomas e das alterações decorrentes do câncer. O confinamento ao leito, muitas vezes, leva os pacientes a serem reprimidos pelos próprios familiares de realizar suas atividades de vida diária de forma independente, resultando em situações de desuso e imobilidade

Marcucci (2018) corrobora afirmando que há uma urgência necessária de divulgar entre fisioterapeutas os Cuidados Paliativos, através de estudos de qualidade sobre o mesmo, a fim de determinar quais recursos fisioterapêuticos são úteis aos pacientes terminais. Unindo conhecimentos, percebe-se a importância do trabalho em conjunto, resultando em um modo completo de assistir o paciente. O papel do fisioterapeuta na

equipe multidisciplinar de cuidados paliativos é baseado nesta definição, e, dentro da formação profissional, o Fisioterapeuta presta seus serviços aos pacientes, conforme o quadro clínico que cada um irá apresentar.

Para Costa (2017), a fisioterapia realiza sua intervenção em pacientes oncológicos paliativos por meio de técnicas, como a terapia manual, alongamentos, exercícios passivos, ativos e de fortalecimento muscular, mobilizações articulares, exercícios respiratórios, suporte de oxigênio, posicionamento, manobras de higiene brônquica, ventilação mecânica, entre outras.

Para Cunha (2018), a Fisioterapia tem o papel de suma importância no alívio de diversos sintomas decorrentes ao câncer, traçando um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, objetivando, através da abordagem multiprofissional e interdisciplinar, alívio do sofrimento, alívio de dor e outros sintomas estressantes, oferecendo suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível, com qualidade de vida, dignidade e conforto, além de oferecer suporte para ajudar os familiares.

Góes (2016), afirma que os cuidados paliativos devem se iniciar precocemente e para que tenha uma abordagem completa é preciso de uma equipe multiprofissional para atender as necessidades do paciente e da família. Sendo assim, é essencial que haja a comunicação entre o fisioterapeuta e o paciente, juntamente com a sua família.

5 | CONCLUSÃO

A fisioterapia em cuidados paliativos é de grande importância durante o tratamento de pacientes oncológicos, pois, o principal foco é o alívio da dor daquele paciente, visto que esse processo acaba se tornando doloroso, desde o seu diagnóstico até seu estágio final. A dor presente nesse tipo de tratamento não se trata apenas da dor física, mas também da dor psicológica, onde pelo fato desse paciente passar tanto tempo no hospital com todos os procedimentos, acaba desenvolvendo depressão, ansiedade, e outros problemas psicológicos.

É nesse momento que o fisioterapeuta começa a fazer um plano de tratamento de acordo com o quadro do paciente, nesse plano inclui-se formas alternativas para o alívio da dor, como por exemplo, massagens, acupuntura, e outros meios da fisioterapia em cuidados paliativos. É de suma importância a presença do fisioterapeuta na equipe para que haja um tratamento eficaz para aliviar a dor do paciente, de formas alternativas, sem que haja necessariamente o uso de medicamentos.

Conclui-se que os fatores acima descritos para que haja um melhor plano de intervenção, levando sempre em conta o estado psicológico e físico do paciente fazendo com que a resposta ao tratamento possa ser viável ao seu plano e diagnóstico. Torna-se necessário que haja discussões voltadas para essas questões em cuidados paliativos com pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS

CUNHA, Caroline Vaz da; Gardenghi, Giulliano. A fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer- uma revisão baseada em evidências. **Lilacs**. Cuiabá-MT. 2018. 12 f.

COSTA, Aline Isabella Saraiva; Chaves, Marcelo Donizetti. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. **Medline**. São Paulo. 2017.

FANGER, Priscila Caroline, et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. **Pubmed**. Campina, 2018.

FERREIRA, Adriana da Silva. Efeitos da massoterapia na perfusão cerebral avaliados pela tomografia por emissão de fóton único em pacientes com dor oncológica. **Pubmed**. Ribeirão Preto, SP. 2016. 117 f.

FLORENTINO, Danielle. et al. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. 2015. **Lilacs**. Rio de Janeiro. 12 f.

GÓES, Gabriela da Silva, et al. Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos hospitalizados. **Medline**. Mato grosso do Sul. 2016. 14 f.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Pubmed**. Minas Gerais. 11 f. 2018

ROCHA, Lidiana; CUNHA, Alessandra. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. **Lilacs**. Minas Gerais. 2016. 8 f.

RUELA, Ludmila. et al. Efetividade da acupuntura auricular no tratamento da dor oncológica: ensaio clínico randomizado. **Lilacs**. Ribeirão Preto. 2017. 8 f.

ATUALIZAÇÃO EM IST/AIDS – RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 02/08/2021

Larissa Bandeira de Melo Barbosa

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
Instituto de Ciências das Saúde. Programa de
Pós Graduação em Atenção à Saúde
Uberaba - MG
<https://orcid.org/0000-0002-4504-2525>

Sybelle de Souza Castro

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
Instituto de Ciências das Saúde. Programa de
Pós Graduação em Atenção à Saúde
Uberaba - MG
<https://orcid.org/0000-0002-0005-7555>

Patrícia Iolanda Coelho Alves

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
Instituto de Ciências das Saúde. Programa de
Pós Graduação em Atenção à Saúde
Uberaba - MG
<https://orcid.org/0000-0002-3417-4215>

Núbia Tomain Otoni dos Santos

Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
Instituto de Ciências das Saúde. Programa de
Pós Graduação em Atenção à Saúde
Instituição de Ensino, Faculdade ou
Departamento
Uberaba - MG
<https://orcid.org/0000-0002-3417-4215>

RESUMO: A saúde sexual é cenário de preocupação, uma vez em que se observam desafios para a contenção do aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) somado a baixa adesão ao uso de preservativos.

O objetivo é relatar a experiência de um curso de atualização em IST/aids realizado com a comunidade interna de uma Universidade Federal em um Município de médio porte do estado de Minas Gerais. Trata-se de um Curso de Atualização em IST/aids: reconhecimento e prevenção fundamentado em 4 encontros presenciais, com componentes temáticos distintos em cada dia. No primeiro encontro foi apresentado o cronograma. Utilizou-se dinâmicas de grupo e recursos áudio visuais como filmes, cartazes, slides. Ao término foi aplicada uma avaliação formativa subdivida em 10 itens que abordaram a pertinência dos conteúdos, habilidade, conhecimento, ética e postura das facilitadoras. Observou-se uma interação positiva entre os envolvidos, permitindo troca de saberes, empatia, estabelecimento de vínculo, favorecendo o processo ensino/aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções sexualmente transmissíveis. Educação sexual. Educação em saúde. HIV. Comunicação interdisciplinar.

UPDATE ON STI / AIDS - RECOGNITION AND PREVENTION: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Sexual health is the scenario of concern, since there are challenges to contain the increase in sexually transmitted infections (STIs), coupled with low adherence to condom use. The objective is to report the experience of an STI / AIDS update course held with the internal community of a Federal University in a medium-sized municipality in the state of Minas Gerais. This is an STI / AIDS update course: recognition and prevention based on 4 face-to-face meetings,

with different thematic components each day. At the first meeting, the schedule was presented. Group dynamics and audiovisual resources such as films, posters, slides were used. At the end, a formative assessment was applied, divided into 10 items that addressed the relevance of the facilitators' content, skill, knowledge, ethics and posture. There was a positive interaction between the objectives, allowing exchange of knowledge, empathy, establishing a bond, favoring the teaching / learning process.

KEYWORDS: Sexually Transmitted Diseases. Sex Education. Health Education. Interdisciplinary Communicatazon.

INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva é cenário de grande preocupação, uma vez em que traz desafios devido ao aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a diminuição à adesão ao uso de preservativos. Estudos sobre a prevalência de Infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano) constatou que das 7.586 pessoas testadas, 54,9% tinham o vírus e 38,4% apresentavam alto risco de desenvolver câncer. Quanto à Aids, o índice de contágio dobrou entre jovens de 15 a 19 anos, passando de 2,8 casos por 100 mil habitantes para 5,8 na última década. Nos últimos dois anos, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 em gestantes e 20.474 congênitas. Vale ressaltar as gestações no período da adolescência sem o planejamento adequado e que tem como consequências os agravos à saúde e abortos inseguros. Outro ponto relevante é escassez de informações sobre a qualidade acerca da educação sexual (TELO; WITT, 2018).

Nesta perspectiva, a sexualidade é uma das vertentes que necessita de imediata consideração por implicar diretamente em inúmeros aspectos da vida, sendo ferramenta chave na construção dos indivíduos, perpassando pelos determinantes sociais de cada um, além de refletir significativamente no processo saúde-doença (CAMPOS et al., 2016).

A saúde sexual precisa estar associada à um conceito ampliado de saúde para ser introduzida nos campos de discussão, uma vez em que se trata de um bem-estar físico, emocional e social de funções reprodutivas. Para sua assistência é necessário à inclusão de métodos, técnicas e serviços para escolhas reprodutivas, bem como a abordagem em prevenção e solução de dúvidas (SEHNEM et al., 2019).

De acordo com a literatura, sabe-se que a falta de informação sobre sua própria condição de saúde, sobre os direitos sociais envolvidos, bem como o acesso aos métodos contraceptivos (pouco ofertado e/ou dificultado), a baixa escolaridade e renda, violência e abuso sexual, e até mesmo aspectos culturais presentes como o machismo e relações de poder entre os gêneros, e fatores como as desigualdades de gênero influenciam significativamente para o aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Além disso, evidências apontam um fator potencialmente relevante que é a educação sexual ausente ou pouco estruturada pelas escolas e pais (FELISBINO-MENDES et al., 2018).

Segundo Silva e colaboradores (2020), a educação para a saúde sexual deve iniciar

sua abordagem no período escolar e se estender por todas as dimensões educacionais, de modo a ofertar/proporcionar um processo efetivo de aprendizagem das temáticas referentes à sexualidade, de maneira a estimular os envolvidos ao questionamento sobre as suas condutas e responsabilidades individuais e coletivas para que a prática do autocuidado possa propiciar uma redução de agravos individuais e coletivos.

Para Villela et al. (2018), as lacunas e desafios dessa discussão são fatores pontuais tendo em vista o processo de transição do país. Além disso, a estruturação dos serviços de saúde e o modelo de atenção, vinculado à gestão dos mesmos é uma forte influência de resistência ao olhar sob a saúde sexual. Mediante a tamanha necessidade, é reforçada a importância de práticas educativas complementares intersetoriais que possam integrar os indivíduos, além de explanar acerca das reais condutas e sentidos na saúde sexual. Concomitante a essa ação e para que o processo educativo seja efetivo, torna-se importante que as organizações governamentais possam subsidiar tais estratégias, apoiar os intersetores e implementar políticas públicas de educação sexual, bem como de prevenção de IST (VILLELA et al., 2018).

A vulnerabilidade às IST está relacionada à exposição ao risco, principalmente, quanto a insuficiência de conhecimentos, atitudes e práticas favoráveis à saúde sexual. Para Petry e colaboradores (2019), o conhecimento sobre os riscos pode impedir situações de vulnerabilidade. Partindo do pressuposto do papel da universidade na gestão do conhecimento e processo ensino aprendizagem, bem como do seu papel enquanto disseminador e formador de opiniões e na sua responsabilidade social, o presente estudo objetivou relatar a experiência da realização de um curso de atualização em IST/aids com o intuito de proporcionar aos seus integrantes o reconhecimento e formas de prevenção das principais IST aberto para a comunidade interna de uma Universidade Federal em um Município de médio porte do estado de Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência desenvolvido por docentes e discentes do Programa de pós graduação *Strictu Senso* em Atenção a Saúde nas modalidades de mestrado e doutorado, que fazem parte do Grupo de Estudo e pesquisa em Epidemiologia e Métodos quantitativos em Saúde. A partir de vivências profissionais vinculadas à vigilância em saúde e dos respectivos projetos de pesquisa planejaram a realização de um curso de verão sobre Atualização em IST/aids: Reconhecimento e Prevenção, fundamentado durante o mês de Fevereiro. O Curso foi executado em quatro encontros presenciais com duração de quatro horas cada (13:30h às 17:30h) com as temáticas: Sífilis e Hepatites Virais; HIV/aids; Infecções Sexualmente Transmissíveis e Notificação Compulsória. Em todos os temas foram abordados os sintomas, as formas de diagnóstico, prevenção, locais de testagem e tratamento.

Para estruturação do curso, foram necessárias reuniões presenciais da equipe para delimitação dos temas, bem como a divisão de tarefas e a elaboração do instrumento avaliativo. Cada temática foi elaborada seguindo um plano de aula confeccionado pela equipe e previamente entregue aos participantes para informar o que seria abordado em cada encontro. Este projeto teve por finalidade atualizar os conhecimentos sobre formas de contaminação, diagnóstico, tratamento e prevenção das principais IST. Os temas abordados foram:

- Principais IST e a importância do reconhecimento e prevenção
- HIV/aids
- Sífilis
- Hepatites Virais
- Gonorréia
- Clamídia
- Tricomoníase
- Doença Inflamatória Pélvica (DIP)
- Herpes genital
- Papiloma Vírus humano (HPV)
- HTLV
- Apresentar os serviços oferecidos pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)
- Uso de preservativos masculino e feminino
- Testes rápidos para a identificação de Hepatites B e C, sífilis e HIV
- O que é e qual a importância da notificação compulsória de doenças, com enfoque para as de transmissão sexual.

Como estratégias pedagógicas para execução do curso foram utilizadas as aulas expositivas e dialogadas, dinâmicas de grupo, músicas, vídeos curtos, demonstrações de colocação e retirada de preservativos masculino e feminino com uso de manequim de borracha e demonstração de testagem rápida para HIV, sífilis, hepatites B e C, recursos áudio visuais, folders, cartazes, cartilhas ilustradas, e lanches durante os intervalos para promover entrosamento entre a equipe e os participantes, demais discussões sobre a temática, bem como para estimular o estabelecimento de vínculo entre os participantes.

Ainda como estratégia de ensino foram convidados a coordenadora do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e um técnico de enfermagem para falar sobre os serviços oferecidos nessa unidade, mostrar como são realizados os testes rápidos para diagnóstico de algumas IST (HIV, sífilis, hepatites B e C).

Ao término do curso, foi distribuído aos participantes uma ficha de avaliação formativa elaborado pela equipe, onde continha 10 questões com os seguintes itens: apresentação, habilidade, conhecimento, ética e postura dos palestrantes que deveriam ser avaliados, preenchidos anonimamente e entregues para quantificar os dados referentes ao curso ministrado.

RESULTADOS

O curso totalizou quatro encontros presenciais com quatro horas/aula cada, distribuídos respectivamente nos dias 04, 06, 11 e 13 de fevereiro de 2020 das 13:30h às 17:30h, e foi ofertado como uma opção de curso fora do período letivo dos acadêmicos. Participaram 14 alunos dos cursos disponibilizados pela instituição de ensino, dentre eles estudantes de Medicina, Enfermagem, Biomedicina, Psicologia, Letras e de programas de pós graduação cumprindo com os objetivos estabelecidos pelo cronograma previamente distribuído e planos de aula entregue e discutido em cada início dos encontros.

Os temas abordados foram divididos entre as alunas do mestrado e doutorado em atenção à saúde e orientadora. Houve a participação da coordenadora do Centro de Testagem e Acolhimento e de um técnico que demonstrou com próteses masculina e feminina o uso correto dos preservativos masculino e feminino, bem como forma de prevenção no sexo oral. Foi disponibilizado em todos os dias um lanche pedagógico, que assim intitulamos pois promoveu a aproximação e vínculo entre os envolvidos. Os lanches foram patrocinados pela equipe executora.

Houve uma prevalência do sexo feminino no que se refere à participação no curso, sendo 7 (63,6%) mulheres e 4 (36,4%) homens. A avaliação foi aplicada no último dia de curso, 11 alunos responderam e entregaram o instrumento avaliativo. Este instrumento foi composto por 10 questões, que deveriam ser respondidas numa escala de 0 a 10 pontos, onde 0 era insatisfeito e 10 muito satisfeito. Os itens avaliaram os conteúdos abordados, habilidade, conhecimento, ética e postura das facilitadoras. Além disso, o instrumento contou com um campo de preenchimento não obrigatório, onde os participantes poderiam inserir críticas, elogios e/ou suas impressões e foi respondido por todos com retorno positivo acerca do curso.

Todos os envolvidos no curso apresentaram participação satisfatória e significativa, além de expressarem suas dúvidas, opiniões e vivências com os temas durante cada tema abordado pelo facilitador. O reflexo de tais ações resultou em um estabelecimento de vínculo entre facilitadores e participantes, o que contribuiu potencialmente para o aprendizado de maneira efetiva e agradável conforme avaliado pelos participantes. As médias e desvio padrão referentes as respostas dos alunos podem ser observadas na tabela 1.

Variável	Média	Desvio Padrão
A apresentação dos conteúdos foi distribuída de maneira satisfatória?	8,9	2,98
O tempo utilizado foi adequado ao desenvolvimento do diálogo?	9,9	0,30
A metodologia utilizada contribuiu para a melhor desenvoltura do curso?	9,9	0,30
Os facilitadores do curso contribuíram de acordo com as suas expectativas e explanaram o conteúdo com clareza?	9,8	0,40
A abordagem temática foi bem distribuída de acordo com o período do curso?	9,8	0,40
O desempenho didático dos facilitadores foi significativo para a sua aprendizagem?	9,8	0,40
Houve aproximação das vivências relatadas com o tema abordado?	9,7	0,46
O conteúdo agregou maior significância ao seu conhecimento prévio?	9,8	0,40
Houve escuta e respeito à opinião dos participantes?	9,9	0,30
Os facilitadores apresentaram postura ética no decorrer dos encontros?	10,0	0,00

Tabela 1 - Distribuição das médias e desvio padrão das respostas dos participantes em relação a avaliação do **Curso de Atualização em IST/Aids – reconhecimento e prevenção**. Minas Gerais, MG, Brasil, 2020, N = 11.

Fonte: elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

A proposta de abordagem das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) para este público alvo se insere no princípio de que um dos pilares da saúde sexual baseia-se no aconselhamento, assistência no que tange a reprodução e as infecções propriamente ditas, além de prever a melhoria nas relações e na qualidade das mesmas, pressupondo que os adultos jovens estejam em uma fase decisiva, de afinilamento e definição de opiniões que se multiplicarão futuramente (KERNTOPF et al., 2016).

Houve predominância de jovens. Desta forma, acredita-se que estas questões são fortes à medida em que se trabalhadas, preparam os adolescentes para uma fase adulta permeada de reflexões sobre o contexto ao qual se inserem (KERNTOPF et al., 2016).

Para Sfair e Bittar (2015), a instituição acadêmica tem o papel de integração de saberes, troca de experiências /vivências e estabelecimento de vínculo, principalmente pelas questões referentes a educação para a saúde dos indivíduos, sendo de suma importância a capacitação e a atualização da comunidade nestes conteúdos como tema transversal para internalizar os saberes teóricos e o conceito de responsabilidade social.

Contudo, é relevante ressaltar que o ensino só tem total significância quando implica no processo de aprendizagem, e que os dois são grandezas indissociáveis. E para que isso seja de fato considerada uma verdade absoluta, cabe aos envolvidos nestes processos o estabelecimento de vínculo, o empoderamento dos sujeitos, a permissão de expressões, ideias, experiências e vivências, a fim de que o saber seja composto de inúmeras integrações e construções permeando o campo do pensar, sentir e agir (TABLE; JACOMETO, 2017).

Segundo Oliveira (2017), é evidente que a compreensão do processo de ensino e a forma de impacto do professor/facilitador para com os alunos é imprescindível para ambos no que se refere ao grau de apreensão do conhecimento em sua totalidade. Pensando sob esta ótica, é necessário conhecer o público a ser abordado, a fim de identificar suas principais necessidades para que as intervenções educativas sejam realizadas com total efetividade. Em cada tema abordado foi verificado o conhecimento prévio dos participantes.

Freitas e colaboradores (2016), afirmam que para o desenvolvimento de tais práticas, no processo evolutivo da docência, o chamado ambiente de pós graduação é exemplificado como um laboratório de aprendizado para à docência universitária. Neste âmbito, é fundamental a ocorrência do estímulo das percepções de perceber, entender, analisar e acompanhar a caracterização dos alunos do ensino superior. Neste espaço, o aprendizado vai além da teoria, mas também entra nas dimensões pedagógicas, em que o aluno de pós graduação percorre, incluindo estratégias metodológicas diferentes para ensinar de modo que a informação chegue com sucesso e de maneira satisfatória aos seus receptores (FREITAS et al., 2016).

Nesse sentido, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem permitem a construção de uma ponte entre a universidade, serviços e comunidade, possibilitando um melhor entendimento e assimilação de conteúdos, tornando-os de fácil e prática aplicabilidade no cotidiano dos sujeitos, à medida que valoriza todos os processos de criação, de ensino e aprendizagem, bem como os atores desse ciclo, levando em consideração que são dotados de singularidades (ROMAN et al., 2017). Ainda para os autores, outro ponto positivo mediante a este tipo de estratégia vem ao encontro da promoção da liberdade no processo de pensar, elencar o trabalho em equipe como medida significativa da busca de atualização acerca dos modelos de formação acadêmica, de modo que o pós graduando possa incorporar tais implementações nas práticas profissionais.

Ao decorrer do curso, os participantes puderam livremente interromper a fim de esclarecimentos de dúvidas. Além disso, cada um pôde ao término expressar suas impressões, críticas e sugestões a respeito do curso. Observa-se que houve um estabelecimento de vínculo positivo entre todos envolvidos, a medida em que todos participaram das discussões e demonstraram interesse durante os conteúdos abordados.

Esta experiência trouxe para as pós graduandas e professora orientadora um campo rico para a produção de conhecimento e a reprodução de modalidades semelhantes como

as de atividades extra curriculares, que estimula o aluno a percorrer o próprio caminho escolhendo temáticas e áreas de interesse por meio de atividades que incorporem à sua formação acadêmica novos saberes, além da atualização a respeito de fisiopatologias e tratamentos em Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Outra questão pertinente a ser abordada é a motivação dos participantes em estar presente nas aulas, no levantamento de problemáticas atuais trazidas pelos próprios envolvidos, fator esse que resultou na melhoria da motivação das executoras do curso, além na otimização dos processos de desempenho e na sensibilidade da equipe frente à experiência de ensino enquanto parte integrante da sua caminhada como parte do contexto da pós graduação.

Acredita-se, portanto, que o papel do discente de pós graduação é crucial de modo a se ofertar uma assistência acerca do conhecimento teórico de qualidade, levando em consideração as particularidades individuais e coletivas do público alvo, estabelecendo um elo entre os mesmos a fim de otimizar a construção dos saberes em suas múltiplas faces. Para que tal realização seja colocada em prática, cabe aos pós graduandos que estejam continuamente conectados e empenhados em aperfeiçoar os conhecimentos técnico científicos e utilizar metodologias adequadas para promover educação em saúde.

O estudo apresentou como limitações a amostra reduzida de participantes no curso devido à realização do mesmo em período de recesso escolar. A parceria entre a equipe executora e o Centro de Testagem e Aconselhamento foi fundamental, pois além do apoio mútuo às ações de educação em saúde, o CTA forneceu próteses para demonstração de uso do preservativo masculino e feminino, panfletos, livros, preservativos para distribuição entre os participantes do curso, além de explicações práticas *in locu* sobre a funcionalidade dos testes rápidos para HIV, Hepatites B e C e Sífilis.

CONCLUSÃO

O estudo ofertou subsídios para aplicação prática dos conhecimentos adquiridos na graduação e processo formativo da pós-graduação. A média alta das respostas da avaliação do curso, indicam que os objetivos da atividade e foram alcançados, atualizando o conhecimento dos participantes nos aspectos que permeiam as IST.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, H. M.; NOGUEIRA, M. J.; FONSECA, M. C.; SCHALL, V. T. Saúde sexual, gênero e percepções de adolescentes sobre o preservativo feminino. **Adolescência & Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, p.26-32, set. 2016. Supl. 2. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesaude.com/pdf/v13s2a04.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2021.

FELISBINO-MENDES, M. S.; PAULA, T. F.; MACHADO, Í. E.; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; MALTA, D. C. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 21, 2018. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2018000200415&lng=en&nrm=iso&tlng=pt6 Acesso em: 09 mai. 2021.

FREITAS, D. A.; SANTOS, E. M. S.; LIMA, L. V. S.; MIRANDA, L. N.; VASCONCELOS, E. L.; NAGLIATE, P. C. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 57, p. 437-48, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2016.v20n57/437-448/pt>. Acesso em: 09 mai. 2021.

KERNTOPF, M. R.; LACERDA, J. F. E.; FONSECA, N. H.; NASCIMENTO, E. P.; LEMOS, I. C. S.; FERNANDES, G. P.; MENEZES, I. R. A. Sexualidade na adolescência: uma revisão crítica da literatura. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 106-13, set. 2016. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesauade.com/pdf/v13s2a13.pdf> Acesso em: 09 mai. 2021.

OLIVEIRA, D. C. Determinantes comportamentais e emocionais do processo ensino-aprendizagem. **Caderno Inter saberes**, v. 5, n.6, fev. 2017. Disponível em: <https://uninter.com/cadernosuninter/index.php/intersaberes/article/view/379>. Acesso em: 09 mai. 2021.

ROMAN, C.; ELLWANGER, J.; BECKER, J. C.; SILVEIRA, A. D.; MACHADO, C. L. B.; MANFROI, W. C. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clin Biomed Res**. v. 37, n.4, p. 349-57, 2017. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/2357-9730.73911>. Acesso em: 09 mai. 2021.

SEHNEM, G. D.; CRESPO, B. T. T.; LIPINSKI, J. M.; RIBEIRO, A. C.; WILHELM, L. A.; ARBOIT, J. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem. **Av Enferm**. v.37, n. 3, p. 343-52, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n3/0121-4500-aven-37-03-343.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2021.

SFAIR, S. C.; BITTAR, M.; LOPES, R. S. Educação sexual para adolescentes e jovens mapeando proposições oficiais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.2, p.620-32, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2015.v24n2/620-632/pt>. Acesso em: 09 mai. 2021.

SILVA, S. M. D. T.; FERREIRA, M. M. S. V.; AMARAL-BASTOS, M. M.; MONTEIRO, M. A. J.; COUTO, G. R. Diagnóstico do conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade. **Acta Paul. Enferm.**, v. 33, p. 1-7, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002020000100427&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 09 mai. 2021.

PETRY, S et al. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1145-1152, out. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501145&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2019.

TABILE, A. F.; JACOMETO, M. C. D. Fatores influenciadores no processo de aprendizagem: um estudo de caso. **Revista Psicopedagogia [Internet]**, v. 34, n. 103, p. 75–86, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-84862017000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 09 mai. 2021.

TELO, V. S.; WITT, R. R. Saúde sexual e reprodutiva competências da equipe. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 11, p. 3481-90. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n11/3481-3490/pt>. Acesso em: 09 mai. 2021.

VILLELA, W. V.; LIMA, R. W.; BRITO, C. F. The National Reproductive Health Programme in Cape Verde: scope, limits and challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3631–36, nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103631&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 09 mai. 2021.

AUTOESTIMA E SATISFAÇÃO A PARTIR DA IMAGEM CORPORAL

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 14/05/2021

Tatiana de Souza Campos

Universidade de Pernambuco - UPE
Petrolina – PE
<http://lattes.cnpq.br/1842214389608183>

Jason Ribeiro do Nascimento

Universidade Federal do Vale do São Francisco
- UNIVASF
Petrolina – PE
<http://lattes.cnpq.br/0087851334250284>

Nadja Maria dos Santos

Universidade de Pernambuco - UPE
Petrolina – PE
<http://lattes.cnpq.br/2216969782237451>

Thereza Christina Cunha Lima Gama

Universidade de Pernambuco - UPE
Petrolina – PE
<http://lattes.cnpq.br/1559938145343196>

RESUMO: O envelhecimento é um processo natural ao ser humano, compreender as transformações que acontecem no corpo e na vida ao longo desse caminho, se faz necessário para uma melhor qualidade de vida. Para alguns, o envelhecimento gradual é lento, para outros, nem tanto, já que se deve considerar fatores biológicos, cognitivos e psicoafetivos. Dentre os males mais comuns nessa fase, destacamos a depressão como fator preponderante no agravamento do estado de saúde física e

psicológica idoso, já que é o momento de maior fragilidade e dependência do idoso, aquela que seria uma fase de admiração e cuidado por parte dos familiares, muitas vezes torna-se um peso, o que pode gerar abandono. Em uma sociedade que exalta jovem e despreza a pessoa idosa, são necessárias ações que busquem resgatar não só direitos básicos, mas atender a demanda psicossocial desta parcela crescente nossa população. Pensando nessa necessidade, em 2016, acadêmicos dos cursos de Pedagogia e Artes Visuais, em Petrolina – PE, realizaram um projeto com alunas da Faculdade Aberta da Terceira Idade (FATI), mulheres entre 60 e 85 anos de idade. Os encontros aconteceram nos espaços da faculdade, através de palestras, discussões, relatos de experiências e dinâmicas voltadas a desenvolver e fortalecer a autoestima das alunas, sendo que todas as atividades foram registradas através de fotografias, culminando com uma exposição fotográfica. Como resultado, pode-se observar uma melhor compreensão do que é envelhecer com saúde física e principalmente saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, idoso, depressão, autoestima, fotografias.

SELF-ESTEEM AND SATISFACTION FROM BODY IMAGE

ABSTRACT: Aging is a natural process for human beings, understanding the transformations that happen in the body and in life along this path is necessary for a better quality of life. For some people, gradual aging is slow, for others, it's not so much, once biological, cognitive and psycho-affective factors must be considered. Among the

most common ills in this phase, we highlight depression as a major factor in the worsening of the elderly's physical and psychological health status, since it is the moment of greatest fragility and dependence on the elderly, which should be a phase of admiration and care on the part of the elderly's family members, often becomes a burden instead, leading to abandonment. In a society that exalts young people and despises the elderly ones, actions are needed — actions that seek to rescue not only basic rights, but also to meet the psychosocial demand of this growing portion of our population. Thinking about this need, in 2016, students from the Pedagogy and Visual Arts courses, in Petrolina - PE, carried out a project with students from the Open College of the Third Age (or FATI in portuguese), women between 60 and 85 years old. The meetings took place in the spaces of the college, through lectures, discussions, reports of experiences and dynamics aimed at developing and strengthening the self-esteem of the students, and all activities were recorded through photographs, culminating in a photographic exhibition. As a result, we can see a better understanding of what it means aging with physical health and, mostly, mental health.

KEYWORDS: Aging, elderly, depression, self-esteem, photographs.

1 | PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é inerente a todo ser vivo, compreender e trazer segurança emocional a essa fase propicia uma maior qualidade de vida.

Este é um tema que demanda uma especial atenção e estudos, por se tratar de uma classe da população que demanda cuidados especiais e muitas vezes auxílio.

Este é um tema que demanda uma especial atenção e estudos, por se tratar de uma classe da população que demanda cuidados especiais e muitas vezes auxílio.

Conforme Fachine e Tromperi (2012), o processo do envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo, sendo mais lento para uns e mais rápido em outros. Entretanto o conceito biológico relaciona o físico e o conceito psíquico que são as relações nas dimensões cognitivas e psicoafetivas, que interfere na personalidade e afeto do indivíduo.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE), publicado em agosto de 2015, em 40 anos a população idosa do Brasil vai triplicar, passando de 19,6 milhões (10% do total) em 2010, para 66,5 milhões de pessoas em 2050 (29,3%). Uma grande parcela da população será formada de pessoas com idade superior a 65 anos (BRAZILIENSE, 2016).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), são ainda mais reveladoras, apontam que no ano de 2025 teremos uma população de 1100 bilhões de idosos, sendo que em 2050 o número de idosos terá ultrapassado o número de jovens (BRAZILIENSE, 2016).

A velhice é algo que sempre esteve presente nas preocupações e conjecturas do ser humano. Alguns a encaram de maneira natural e aceitam como uma dádiva, vendo-a como uma fase de maior sabedoria, onde poderão desfrutar da companhia da família e etc. Já outros a veem como uma fase tenebrosa, onde haverá uma necessidade eminente de

dependência, de doenças e abandono.

Perspectivas reais que variam de acordo com a realidade social de cada indivíduo, sendo que a projeção menos “afável” é a mais comum, que nos leva a uma das causas da depressão na terceira idade.

2 | ENVELHECER

O envelhecimento é parte do ciclo vital, todos os seres que estão vivos chegarão a esta fase ou etapa da vida.

Berger (2013, p. 299) afirma:

Quando se para de crescer, começa o envelhecimento, definido como declínio físico relacionado a idade. O envelhecimento é contínuo em todos os adultos: todos nós envelhecemos... O ritmo do envelhecimento varia de pessoa para pessoa e de órgão para órgão influência genética, ambiental e das escolhas pessoais.

Ainda segundo Berger (2013), o corpo dá sinais de declínio. A exemplo das funções renais que a partir dos 30 anos se tornam menos eficientes, havendo uma perda de 4% de suas funções a cada década.

À medida que os anos avançam este declínio se torna mais nítido e acentuado, comprometendo as funções do corpo. Esta mudança passa a ser sentida a partir dos 65 anos de idade. É certo que há uma variabilidade no processo de envelhecimento, e são subdivididos pelos gerontólogos em três grupos: os menos idosos, os mais idosos e os muito idosos. Tal divisão não se fundamenta apenas na idade biológica, mas no conjunto de fatores que definem este sujeito.

De acordo com Berger (2013), é necessário entender e distinguir envelhecimento primário de envelhecimento secundário. O primeiro diz das mudanças que acontecem ao longo do processo de envelhecer, aquelas que são universais e comuns a todos, como por exemplo, a perda gradativa ou desaceleração das funções do corpo, como o coração que bombeia menos sangue, as artérias que vão se enrijecendo, entre outros. Já o secundário, nos conta de problemas que podem ser evitados e até mesmo curados, pois envelhecer não implica necessariamente que esteja atrelada a doenças.

2.1 Os sentidos e sua degeneração

Outro fator que é inerente ao envelhecimento é a perda gradativa dos sentidos ou seu enfraquecimento, entre eles dois são os mais notórios: a visão e a audição.

Isto para alguns indivíduos é a parte mais problemática, pois coloca-os em situações desconfortáveis e as vezes vexatórias. Com base no texto de Berger (2013) a interligação social depende principalmente da utilização dos sentidos, os quais se tornam menos perfeitos a cada década.

Berger, (2013, p. 401) afirma:

Até um século atrás, essas perdas sensoriais eram muitas vezes devastadoras: muitas pessoas que sobreviviam até uma idade avançada eram deixadas isoladas e vulneráveis, principalmente por sua incapacidade de ver e ouvir.

Outro sentido primordial que com o envelhecimento tende a dá sinais de falha é a visão. Esta não foge a regra da degeneração natural da idade.

Segundo Berger (2013, p. 401) apenas 10% das pessoas idosas enxergam bem sem lentes corretivas, 80% enxergam bem com óculos e 10% tem graves problemas inerentes ao envelhecimento, que são eles: glaucoma, catarata e degeneração macular.

A degeneração do corpo se dá de forma gradual, comum a todos, mas isso não implica dizer que necessariamente todo idoso será uma pessoa doente e debilitada.

3 I COMO SE VEEM E SÃO VISTOS PELA SOCIEDADE

Para Baptista et al (2006), alguns aspectos culturais permeiam esta fase. De modo geral é vista como a fase do declínio físico e cognitivo, no entanto em alguns países do Oriente a velhice é tida como símbolo de status social.

Baptista et al. (2006) afirmam:

Os estereótipos existentes acerca dos indivíduos mais velhos possuem, quase que invariavelmente, relação semântica com fragilidade e ineficácia física, perda de habilidades cognitivas, rigidez comportamental, incompetência econômica e isolamento social, entre outros.

De acordo com Berger (2013), ser rotulado ou estereotipado, independente de idade, sexo ou raça, causa danos quando o indivíduo internaliza o preconceito e reage com desespero, dúvida ou ressentimento. Isso pode acontecer quando os idosos esperam perder seu poder intelectual. É isso exatamente que eles esperam, principalmente quando avaliam suas falhas de memória.

Se aceitar como idoso em uma sociedade que enaltece o novo, o jovem, o que produz mais é um desafio, e aceitar a condição de idoso em toda sua plenitude se torna ainda mais desafiante, quando tudo em volta o faz lembrar que ele está na descendente.

4 I DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE

Com base no texto de Zimerman (2000), todo ser humano em alguma fase da vida poderá experimentar sintomas depressivos. No idoso esta probabilidade é ainda maior, por conta de suas limitações e perdas, sofrendo as consequências de sentimentos de auto depreciação acrescente-se a isto, uma sociedade que supervaloriza a aparência e a busca constante pela perfeição estética.

Uma vida longa implica em muitas perdas ao longo do tempo, algumas podem e são encaradas de forma natural, mas outras já são mais complexas e dolorosas, como a morte de um cônjuge com quem se dividiu uma vida, deixa traços de tristeza profunda no que

ficou, entre outros fatores relacionados ao envelhecimento.

Esta condição é fator de piora para a qualidade de vida do idoso, fazendo com a saúde se deteriore ainda mais rápido.

Conforme Zimerman (2000), a depressão nos idosos geralmente os afasta do convívio familiar. Sendo que é exatamente nessa fase que o idoso precisa se relacionar mais com as pessoas do seu círculo familiar, ter amigos para conversar e fazer atividades que sejam agradáveis e prazerosas.

Uma preocupação com pessoas que sofrem de depressão é o risco de suicídio e em idosos o cuidado deve ser redobrado.

A depressão na velhice tende a ser mais severa, mais duradoura e mais incapacitante do que em outras fases da vida. Ele ainda mostra que a taxa de suicídio aumenta drasticamente na população idosa e as tentativas de suicídio obtêm mais sucessos do que entre os mais jovens, já que os idosos tendem a utilizar métodos mais letais para o suicídio, e são menos inclinados a comunicar suas intenções (BROMLEY apud BAPTISTA et al. 2006).

Baptista et al. (2006) colocam o isolamento social como fator de risco para o suicídio para o indivíduo idoso. Existem evidências de que idosos com vida ativa, física e intelectual ou artística, apresentam um retardo significativo em sua deterioração orgânica, o que não é sentido pelas pessoas inativas.

As atividades sociais podem ser definidas como todas as atividades que os idosos participem ativamente, tais como as físicas, lazer, religião, serviços voluntários, sendo de fundamental importância para contribuir na melhoria do conjunto das funções dos idosos, afirmam Baptista et al. (2006).

Essas atividades se fazem de essencial importância para saúde mental e física do idoso, pois o coloca em contato com outros, mantendo-o ativo e sentindo-se parte de um grupo social. Por este motivo se faz necessário mais iniciativas que valorize a atividade do idoso.

Segundo Melo e Ferruzzi (2013), a pessoa depressiva vê o mundo de forma negativa. Sente muita culpa por tudo, e se esquece das coisas boas que já fizeram, relembando e intensificando as coisas más, destruindo assim a pessoa.

Esse comportamento só intensifica o sofrimento, criando um círculo vicioso de sofrimento, por esta razão, como já citado, a importância de integração desse idoso em atividades físicas, sociais e intelectuais.

5 | O PROJETO

No ano de 2016, alunos do curso de Pedagogia e Artes Visuais, realizaram um projeto voltado para alunas da Faculdade Aberta da Terceira Idade (FATI), na cidade de Petrolina.

Os encontros aconteceram nos espaços da faculdade, e tinham um plano estruturado de forma a trazer informação aos participantes, através de palestras e discussões, relatos de experiências e dinâmicas voltadas a desenvolver e fortalecer a autoestima das alunas.

No primeiro dia de aula foi apresentado o projeto as alunas, explicando detalhadamente como seriam as atividades, e que todo processo seria registrado através de fotografias, que seriam usadas ao final do projeto para que elas pudessem visualizar as mudanças esperadas e em seguida seriam objeto de uma exposição fotográfica. Todas concordaram sem nenhuma resistência. Ali já começava a observação, através da reação de cada uma, diante da possibilidade de ressignificar o olhar para si mesmas e cobrirem que havia beleza também depois dos 60.

A turma foi composta apenas por mulheres, com idades entre 60 e 85 anos, de níveis acadêmicos variados.

O projeto conseguiu trazer informação a turma sobre os processos de envelhecimento, assim como suas consequências, e a melhor forma de conviver harmonicamente com o corpo e a mente durante o processo de envelhecimento. Foi possível viabilizar um processo de reconstrução da autoestima da turma através das atividades, o que ficou visível para todos os envolvidos e através da exposição fotográfica após o término do projeto e o feedback positivo recebido da turma que pôde constatar as mudanças visíveis de todo processo. Para se chegar ao objetivo final que era a reestruturação da auto estima, outros aspectos foram trabalhados ao longo das aulas, através das dinâmicas e questionários, foram detectados algumas fobias e transtornos que foram trabalhados com técnicas específicas de programação neurolinguística para que elas pudessem superar e assim estarem prontas, mais seguras e confiantes para essa nova fase.

6 | CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos nas ações foi possível sensibilizar e conscientizar os envolvidos de que é possível envelhecer com saúde e com um novo olhar ao belo que se evidencia de formas diferentes. Trabalhar a autoestima de idosos transforma a vida deles e dos que estão a sua volta, pois eles se tornam multiplicadores do bem, assim como formadores de pessoas jovens que poderão chegar a terceira idade já com um olhar diferente do que é envelhecer.

O projeto conseguiu alcançar um publico par além das participantes e suas famílias, através da exposição fotográfica, que teve uma repercussão positiva na cidade, chamando atenção não só por sua qualidade em imagem, mas por mostrar a beleza real e possível de mulheres depois dos 60 anos, sem que houvesse nenhum tipo de tratamento digital ou filtros nas fotos, toda beleza apresentada e expressa foi a que cada uma delas carregava consigo e através da mediação oferecida pelo projeto, foi evidenciada por cada uma delas, que a partir daquele momento, assumiram seu papel de protagonistas e inspiraram tantas outras.

REFERÊNCIAS

BERGER, Kathleen Stanssen. **O desenvolvimento da pessoa: do nascimento à terceira idade.** Rio de Janeiro: LTC, 2013.

BAPTISTA, M. N. et al. **Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos.** Pepsic: Periódicos eletrônicos em psicologia, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v5n1/v5n1a09.pdf>>. Acesso em: 15 fev.2017.

Braziliense, Correio. População de idosos vai triplicar até 2050 no Brasil, revela pesquisa. Correio Braziliense, Brasília, 2016. Disponível em :< http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2016/08/30/internas_economia,546485/populacao-idosa-vai-triplicar-ate-2050-revela-pesquisa.shtml> . Acesso em : 15 fev. 2017.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. **O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos.** Revista científica internacional. Janeiro, 2012. Disponível em: < <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>>. Acesso em: 15 fev.2017.

MELO, Larissa Sarate; FERRUZZI, Aletéia Henklain. **Depressão na terceira idade.** Psicologado Artigos, 2013. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicopatologia/transtornos-psiquicos/depressao-na-terceira-idade>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

ZIMMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

ANEXOS 1

1. Fotos/registros aulas



2. Fotos finais / resultado do processo



CAPÍTULO 15

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES VIRAIS NO ESTADO DE GOIÁS, BRASIL DE 2008 A 2018

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Maria Luísa Peres Vilela

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde –Campus Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/3948626993175505>

ORCID: 0000-0002-0933-8249

Lísia Gomes Martins de Moura Tomich

Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV), campus Aparecida de Goiânia Instituto de Patologia e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás, Goiânia Hospital de Doenças Tropicais (HDT) Goiânia, Goiás, Brasil

ORCID: 0000-0003-0366-7487

<http://lattes.cnpq.br/0506918273137707>

Aline Almeida Braga

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde –Campus Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/3526531078606732>

Aline Bezerra Vargas

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde –Campus Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/9260535650524673>

Byanca Milograna Soares

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde –Campus Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/4951618911780244>

Carolline Fernandes Araújo Maia

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde –Campus Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/3070873264608325>

Diana Gonçalves Lima

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde –Campus Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/6176109469455346>

<https://orcid.org/0000-0002-8773-0975>

Fernanda de Melo Franco Machado

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde –Campus Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/2747522286938245>

Isabella Beda Icassatti

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde –Campus Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/9753229617216224>

Isabela Márcia Freitas Montes

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde –Campus Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/4568001539230644>

Giovana Alcino Carneiro

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde –Campus Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/7710691808225680>

<https://orcid.org/0000-0003-3763-0279>

Júlia Nênia Santiago

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde –Campus Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil

<http://lattes.cnpq.br/3352463181598567>

RESUMO: Hepatite é a inflamação do fígado, que pode ocorrer por excesso de álcool, efeito colateral de medicamentos, infecções principalmente virais, entre outras. As hepatites virais podem ser classificadas em dois grupos: um deles de transmissão majoritariamente fecal-oral (hepatites A e E) e o outro relacionado a diversos mecanismos de transmissão, como o parenteral, sexual, compartilhamento de objetos contaminado, utensílios perfurocortantes e instrumentos usados para uso de drogas injetáveis e inaláveis (hepatites B, C e D). O objetivo do estudo foi analisar a epidemiologia das hepatites virais no Estado de Goiás de 2008-2018. Foi realizado um estudo descritivo a partir de dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (sinan). Notificaram-se, em Goiás, 9552 casos de hepatites virais no período, com um maior predomínio de notificações de indivíduos do sexo masculino, faixa etária entre 20-39 e de infecção por hepatite B. É fundamental o entendimento da importância da adoção de estratégias para o controle e prevenção dessas doenças, além da necessidade de se ampliar a cobertura vacinal para HBV, já que ela é uma doença imunoprevenível.

PALAVRAS-CHAVE: hepatite A; hepatite B; hepatite C; adultos jovens.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF VIRAL HEPATITIS IN THE STATE OF GOIÁS, BRAZIL FROM 2008 TO 2018

ABSTRACT: Hepatitis is the inflammation of the liver. Hepatitis can occur due to excessive consume of alcohol, side effects of medications, infections mainly viral. Viral hepatitis can be classified into two groups: one of which whose transmission is mainly fecal-oral (hepatitis A and hepatitis E) and the other one related to various transmission mechanisms, such as parenteral, sexual activities that involve blood, such as anal sex or rough vaginal sex, sharing needles and other drug injection equipment (like cookers and cotton) (hepatitis B, C and D). The purpose of this study was to analyze the epidemiology of viral hepatitis in the State of Goiás from 2008 to 2018. A descriptive study was carried out using data obtained from the Informational System of Notifiable Diseases (sinan). In Goiás, 9552 cases of viral hepatitis were reported in this period, with a greater predominance of males, aged between 20-39 years old and the hepatitis B infection. It is fundamental to understand not only the importance of adopting strategies for the control and the prevention of these diseases, but also the need of expanding HBV vaccine coverage, since it is an immunopreventable disease.

KEYWORDS: hepatitis A; Hepatitis B; hepatitis C; sexual transmission.

INTRODUÇÃO

Hepatite é a inflamação do fígado que pode ocorrer devido a várias causas como efeito colateral de medicamentos, álcool e por infecções, principalmente virais. As hepatites virais são um grave problema de saúde pública e são classificadas em hepatite por vírus A (HAV), B (HBV), C (HCV), D (HDV) e E (HEV). No Brasil, o maior número de óbitos por hepatite viral é decorrente de infecção por HCV, seguido por HBV e HVA. Em muitos casos, as infecções por HCV e HBV não apresentam sintomas específicos. As formas de transmissão mais importantes de HBV e HCV são relação sexual desprotegida com parceiro infectado (majoritariamente HBV), compartilhamento de agulhas entre

usuários de drogas injetáveis, transmissão vertical e acidentes com material biológico. Já a transmissão de HVA é fecal-oral, ou seja, por meio de alimentos ou água contaminados.

O diagnóstico inclui as provas de função hepática e a pesquisa de marcadores sorológicos específicos (antígenos e anticorpos). Testes adicionais para detecção direta do genoma viral podem ser necessários para confirmação diagnóstica e monitoramento de resposta ao tratamento.

Medidas preventivas incluem saneamento básico, higiene pessoal, uso de preservativos, uso de agulhas descartáveis, não compartilhamento de objetos perfurocortantes e a vacinação (disponível para HAV e HBV).

Considerando este panorama, é essencial reconhecer o perfil epidemiológico das hepatites virais do Estado de Goiás para formular melhores estratégias de educação, prevenção e diminuir o impacto dessas infecções.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo, realizado por meio do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (sinan) da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A amostra do estudo constituiu-se de todos os casos notificados de hepatites virais no estado de Goiás, no período compreendido de 2008 a 2018. Foram estudadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, classificação etiológica e possível mecanismo de infecção. A comparação de dados entre os grupos de hepatite viral foi realizada com a utilização de descrição quantitativa por porcentagem em cada variável.

Neste estudo é assegurado que os dados não-nominais referentes aos casos notificados foram usados somente para fins de pesquisa científica. Foram utilizados dados secundários e públicos coletados para fins de vigilância e gerenciamento do controle das hepatites, dispensando a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se notificação de 9552 casos de hepatites virais, em Goiás, de 2008 a 2018, representando 2,09% das 456779 notificações no Brasil no mesmo período, havendo oscilações nas taxas de notificação de pacientes com hepatites virais.

Em relação à etiologia, em Goiás, a maior incidência foi de HBV, representando 45,95% (4389) dos casos, seguida de HCV com 29,11% (2782) e HAV com 13,77% (1315), sendo as outras hepatites com quantidades mínimas de casos. Esses dados podem ser observados na Figura 1.

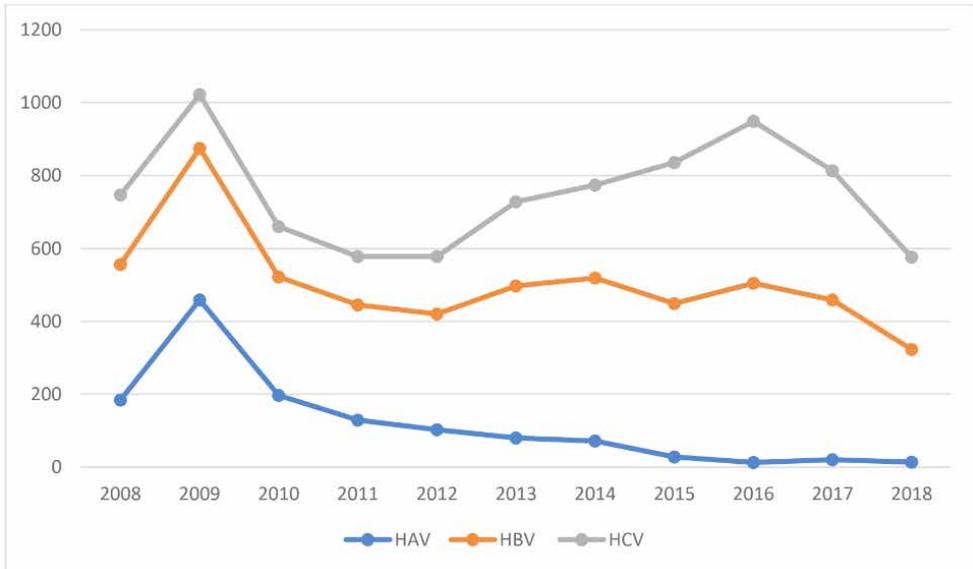


Figura 1: Número de notificações de hepatites virais de acordo com o agente etiológico, de 2008 a 2018, Goiás, Brasil.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Brasil.

HAV: vírus da hepatite A; HBV: vírus da hepatite B; HCV: vírus da hepatite C.

Diante da realidade de o vírus da hepatite B ter sido o mais prevalente e considerando, ainda, que muitos indivíduos infectados são assintomáticos e que as infecções sintomáticas são insuficientemente notificadas, a frequência da hepatite B é, certamente, ainda subestimada. Raramente a infecção por HBV pode levar à hepatite fulminante, em torno de 1 a 3% das pessoas com doença aguda, já a forma crônica pode evoluir para cirrose ou carcinoma hepatocelular (BRASIL, 2017). Sobre a forma crônica, foi constatado que, em cinco anos do diagnóstico, as incidências cumulativas de cirrose foram de 8% no Leste Asiático e 17% na Europa, quando o HBeAg é positivo; já as incidências cumulativas de carcinoma hepatocelular em cinco anos foram de 0,1% em portadores inativos, 1% em indivíduos com hepatite crônica sem cirrose e 10% em pessoas com cirrose compensada (FATTOVICH, 2008). Em crianças menores de 1 ano, infecção por HBV se torna crônica em torno de 90% dos casos e está relacionada com a tolerância imunológica dessa fase da vida. Nos adultos, ocorre a cronificação em cerca de 6 a 10% dos expostos ao vírus da hepatite B (BRASIL, 2017).

No Brasil, conforme dados apresentados pelo Ministério da Saúde no ano de 2002, pelo menos 15% da população já esteve em contato com o vírus da hepatite B e 1% da população apresenta hepatite crônica. Sendo que, diferentemente de outras hepatites crônicas, a hepatite B é imunoprevenível e, no entanto, a vacinação incompleta e o inadequado acompanhamento clínico do paciente com a doença em fase inicial e de

gestantes, no período pré-natal, tem propiciado a continuada disseminação do vírus.

Em relação à hepatite C, em média, 85% dos indivíduos evoluem para o estado crônico, manifestando uma infecção persistente (STRAUSS, 2001). Pessoas cronicamente infectadas apresentam risco aumentado de morbidade por disfunções hepáticas adicionais, além de maior probabilidade de contrair HBV, já que os meios de transmissão são comuns. Devido a prevalência de infecção assintomática, o diagnóstico precoce não é facilmente estabelecido, o que gera poucos casos diagnosticados e conhecidos pelo sistema único de saúde (SUS) (FERREIRA, SILVEIRA, 2004).

Em relação ao sexo, os indivíduos do sexo masculino foram os mais afetados no período analisado, representando 52% (4985/9552) dos casos. Esse fato pode ser explicado devido aos homens habitualmente apresentarem mais comportamentos de risco, como a prática de relações sexuais sem preservativos, uso de drogas injetáveis e consumo de álcool, principalmente quando se diz respeito a HBV e HCV (SILVA, MILAGRES, 2018). Os dados são ressaltados na Tabela 2.

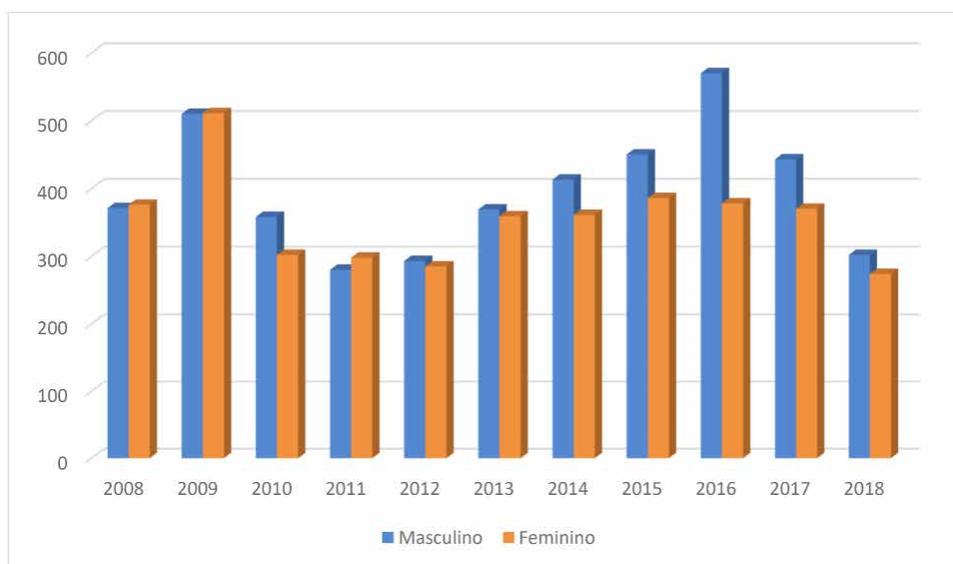


Figura 2: Casos de hepatites virais confirmados de acordo com o gênero, de 2008 a 2018, Goiás, Brasil.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Brasil.

Por sua vez, a Tabela 1 mostra que, em relação à faixa etária, os indivíduos jovens de 20-39 anos foram os mais afetados pelas hepatites virais, com 38,63% (3690) dos casos, seguido dos de 40-59 (36,59%; 3495) anos. Os dados do presente estudo corroboram com a análise epidemiológica realizada por Rocha e Guedes (2012) em Aracaju/SE, em que a faixa etária mais prevalente foi dos 20-39 anos seguidos dos de 49-59 anos e por Ferreira

e colaboradores (2019) em Porto Velho/RO, em que a faixa etária mais prevalente também foi dos 20-39 anos, seguidos dos indivíduos de 40-59 anos. Possivelmente, esses achados justificam-se pelo fato de que os indivíduos dessas faixas etárias participem de maior atividade sexual desprotegida e com múltiplos parceiros (BRANCO et al, 2017). Ademais, acredita-se, ainda, que há falha na cobertura vacinal após os 40 anos de idade, bem com outros fatores associados, tais como obesidade, estresse, tabagismo e etilismo (DIVISAO DE IMUNIZACAO, 2006).

Faixa Etária	Casos confirmados (n)	%
< 1 ano	98	1,02
1 – 4	193	2,02
5 – 9	514	5,37
10 – 14	308	3,21
15 – 19	370	3,86
20 – 39	3690	38,63
40 – 59	3495	36,59
60 – 64	403	4,22
65 – 69	235	2,46
70 – 79	201	2,10
80 e +	42	0,44
Em branco	3	0,08

Tabela 1: Casos confirmados de hepatites virais de 2008 a 2018 no Estado de Goiás.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Brasil.

Vale ressaltar que, recentemente, o número de casos de HAV vem aumentando em homens que fazem sexo com homens. Esse fato pode estar ocorrendo devido à falta da utilização correta de preservativos nas relações sexuais, bem como a falta de informações sobre as formas de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis em indivíduos do mesmo sexo.

Segundo análise dos dados do sinan, a fonte de infecção de HAV não foi identificada em 72,1% (6893/9552) dos casos. Quando identificada, a transmissão de HAV teve, como fonte mais importante, alimento e água 42,58% (560/1315), sendo o contágio sexual correspondendo somente a 0,76% (10/1315), enquanto a fonte de contágio mais importante para HBV foi sexual, representando cerca de 16,3% (716/4389), bem como de HCV, que demonstrou um percentual de 7,7% (214/2782). Esses dados que se aproximam do estudo

epidemiológico de Leão e colaboradores (2021), realizado no Pará de 2009 a 2018, em que a infecção por HBV foi a mais prevalente e o mecanismo de transmissão mais importante foi o sexual para a HBV (27,15% dos casos) e HCV (14,62% dos casos). Torna-se importante ressaltar que são fatores importantes para a alta prevalência do contágio sexual, a baixa adesão ao uso de preservativos e a presença de vários parceiros sexuais, enquanto o contágio por água e alimentos ainda ocorre em grande escala devido à má higiene de alimentos, bem como condições precárias de saneamento básico, que acometem grande parcela da população.

CONCLUSÃO

Em Goiás, entre o período de 2008 a 2018, foram observados cerca de quase 10 mil casos no total de hepatites virais na população. Este número possui direta relação com as formas de transmissão desses vírus, haja vista que, tanto condições como a precariedade do saneamento básico e a má higiene dos alimentos, condicionadas à ocorrência das hepatites A e E, quanto o uso infrequente de preservativos nas relações sexuais, condicionado à ocorrência das demais hepatites, estão presentes no cenário atual do estado.

É possível notar que essas medidas elevam a transmissibilidade das hepatites e são fatores de risco modificáveis que devem ser trabalhados pelas estratégias de promoção e prevenção da saúde, com foco neste comportamento sexual de risco, com o objetivo de reduzir o contágio. Destarte, é importante ampliar a cobertura vacinal para HBV, já que é uma doença imunoprevenível e muito prevalente em adultos jovens devido à transmissão sexual.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, L.L.B. et al. **Epidemiologia das hepatites virais por classificação etiológica**. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v.16, n.4, p.227-31, out-dez. 2018.

BRANCO, T.B. et al. **Vulnerabilidades para Hepatite B: conhecimento, atitudes e práticas de adolescentes escolares**. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 11, s.11. p.4749-57, nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica. **INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES B e C DO ESTADO DE GOIÁS 2013 - 2017**. Coordenação Estadual das Doenças Imunopreveníveis, Respiratórias e Hepatites Virais/GVE/SUVISA/SES-GO, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Aconselhamento em Hepatites Virais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Departamento De Informática do SUS - DATASUS - TABNET - SINAN. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sinanet/cnv/hepago.def>> Acesso em: 25 de março de 2019.

Divisão de Imunização. **Vacina contra hepatite B.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v.40, n.6, p.1137-1140, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06, maio, 2021.

FATTOVICH, G; BORTOLOTTI, F.; DONATO, F. **Natural history of chronic hepatitis B: Special emphasis on disease progression and prognostic factors.** Journal of Hepatology, v. 48 p. 335–352, 2008.

FERREIRA, C. T; SILVEIRA, T. R. **Hepatitis virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção.** Rev. Brasileira de Epidemiologia;7(4):473-87, 2004.

FERREIRA, L. J; **Avaliação epidemiológica dos casos de hepatites virais no município de Porto Velho Rondônia, no período de 2012 a 2018.** Porto Velho, 2019.

LEÃO, D. do V.; BELÉM R. J.; ALMEIDA K. V.; DOS REIS V. L. R.; DOS REIS H. S.; DOS SANTOS, F. da S. **Perfil epidemiológico das hepatites infectocontagiosas no estado do Pará.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 4, p. e6790, 8 abr. 2021.

PIMENTA, G. R. P; et al. **Ações de promoção e prevenção á saúde do trabalhador sob risco de exposição e transmissão de hepatites virais.** Rev. APS.; 20(1): 140 – 144; jan/mar, 2017.

ROCHA, E.A.; GUEDES, S.A.G. **Perfil epidemiológico das hepatites virais no município de Aracaju/SE, 2007 a 2011.** Idéias & inovação, Aracaju, v.01, p.33-39, out.2012.

SILVA, J.M.C.A; MILAGRES, B.S. **Perfil Epidemiológico da Hepatite C no Brasil entre os anos de 2016 e 2017. 2018.** Trabalho de conclusão de curso - Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, Brasília, Brasil.

STRAUSS, E. **Hepatite C.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.34, n.1. Uberaba, 2001.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES NOTIFICADOS COM HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS EM PINHÃO-PR

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 03/05/2021

Ana Lurdes Charnoski

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Unicentro Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-
Graduação, PROPESP Programa de Pós-
Graduação em Desenvolvimento Comunitário,
PPGDC
Guarapuava-Pr
<https://orcid.org/0000-0003-4112-5865>

Emerson Carraro

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Unicentro Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-
Graduação, PROPESP Programa de Pós-
Graduação em Desenvolvimento Comunitário,
PPGDC
Guarapuava-Pr
<https://orcid.org/0000-0001-5420-2300>

RESUMO: Introdução As infecções sexualmente transmissíveis são um grande desafio para a saúde pública, haja vista que a procura por diagnóstico e tratamento acaba sendo tardio. O entendimento de vulnerabilidade no adoecimento por infecções sexualmente transmissíveis é determinante para a saúde pública no desencadeamento de ações de prevenção e de organização do cuidado. Objetivos Realizar o levantamento de dados de infecções sexualmente transmissíveis no município de Pinhão Metodologia Pesquisa exploratória Resultados A prevalência de casos em HIV, sífilis e hepatites virais foi em 38% de adultos jovens,

sendo 74% do sexo feminino, 71,2% residentes na área urbana, 63% com cor da pele branca, tendo como nível de escolaridade predominante 36,2% 5ª a 8ª serie incompletos. Conclusão Se faz necessário a intensificação de ações de prevenção na área urbana para conscientização de prevenção a mulheres e estimulação de procura do serviço de saúde ao sexo masculino.

PALAVRAS-CHAVE: Adoecimento, IST's, comunidade.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS NOTIFIED WITH HIV, SYPHILIS AND VIRAL HEPATITIS IN PINHÃO-PR

ABSTRACT: Introduction Sexually transmitted infections are a major challenge for public health, given that the search for diagnosis and treatment ends up being late. The understanding of vulnerability in illness due to sexually transmitted infections is crucial for public health in triggering prevention and care organization actions. Objectives To survey data on sexually transmitted infections in the municipality of Pinhão Methodology Exploratory research Results The prevalence of cases in HIV, syphilis and viral hepatitis was 38% of young adults, 74% of whom were female, 71.2% were residents of the city. urban area, 63% with white skin color, with a predominant level of education 36.2% 5th to 8th grade incomplete. Conclusion It is necessary to intensify prevention actions in the urban area to raise awareness of prevention for women and stimulate the demand for health services for men.

KEYWORDS: Sickness, IST's, community.

1 | INTRODUÇÃO

O desafio em tratar IST's é grande, sendo relativo ao aspecto cultural e gênero, pois homens costumam freqüentar menos os serviços de saúde, do que as mulheres, com o aumento de infecções em pessoas heterossexuais, “há um pressuposto de que, ao assumir tais valores na vida cotidiana, homens e mulheres estariam protegidos do risco de se infectar” Maia (2007, p.03). A exposição de doenças está relacionada a vários fatores, sendo sociais, econômicos e culturais, a análise do contexto social e cultural é fator importante para definir o perfil do usuário que esta sendo atendido, assim avalia Souza e Garcia (2010, p.11);

“no plano social, a vulnerabilidade diante das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e ao HIV/ AIDS e outros agravos é mediada: pela noção de cidadania e de direitos, em especial, o direito humano a saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito á livre orientação sexual e reprodutivos e o direito á livre orientação sexual; pelo repertorio de crenças e valores relacionados ao exercício da sexualidade, ao processo saúde/ doença/ cuidado; pelos sentidos e significados sociais atribuídos ao pertencimento étnico e racial, a masculinidade, á feminilidade e as identidades de gênero, a idade, denominação religiosa, dentre outras dimensões”.

Entender o processo saúde-doença das pessoas se faz necessário na busca por fatores que influenciam na saúde da população, e como fala Campos (2003, p. 578), “os determinantes que afetam a saúde da população, sejam eles sociais, ambientais, epidemiológicos, e sanitários, com este novo olhar levam em conta os fatores no desenvolvimento e perpetuação dos problemas”.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório através de dados do programa Sistema de Informação de Notificação e Agravos Nacional, no município de Pinhão - Pr.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 mostra as variáveis de jan 2008 a dez 2016, que indicam a prevalência de casos de notificação compulsória em adultos jovens, do sexo feminino, sendo a cor branca predominante, com residência na área urbana e tendo como grau de escolaridade 5ª a 8ª série incompletos.

Variável	Nº casos	%
Faixa etária		
15-19	8	8.2%
20-34	37	38.1%
35-49	20	20.7%
50+	32	33.0%
Total	97	100%
Sexo		
Masc	25	25.8%
Fem	72	74.2%
Total	97	100%
Cor/raça		
Branca	62	63.9%
Parda	19	19.6%
Preta	16	16.5%
Total	97	100%
Área de residência		
Urbana	69	71.2%
Rural	28	28.8%
Total	97	100%
Grau de escolaridade		
Analfabeto	8	8.2%
1ª a 4ª incompleta	23	23.7%
4ª completa	10	10.3%
5ª a 8ª incompleto	35	36.2%
Fund. completo	7	7.2%
Ens. médio completo	7	7.2%
Educação superior	7	7.2%
Total	97	100%

Tabela 1- Número de casos de interesse nacional de HIV, sífilis e hepatites virais e suas variáveis.

Fonte: Sinan, 2017.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infecções sexualmente transmissíveis são agravos a saúde pública que necessitam de ampla pesquisa e debate a fim de nortear novas estratégias para conscientização e prevenção, bem como diagnóstico em tempo oportuno.

A prevalência de casos no sexo feminino indica que a mulher procura mais o serviço de saúde, sendo preocupante a baixa notificação do sexo masculino.

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, onde a primeira se deu através

da análise dos dados obtidos a partir dos sistemas, e a segunda através da aplicação de questionário estruturado junto a homens e mulheres da comunidade para levantamento de possíveis fatores que influenciam na vulnerabilidade em adoecer por IST's.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a minha família que sempre se faz presente, apoiando em todas as decisões da minha vida, fazendo com se torne mais leve o caminhar do aprendizado.

REFERÊNCIAS

Campos, C.E.A, O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ. 2003. Rio de Janeiro; p. 569- 584. Disponível em: < [http:// www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/ a18v08n2.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf)>. Acesso em: 04 agost. 2017,16: 00.

Ensslin, S. R, Dutra A, Duarte C.S, Bortoluzzi S.C, Ripoll-Feliubv. M. A avaliação de desempenho como proposta para gestão das equipes do programa brasileiro "Estrategia da Saúde da Família" (ESF). Dossier. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia) enero-junio de 2014; p.10-25, 13 (26). Disponível em: <[http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?vid=20&id=f037cbf1-1f59-472f\\$hid=125&data==Jmxhbmc9cHQYnImc2lOZT1laG9zdC1saXZl#db=aph&AN=9797599801](http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?vid=20&id=f037cbf1-1f59-472f$hid=125&data==Jmxhbmc9cHQYnImc2lOZT1laG9zdC1saXZl#db=aph&AN=9797599801)>. Acesso em: 28 agost.2017, 22:03.

Maia, C, Guilhem, D, Freitas, D, Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. Departamento de Enfermagem. Faculdade de Ciências da Saúde. Revista de Saúde Pública, Universidade de Brasília, DF, Brasil. 2008. Vol. 42. 242-248.

Souza, M.F, Garcia, S. Vulnerabilidades ao HIV/ AIDS no Contexto Brasileiro: iniquidade de gênero, raça e geração. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. 2010. São Paulo, SP. Vol.19, p. 9-20.

CAPÍTULO 17

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS NO BRASIL NOS ANOS DE 2015 A 2020

Data de aceite: 02/08/2021

Thaynara Pinheiro Araújo

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Santa Inês-MA
<http://lattes.cnpq.br/2223510965531615>
ORCID: 0000-0002-5256-5738

Sandra Regina Matos da Silva

Mestranda em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luís-MA
<http://lattes.cnpq.br/2920723875857713>
ORCID: 0000-0002-3771-4088

RESUMO: INTRODUÇÃO: A hanseníase é uma doença de origem antiga, no século 6 a.C., já havia referências. É considerada um problema de saúde pública, devido a sua capacidade de causar incapacidade física, social e econômica. Possui predominância em países tropicais, sua maior incidência se dá em regiões onde as condições relacionadas a saúde são mais precários e coexistem, entende-se que condições socioeconômicas corroboram com o perfil epidemiológico da doença. **OBJETIVO:** Realizar um levantamento epidemiológico dos casos de hanseníase no Brasil no período de 2015 a 2020. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa aconteceu entre os meses de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021, os dados foram extraídos da plataforma do DATASUS nos anos

de notificação de 2015 a 2020. **RESULTADOS:** Foram notificados 198.478 casos de Hanseníase no Brasil, sendo a média anual de 33.080 casos, a maior frequência de casos se deu no ano de 2018 (n=36.977 casos, 18,6%) e a menor ocorrência em 2020 (n= 19.478 casos, 9,8%), o sexo com maior notificação, foi o masculino com 56,89% (n=112,922) e a faixa etária mais prevalente foi entre 50 e 59 anos com 19,13% (n=37.975). **CONCLUSÃO:** Este estudo teve grande relevância em relação ao conhecimento do perfil epidemiológico da hanseníase no país, sendo eminente para possíveis soluções aos problemas de saúde pública, visando contribuir para formas de intervenções ainda mais eficazes de acordo com cada perfil de risco.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Brasil; Epidemiologia.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CASES NOTIFIED IN BRAZIL IN THE YEARS 2015 TO 2020

ABSTRACT: INTRODUCTION: Leprosy is a disease of ancient origin, in the 6th century BC, there were already references. It is considered a public health problem, due to its ability to cause physical, social and economic incapacity. It predominates in tropical countries, its highest incidence occurs in regions where health-related conditions are more precarious and coexist, it is understood that socioeconomic conditions corroborate the epidemiological profile of the disease. **OBJECTIVE:** To carry out an epidemiological survey of leprosy cases in Brazil from 2015 to 2020. **METHODOLOGY:** This is a

descriptive, cross-sectional epidemiological study with a quantitative approach. The research took place between the months of December 2020 to February 2021, the data were extracted from the DATASUS platform in the notification years 2015 to 2020. RESULTS: 198,478 cases of Hansen's disease were reported in Brazil, with an annual average of 33,080 cases, the highest frequency of cases occurred in 2018 (n = 36,977 cases, 18.6%) and the lowest occurrence in 2020 (n = 19,478 cases, 9.8%), the sex with the highest notification, was the male with 56.89% (n = 112.922) and the most prevalent age group was between 50 and 59 years old with 19.13% (n = 37.975). **CONCLUSION:** This study had great relevance in relation to the knowledge of the epidemiological profile of leprosy in the country, being eminent for possible solutions to public health problems, aiming to contribute to forms of even more effective interventions according to each risk profile.

KEYWORDS: Leprosy; Brazil; Epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença de origem antiga, no século 6 a.C., já havia referências, acredita-se que a doença tenha surgido no Oriente, pois há registros de casos há mais de 4000 anos, na China, Egito e Índia. Sendo espalhada pelo mundo por tribos nômades ou por navegadores, como os fenícios. É uma doença causada pelo *Mycobacterium leprae* - um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), Gram-positivo, intracelular obrigatório e não cultivável (COSTA,2018).

É considerada um problema de saúde pública, devido a sua capacidade de causar incapacidade física, social e econômica. Por se tratar de uma doença crônica infectocontagiosa com evolução lenta, é necessária uma atenção redobrada aos casos, sendo a descoberta precoce a melhor opção para beneficiar os acometidos ao tratamento. Afeta a derme e os nervos periféricos, causando manchas na pele, com maiores prevalências as hipocrômicas com perda total ou parcial de sensibilidade (JUNIOR,2021).

Possui predominância em países tropicais, sua maior incidência se dá em regiões onde as condições relacionadas a saúde são mais precários e coexistem, entende-se que condições socioeconômicas corroboram com o perfil epidemiológico da doença. Nos últimos anos o continente americano registrou aproximadamente 17,0% do total notificado em 2013, o Brasil foi responsável por 92,0%. Os casos no país se concentram nas regiões com maiores índice de pobreza Norte, Centro-Oeste e Nordeste (MONTEIRO,2017).

A hanseníase é uma enfermidade com muitos estigmas, possui conotação histórica bíblica, onde é possível observar o desprezo que as pessoas tinham pelos acometidos na época, por ser uma doença contagiosa e que não tinha cura. Eram estigmatizados devido às deformidades e acreditava-se que era algum tipo punição. No contexto atual ainda persiste o estigma, estando associada à um contexto de vulnerabilidade social e em sua grade maioria o desconhecimento acerca da patologia, dificultando a adesão ao tratamento (NAAZ et al., 2017).

Por se tratar de doença com evolução insidiosa, é determinada por um período de incubação que pode variar de dois a cinco anos, acometendo os indivíduos provocando situações clínicas de incapacidade. Quando sua classificação, clinicamente a hanseníase pode se manifestar de 4 formas e se caracteriza quanto ao aspecto, quantidade e gravidade das lesões sendo elas: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana (BRASIL, 2009).

Existe também, a classificação quanto a operação diagnóstica, a Tuberculóide e Indeterminada são classificadas como paucibacilares, enquanto a Virchowiana e Dimorfa são classificadas como multibacilares. Sendo assim, identificar a incidência e a prevalência da doença, suas formas clínicas e classificação operacional, possui uma grande relevância, visto que são informações significativas para adotar medidas que evitem o agravo da doença em pessoas já portadoras (SILVA, 2019).

Para a realização do diagnóstico o profissional especializado observa as manifestações clínicas da doença, juntamente com a histopatologia e baciloscopia das lesões, e no momento do diagnóstico já é feita a classificação da doença de acordo com a quantidade de lesões encontradas, sendo paucibacilar quando há até cinco lesões de pele e multibacilar na presença de mais de cinco lesões de pele (RIBEIRO, 2018).

É importante ressaltar que logo após um caso diagnosticado da doença recomenda-se realizar imediatamente a investigação epidemiológica, já que os contatos próximos do doente são mais suscetíveis à contaminação. Ter conhecimento da epidemiologia da Hanseníase no Brasil é importante, pois permite verificar se as políticas públicas de saúde propostas pelo Ministério da Saúde estão sendo eficazes e alcançando as metas estabelecidas. Diante disso, este estudo teve por objetivo realizar um levantamento epidemiológico dos casos de hanseníase no Brasil no período de 2015 a 2020.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa aconteceu entre os meses de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021 e os dados foram obtidos através do levantamento do universo de registros da produção de dados sobre as notificações compulsórias de hanseníase, dos quais foram extraídos no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Para realizar a coleta foram utilizadas algumas variáveis, compostas por informações descritivas e analíticas, referentes a macrorregiões, sexo, faixa etária, raça, escolaridade, modo de entrada, forma clínica, classificação operacional, quantidade de lesões cutâneas e alta dos pacientes, no período de 2015 a 2020, que buscaram compreender o desenvolvimento da hanseníase no Brasil.

Para tabulação e consolidação dos dados foi utilizado o programa Microsoft Office

Excel 365. O referido trabalho dispensou a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de análise de dados epidemiológicos em domínio público, estando de acordo com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que disciplina as pesquisas realizadas com seres humanos.

3 | RESULTADOS

No período de 2015 a 2020 foram notificados 198.478 casos de Hanseníase no Brasil, sendo a média anual de 33.080 casos, a maior frequência de casos se deu no ano de 2018 (n=36.977 casos, 18,6%) e a menor ocorrência em 2020 (n= 19.478 casos, 9,8%), em relação a região mais atingida o Nordeste esteve em primeiro lugar em número de casos em todo os anos, totalizando 84.312 casos (42,5%) e em segundo lugar a região Centro-Oeste com 41.775 casos (21%) e logo em seguida a região Norte com 38.783 (19,5%).

Na tabela abaixo, consta as principais características sociodemográficas dos casos notificados no Brasil.

Características	n (198.478)	%
Sexo		
Feminino	85.543	43%
Masculino	112.922	56,89%
Ignorado	13	0,01%
Faixa Etária		
≤1	3	0,00%
1 a 19	20.002	10,07%
20 a 29	21.380	10,77%
30 a 39	34.100	17,18%
40 a 49	37.771	19,03%
50 a 59	37.975	19,13%
60 a 69	28.699	14,46%
70 a 79	13.840	6,97%
≥ 80	4.702	2,37%
Ignorado	6	0%
Raça		
Branca	46.749	23,55%
Parda	117.275	59,09%
Preta	24.760	12,47%
Indígena	900	0,45%
Amarela	1.975	1,00%

Ignorado	6.819	3,44%
Escolaridade		
Analfabeto	17.612	8,87%
1ª a 4ª série incompleta	39.189	19,74%
4ª série completa	14.258	7,18%
5ª a 8ª série incompleta	29.396	14,81%
Ensino Fundamental completo	12.061	6,08%
Ensino Médio incompleto	12.763	6,43%
Ensino Médio completo	25.579	12,89%
Ensino Superior incompleto	2.876	1,45%
Ensino Superior completo	6.668	3,36%
Não se aplica	1.294	0,65%
Ignorado/Branco	36.783	18,53%

Tabela 1. Características sociodemográficas dos casos de hanseníase notificados no país. Brasil, 2015-2020.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net.

O sexo com maior notificação, foi o masculino com 56,89% (n=112,922) dos casos, sendo prevalente em todas as regiões brasileiras dentro do período pesquisado, sendo Norte (60,4%), Nordeste (56,1%), Sudeste (57,2%), Sul (61%) e Centro Oeste (54,3%), a média entre as regiões foi 57,8% dos casos para o sexo masculino. O sexo feminino contou com 43% (n=85,543) dos casos no Brasil e com média entre as regiões de 42,2%.

A faixa etária mais prevalente foi entre 50 e 59 anos com 19,13% (n=37.975), dentre as outras mais acometidas respectivamente são: entre 40 a 49 anos (n=37.771, 19,03%), 30 a 39 anos (n= 34.100, 17,18%) e 60 a 69 anos (n=28,699, 14,46%). É importante ressaltar o número expressivo entre as faixas etárias de 1 a 19 anos (n= 20.002, 10,07%) e 20 a 29 anos (n= 21,380, 10,77%), uma população nova, porém também consideravelmente acometida.

Com relação a raça, predominou a raça parda com 117.275 casos (59,09%), em seguida a raça branca com 46.749 casos (23,55%) e a raça preta com 24.760 dos casos (12,47%). A escolaridade contou com a maior prevalência de casos entre as pessoas que possuíam a 1ª e 4ª série incompleta representando 19,74% dos casos e 18,53% dos casos tiveram a informação ignorada, em seguida as populações mais acometidas foram as que 5ª a 8ª série incompleta (14,81%) e o ensino médio completo (12,89%).

Na tabela 2 teremos as informações quanto as características clínicas das notificações realizadas.

CARACTERÍSTICAS	n	%
MODO DE ENTRADA		
CASO NOVO	157.412	79,31%
TRANSFERÊNCIA	15.218	7,67%
RECIDIVA	9.562	4,82%
OUTRAS FORMAS	15.780	7,95%
IGN/BRANCO	506	0,25%
CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL DIAG.		
PAUCIBACILAR	43.728	22,03%
MULTIBACILAR	154.510	77,85%
IGN/BRANCO	240	0,12%
FORMA CLÍNICA		
INDETERMINADA	22.470	11,32%
TUBERCULOÍDE	23.523	11,85%
DIMORFA	98.968	49,86%
VIRCHOWIANA	34.772	17,52%
NÃO CLASSIFICADA	11.549	5,82%
IGN/BRANCO	7.197	3,63%
LESÕES		
INFORMADO 0 OU 99	25.917	13,06%
LESÃO ÚNICA	40.268	20,29%
2-5 LESÕES	58.956	29,70%
> 5 LESÕES	73.337	36,95%
ESQUEMA TERAPÊUTICO NOTIFICADO		
PQT/PB/6 DOSES	43.188	21,76%
PQT/PB/12 DOSES	151.146	76,15%
OUTROS ESQUEMAS SUBSTITUTOS	3.600	1,81%
IGN/BRANCO	544	0,27%

Tabela 2. Características clínicas dos casos de hanseníase no Brasil (2015-2020).

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net.

O principal modo de entrada das notificações foi de caso novo representando 79,31% (157.412) dos casos, uma quantidade bem expressiva, as recidivas representaram 7,95% (n=15.780). Dentre as formas de classificação operacional, a Multibacilar é a mais prevalente com 77,85%(n=154.510) dos casos, já Paucibacilar conta com 22,03% (n=43.728) dos casos.

A forma clínica com maior número de notificação foi a Dimorfa com 49,86% dos casos, logo em seguida temos a Virchowiana com 17,52%, a Indeterminada e a Tuberculoíde se encontravam com porcentagens parecidas respectivamente 11,32% e 11,85%, a maioria

dos casos apresentavam um número superior ao 5 lesões na pele, sendo 39,95% e o esquema terapêutico mais utilizado foi o PQT/12 DOSES com 76,15% dos casos.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo nos traz uma abordagem da situação epidemiológica que se encontram os casos de Hanseníase na população brasileira, no período de 2015 a 2020 foram notificados na plataforma do DATASUS um total de 198.478 casos, desses casos a sua grande maioria se concentrava nas regiões com índices de desenvolvimento socioeconômico considerados baixos, que são as regiões nordeste, norte e centro-oeste.

Em um estudo realizado no sul de Santa Catarina, informa a prevalência dos casos no Brasil entre os anos de 2014 a 2016, afirmam que das 5 regiões apenas duas regiões tiveram prevalência menor que 1 caso para 10 mil habitantes que foram a região Sul, com uma taxa de 0,3, seguida da região Sudeste, com a taxa de 0,4. As regiões Centro-oeste, Norte e Nordeste apresentaram taxas superiores a 1 (3,2; 2,3 e 1,7, respectivamente), trazendo respostas sobre o porquê de essas regiões estarem sendo as mais afetadas, relacionando a prevalência com as desigualdades sociais dessas regiões quando comparadas às demais (COSTA,2018).

Diante disso, entendemos por que a Hanseníase é um problema grave de saúde pública e como é necessário investimento adequado em saúde para a população e condições favoráveis para a prestação de atendimento, para que possuam um acesso maior aos serviços de saúde, investindo cada vez mais em informação à população e aos profissionais de saúde, para que trabalhem juntos contra a doença, realizando diagnósticos precoce, para diminuir as chances de evolução da hanseníase.

O sexo masculino foi o com maior número de notificações representando 56,89% dos casos, uma das explicações para isso é ainda a cultura em que os homens não praticam o autocuidado, ou seja, possuem uma preocupação menor com sua saúde quando comparado com as mulheres, possuem o costume de demorar a buscar o serviço de saúde, acreditam ser normais ou não percebem as primeiras manifestações da doença, que normalmente aparecem em forma de manchas, e ainda não possuem o hábito de aceitação ao tratamento ou de realizarem o retorno às consultas (VELOSO,2018).

Existem alguns autores que comprovam que há um contato social maior entre homens, sendo assim, facilitando a sua frequente exposição a ambientes de risco, o que favorece ao aumento de casos, acredita-se eu uma das medidas para solucionar essa e outras situações relacionadas a cultura masculina de não tratar da saúde seriam políticas específicas para esse grupo, contribuindo para diagnósticos precoces e tratamento eficaz das doenças (SILVA et al, 2019).

Com relação a faixa etária, a maioria dos casos se concentrou entre 20 a 59 anos, fator que deve ser analisado com atenção, visto que, a população mais afetada é

justamente a população que possui forte poder sobre as atividades trabalhistas que geram lucro e ativam a economia, ter pessoas com esse perfil, homens e dessa faixa etária, significa que teremos deficiência na economia do país, pois a Hanseníase possui grandes impactos sobre as condições físicas e psicológicas dos paciente, resultando muitas vezes em afastamento (COSTA,2018).

A raça parda foi prevalente nos casos notificados e em todas as formas clínicas, sendo 59,09% dos casos no Brasil, e dentro do contexto racial a forma clínica com maior notificação foi a Dimorfa com 49,86% e com relação a escolaridade a maioria dos casos foi em pacientes que possuíam apenas a 1ª a 4ª série incompleta, que no Brasil também possui prevalência dos casos principalmente nessa faixa etária, sendo 19,74% (UCHÔA,2017).

A classificação operacional e a forma clínica dizem muito sobre com a doença estar se desenvolvendo dentro da população, a principal classificação diagnóstica foi a multibacilar com 77,85% dos casos, em sua grande maioria em casos novos. Os pacientes multibacilares são os transmissores da doença e quando comparado ao número de doentes paucibacilares, entendemos o porquê do resultado do contato com os doentes transmissores, a maioria dos doentes ainda são os que mais transmitem a doença, gerando uma enorme quantidade de casos novos, que no presente estudo representa 79,31% dos casos (SILVA et al, 2019).

A maioria dos casos apresentaram mais de 5 lesões na pele, o que significa que ainda estamos tendo um diagnóstico tardio da doença, refletindo na disseminação dos casos e na dificuldade do tratamento, no qual grande parte faz o esquema terapêutico de 12 doses, ou seja 1 ano de tratamento. Com isso, deve-se investir em medidas de saúde de pública, em informação, pois além de facilitar o diagnóstico precoce e o tratamento, diminui o preconceito, pois a partir do momento em que o paciente começa o seu esquema terapêutico ele já não é mais um disseminador da doença (COSTA,2018).

É importante salientar que o ano de 2020 foi o ano do período estudado com menor número de notificação, uma das hipóteses para essa situação, é o período vigente de pandemia, já sabemos que o tratamento e a procura para atendimento já possui seus déficits e no cenário vivenciado acredita-se que trouxe ainda mais complicação, podendo refletir em 2021 um aumento no número de casos novo, abandono de tratamento e até recidivas.

5 | CONCLUSÃO

Com esse estudo foi possível analisar o quanto a Hanseníase ainda é prevalente na nossa população e que ainda persistem as diferenças entre as regiões, pois ainda há uma concentração nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, o que com os estudos epidemiológicos é possível monitorar com frequência. Compreende-se que o Brasil, no período estudado, teve um percentual elevado de casos e comprovou-se que indivíduos

do sexo masculino são os mais acometidos, sendo que a fase adulta ainda lidera e na sequência os idosos, sendo importante verificar a quantidade de casos em pessoa com idade de 15 ou inferior, pois indica que há uma grande disseminação da doença.

Este teve grande relevância em relação ao conhecimento do perfil epidemiológico da hanseníase no país, sendo eminente para possíveis soluções aos problemas de saúde pública, dentro desse cenário é possível sugerir aos gestores de saúde a realização de planos cada vez melhores, de acordo com a necessidade da população, levando informações sobre a doença e realizando ações estratégicas principalmente no setor de Estratégia e Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica: Série A normas e manuais técnicos. 7ª ed. Brasília, 2009.

COSTA, Joana Cazarotto da. Perfil epidemiológico da Hanseníase no Brasil nos anos de 2014 a 2016. **Medicina-Tubarão**, 2018.

JÚNIOR, Luiz César Gerotto et al. A evolução da hanseníase no Brasil e suas implicações como problema de saúde pública. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 1951-1960, 2021.

MONTEIRO, Lorena Dias et al. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 70, 2017.

NAAZ, Farah et al. Desafios além da eliminação na hanseníase. **Jornal internacional de micobacteriologia**, v. 6, n. 3, pág. 222, 2017.

RIBEIRO, Mara Dayanne Alves; SILVA, Jefferson Carlos Araujo; OLIVEIRA, Sabrynna Brito. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e42, 2018.

SILVA, Camila Maria Freitas da et al. Perfil e epidemiologia da hanseníase em Alagoas nos anos 2016 e 2017. **PUBVET**, v. 13, p. 176, 2019.

VELÔSO, Dilbert Silva et al. Perfil clínico epidemiológico da hanseníase: uma revisão integrativa. 2018.

UCHÔA, R. E. M. N. et al. Perfil clínico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase. **Rev enferm UFPE**, v. 11, n. 3, p. 1464-72, 2017.

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES ATENDIDOS POR AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM DERMATOLOGIA NO NORTE DO ESTADO DO TOCANTINS

Data de aceite: 02/08/2021

Debora Magalhães Brige
Centro Universitário UNITPAC

Isabella Gonçalves Silva
Centro Universitário UNITPAC

Silvestre Júlio Souza Silveira
Centro Universitário UNITPAC

XVIII Jornada Científica do ITPAC - ISSN: 1983 -5256

RESUMO: As demandas em dermatologia têm aumentado impelindo a necessidade de se estudar cada vez mais essa área. Foi realizado um estudo descritivo, de caráter retrospectivo, transversal, com análise de prontuários médicos, englobando 137 indivíduos de 2018 a 2019, objetivando estudar o perfil dos atendimentos em questão. Desses 70,08% (n=96) eram do sexo feminino, 29,92% (n=41) eram do sexo masculino. A maioria dos pacientes que foram encaminhados ao ambulatório (n=51, 37,23%) tinha entre 20 e 40 anos de idade. Dentre as lesões elementares relatadas, a mais frequente foi a mácula (49,8%, n=68). Os diagnósticos mais frequentes foram de dermatofitoses, seguidas de dermatite atópica. Apenas 15,33% (n=21) dos pacientes retornaram e desses 66,67% (n=14) tiveram cura. O estudo mostra uma prevalência de jovens mulheres nas consultas, com predomínio de lesões infecciosas e de atopias, corroborando com o perfil de uma região com alta prevalência

de doenças infectocontagiosas e com baixo nível socioeconômico.

PALAVRAS-CHAVE: Dermatologia. Ambulatório. Epidemiologia.

CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS SERVED BY REFERENCE AMBULATORY IN DERMATOLOGY IN NORTHERN TOCANTINS STATE

ABSTRACT: Demands in dermatology have increased, driving the need to study this area more and more. A descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted, analyzing medical records, comprising 137 individuals from 2018 to 2019, aiming to study the profile of the care in question. Of these 70.08% (n = 96) were female, and 29.92% (n = 41) were male. Large proportion of these patients (n = 51, 37.23%) were between 20 and 40 years old. Among the reported elemental lesions, the most frequent was the macula (49.8%, n = 68). The most frequent diagnoses were dermatophytosis, followed by atopic dermatitis. Only 15.33% (n = 21) of the patients returned and of these 66.67% had cure. The study shows a prevalence of young women in consultations, with a predominance of infectious lesions and atopy, corroborating the profile of a region with a high prevalence of infectious diseases and low socioeconomic status.

KEYWORDS: Dermatology. Ambulatory. Epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

Apesar de considerada frequência, os problemas da pele têm tendência a pouca valorização, principalmente no âmbito da saúde pública, devido a sua baixa letalidade e morbidade subestimada, problemática essa a ser abordado no trabalho (MIYUKIIDA et al, 2011). Em razão desse contexto, pontua-se a relevância do estudo dessas entidades nosológicas.

A discussão desse trabalho possibilitará aos profissionais envolvidos nessa área a identificação das principais afecções que levam a procura de dermatologista na cidade de Araguaína. De frente a essa demanda, objetivou-se estudar o perfil de demandas em saúde dos pacientes atendidos por ambulatório de dermatologia em cidade de referência no norte do Tocantins com o objetivo de estabelecer opções terapêuticas mais concisas e efetivas frente aos problemas mais frequentes e patologias prevalentes.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

A pele é, de diversas formas muito importante: é uma barreira sensível entre o organismo e o meio externo, é essencial para controlar a perda de água e calor e possui junções de defesa contra infecções, assim como propriedades protetoras contra agentes irritantes, alérgenos e a radiação (MARTINI; TIMMONS; TALLITSCH, 2009). As doenças que acometem esse órgão são muito comuns e afetam aproximadamente 20% a 33% da população em qualquer momento (GOMES et al, 2012).

Além disso, os cânceres de pele são os tumores malignos que mais acometem a população caucasiana a cada ano (FACINA, 2014). A maioria das dermatoses não representa risco à vida, mas efeitos psicológicos das anomalias cutâneas relativamente menores frequentemente causam mais desconforto do que outras enfermidades graves (SILVA; CASTOLDI; KIJNER, 2011).

Quando se observa os países em desenvolvimento, estima-se que as consultas dermatológicas sejam responsáveis por 10% de todas as consultas ambulatoriais (GOMES et al, 2012). Apesar disso, os problemas da pele têm tendência a pouca valorização, principalmente no âmbito da saúde pública e, muitas vezes, subestima-se sua morbidade e importância na área médica (DIEPGEN, 2010).

Nesse ínterim, é sabido que a dermatologia vem progressivamente, mudando de cara, tanto como disciplina clínica, quanto como disciplina de pesquisa. Clinicamente, tem-se experimentado uma rápida expansão da dermatologia cirúrgica e cosmética. Pesquisas sobre a pele se transformaram em um terreno favorável para cientistas que vêm usando a pele como um órgão/tecido facilmente acessível para o estudo de fisiologia básica e/ou processos patológicos em nível celular e molecular (MANELA-AZULAY et al, 2010)

Estudantes de medicina e médicos necessitam de um contato com esse fazer ciência no âmbito clínico, de maneira que lhes permita compreender princípios fundamentais de

biologia e também a força das novas tecnologias e sua tradução e aplicabilidade na medicina clínica (STINGL, 2010). Desse contexto, da importância de abordar esses conceitos ainda na formação em medicina, torna-se relevante a discussão de trabalhos como esse dentre os estudantes de medicina e interessados da área da saúde.

Os pacientes de dermatologia podem apresentar problemas de saúde configurados como doenças graves. O acesso a esses grupos específicos remete à concepção de equidade no sentido de serem organizadas ações a segmentos socialmente desiguais com vista à superação de desigualdades (ASSIS; JESUS, 2015). Dessa forma, surge a necessidade de se estudar cada vez mais as demandas nessa área a fim de oferecer uma prestação de serviço com mais qualidade e eficiência e ações direcionadas.

3 | METODOLOGIA (MATERIAIS E MÉTODOS)

Foi realizado um estudo descritivo, de caráter retrospectivo, pautado em revisão e pesquisa de prontuários médicos, transversal, de análise quali-quantitativa, documental e englobado em um estudo verídico. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos, apreciado e aprovado, sob número do CAAE: 03624818.8.0000.0014. A especialidade de abrangência do respectivo trabalho foi a área da Medicina, especialidade de Dermatologia.

O universo da pesquisa abrangeu a totalidade de indivíduos do ambulatório de dermatologia do UNITPAC, tendo sido selecionados aqueles que obedecessem aos critérios de inclusão do trabalho, que foram: pacientes com fichas completas, anotações de prontuários legíveis, e que tivessem sido atendidos pela primeira vez com ou sem retorno. A amostra foi constituída de 137 indivíduos na pesquisa, que foram atendidos no período de 2018 a 2019. O instrumento utilizado foi uma ficha de análise e investigação. Os dados colhidos foram tabulados em planilha do programa Excel e analisados por meio de estatística simples no próprio programa de tabulação, onde foram obtidas as frequências relativas, absolutas, médias e outras medidas de tendência central.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados dados de 137 indivíduos durante o período avaliado. Desses 70,08% (n=96) eram do sexo feminino, 29,92% (n=41) eram do sexo masculino. A maioria dos pacientes que foram encaminhados ao ambulatório (n=51, 37,23%) tinham entre 20 e 40 anos de idade, e 26,28% (n=36) tinham entre 0 e 20 anos. Quanto à localização de moradia, 129 indivíduos (94,16%) habitavam em zona urbana, e apenas 5,11% em zona rural (n=7). Dentre as lesões elementares relatadas, a mais frequente foram as máculas (49,8%, n=68), seguida das pápulas (19,8%, n=27) e nódulos (8,02%, n = 11).

Os diagnósticos mais frequentes foram de dermatofitoses (12,41%, n=17), seguidas

do diagnóstico de dermatite atópica (11,68%, n=16) e nevus melanocítico (9,49%, n=13). No período avaliado, apenas um paciente teve diagnóstico de neoplasia maligna da pele (carcinoma espinocelular) que foi referenciada para hospital terciário. O hemangioma representou importante diagnóstico em crianças, todos os 3 casos tiveram regressão durante o período de acompanhamento. Os casos de acne representaram apenas 5,84% (n=8), todos de grau 1, acne comedoniana. Desses apenas 1 retornou e teve sucesso com o tratamento no segundo retorno. Apenas 15,33% (n=21) dos pacientes retornaram e desses 66,67% (n=14) tiveram cura. A melanose solar também foi queixa frequente, com sucesso no tratamento de todos os 5 casos (3,65%).

Outros diagnósticos também foram feitos, como hanseníase, sífilis secundária, alopecia androgênica, herpes, vitiligo, escabiose, ceratose actínica, granuloma piogênico, leishmaniose, amiloidose, leucodermia, miliária, cisto folicular, rosácea, cisto sinovial, mas representaram menos de 3% dos casos. Os itens mais prescritos foram os hidratantes de pele (22,46%), seguido dos antimicóticos tópicos e orais (12,41%) e corticoides tópicos (10,15%). 4.

Existe uma tendência a não valorizar as informações em saúde no tocante à dermatologia devido à baixa letalidade dessas doenças, subestimando sua morbidade e importância como problema de saúde pública, realidade que se mostra mais presente ainda mais em regiões isoladas e muitas vezes negligenciadas como o norte do Tocantins (CUNHA, 2017).

O perfil de pacientes demonstra uma prevalência de jovens e mulheres nas consultas dermatológicas, com baixa escolaridade. Não foram frequentes os diagnósticos de neoplasias, predominando, no entanto, as doenças dermatológicas infecto-parasitárias e as atopias. Não se pode mensurar a adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos, uma vez que a maioria deles não retornou às consultas agendadas. Mas daqueles que retornaram, a maioria teve sucesso com a primeira terapêutica instituída. Os medicamentos mais prescritos foram os antimicóticos tópicos e orais, o que vai ao encontro do perfil de doenças dos pacientes em questão.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados corroboram com o perfil de uma região com alta prevalência de doenças infectocontagiosas e com baixo nível socioeconômico da população, que muitas vezes negligencia as queixas dermatológica e carece de informação em saúde. Com esse estudo é possível agora delimitar estratégias de orientação dos cuidados a esses pacientes e intervir de maneira ativa na comunidade, evocando a atenção para a importância das doenças dermatológicas e do seu tratamento completo.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865-2875, 2012.
- CUNHA, José Antônio Jabur da et al. Análise do perfil dos pacientes e das dermatoses abordadas em mutirão de cirurgia dermatológica: a importância do dermatologista na saúde pública. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 9, n. 3, p. 238-242, 2017.
- DIEPGEN, Thomas; CHEN, Suephy. Saúde pública em dermatologia. In: BOLOGNIA, Jean; JORIZZO, Joseph; RAPINI, Ronald. **Dermatologia: Bologna**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. Cap 123, pag 1903 – 1912.
- FACINA, Taís. Estimativa 2014–incidência de câncer no brasil. **Revista Brasileira Cancerologia**, v. 60, n. 1, p. 63-64, 2014.
- GOMES, Tatiana Maciel et al. Dermatologia na atenção primária: um desafio para a formação e prática médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.01, 2012.
- MANELA-AZULAY, Mônica et al. Métodos objetivos para análise de estudos em dermatologia cosmética. **An Bras Dermatol**, v. 85, n. 1, p. 65-71, 2010.
- MARTINI, Frederic H.; TIMMONS, Michael J.; TALLITSCH, Robert B. **Anatomia Humana-: Coleção Martini**. Artmed Editora, 2009.
- MIYUKIIDA, Tatiana et al. **Análise do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HU/UFSC**. 36 f. (Monografia apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina). Florianópolis, UFSC, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/121134/299763.pdf?sequence=1>. Acesso: 29 ago. 2019.
- SILVA, Anelise Kirst da; CASTOLDI, Luciana; KIJNER, Lígia Carangache. A pele expressando o afeto: uma intervenção grupal com pacientes portadores de psicodermatoses. **Contextos Clínicos**, v. 4, n. 1, p. 53-63, 2011.
- STINGL, Georg. Introdução a ciência básica. In: BOLOGNIA, Jean; JORIZZO, Joseph; RAPINI, Ronald. **Dermatologia: Bologna**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. Cap 1, pag 23 – 24.

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRAUMAS MAIS RECORRENTES NOS ACIDENTES POR MOTOCICLETAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 02/08/2021

Milena Ayumi Yamauchi

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
Chapecó – SC
<http://lattes.cnpq.br/8311063834536649>

Betânia Francisca dos Santos

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
Chapecó – SC
<http://lattes.cnpq.br/2481976300536394>

Anderson Medeiros Sarte

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
Chapecó – SC
<http://lattes.cnpq.br/1630891331272745>

Bruno Lazarin Koch

Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina
Chapecó – SC
<http://lattes.cnpq.br/6264011552123473>

Débora Tavares de Resende e Silva

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
Chapecó – SC
<http://lattes.cnpq.br/6093255618062496>

RESUMO: As mortes por acidentes de trânsito têm se tornado um problema de saúde pública no mundo não só pelo grande custo social, mas também, pelo número impactante desses eventos. Em consonância com isso, o Brasil é o quinto país com o maior registro de mortes no trânsito, além de ser a segunda maior causa evitável. Para tentar frear tais fatalidades, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS) tem

como objetivo qualificar e ampliar o acesso integral e humanizado oferecido aos usuários em condições de urgência e emergência, sendo estabelecido de forma ágil e oportuna, em todo o território nacional, o qual disponibiliza o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o amparo dessas vítimas. Além disso, é importante traçar um perfil epidemiológico das ocorrências para que seja possível a elaboração de estratégias de intervenção a fim de reduzir os desfechos trágicos. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é analisar e discutir os tipos de traumas mais recorrentes por motocicletas e o perfil epidemiológico das vítimas no estado de Santa Catarina ao longo dos anos, além de apresentar a RUE. As taxas brutas foram retiradas da base de dados público no DATASUS, coletando informações entre os anos 2016 a 2019, quanto ao número de óbitos em acidentes de transporte provocados por causas externas envolvendo motocicletas, por ocorrência envolvendo motocicletas, por faixa etária e por internações por causas externas em Santa Catarina. Tais dados foram coletados e discutidos. O perfil mais prevalente encontrado foi o jovem (entre 20 a 29 anos), masculino, de baixa escolaridade, sendo o tipo mais recorrente a colisão entre uma motocicleta e um automóvel pickup, seguido da colisão com veículos pesados como ônibus, o que contribui para a alta taxa de morbimortalidade. Além disso, os membros inferiores são os locais mais comuns de trauma e há uma discrepância entre a natureza das lesões mais comuns. Conclui-se, portanto, que o número de acidentes por motocicletas manteve-se elevado por todos os anos analisados, além do

perfil epidemiológico das vítimas repetir-se. Pode-se inferir, dessa maneira, ser um problema de saúde pública que necessita de medidas preventivas advindas da administração pública. Esse trabalho mostra-se importante para isso, uma vez que levanta os principais dados dos acidentes por motocicletas no estado de Santa Catarina.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes de trânsito; Motocicletas; Epidemiologia; Saúde Pública.

ABSTRACT: Deaths from traffic accidents have become a public health problem in the world not only because of the great social cost but also because of the impacting number of these events. In line with this, Brazil is the fifth country with the highest record of traffic deaths and the second largest preventable cause. To try to curb such fatalities, the Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) in the Sistema Único de Saúde (SUS) aims to qualify and expand the comprehensive and humanized access offered to users in urgent and emergency conditions, being established in a way agile and timely, throughout the national territory, which provides the Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) for the protection of these victims. In addition, it is important to draw an epidemiological profile of the events so that it is possible to design intervention strategies to reduce tragic outcomes. This way, the objective in this work is to analyze and discuss the most recurrent types of trauma caused by motorcycles and the epidemiological profile of victims in the state of Santa Catarina over the years, in addition to presenting the RUE. The raw rates were taken from the public database in DATASUS, collecting information between the years 2016 to 2019, regarding the number of deaths in transport accidents caused by external causes involving motorcycles, by occurrence involving motorcycles, by age group, and by hospitalization for external causes in Santa Catarina. Such data were collected and discussed. The most prevalent profile found was the young (between 20 and 29 years old), male, with low education, the most recurrent type being the collision between a motorcycle and a pickup car, followed by collision heavy vehicles such as buses, which contributes to the high morbidity and mortality rate. Furthermore, limbs are the most common sites of trauma and there is a discrepancy between the nature of the most common injuries. It was therefore concluded that the number of motorcycle accidents remained high for all the years analyzed, and the epidemiological profile of the victims was repeated. Thus, it can be inferred that it is a public health problem that requires preventive measures from the public administration. This work is important for this, as it raises the main data on motorcycle accidents in the state of Santa Catarina.

KEYWORDS: Accidents, traffic; Motorcycles; Epidemiology; Public Health.

1 | PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

As mortes por causas externas, de acordo com o Ministério da Saúde, ocupam o terceiro lugar nas principais causas de morte no Brasil, logo após doenças do aparelho respiratório e neoplasias (BRASIL, 2007). Entende-se por “causas externas” um evento não intencional e, assim, evitável, capaz de prejudicar fisicamente e/ou emocionalmente (OMS, 1997). Nesse sentido, os acidentes de trânsito, inclusive aqueles que envolvem motocicletas, são considerados parte dessa categoria, uma vez que se trata de um evento evitável.

Os eventos que se enquadram como causas externas geram muitos custos à

sociedade e causam impactos negativos na vida dos indivíduos (BRASIL, 2007). Dados do Ministério da Saúde (2019) apontam que, em 2017, foram registrados 182.838 internações decorrentes dos traumas, acarretando num gasto de R\$260,7 milhões para o Sistema Único de Saúde (SUS). Por esse panorama, é notável o significado do impacto causado pelos acidentes de trânsito e a necessidade de analisar seus dados de forma criteriosa, a fim de amenizá-los.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1997) os traumas causados por acidentes de trânsito podem ser tratados como um problema de saúde pública que precisa ser contido, a fim de interromper e reverter o número de mortos e feridos no trânsito. No delineamento desse problema ao longo dos anos, podemos destacar alguns fatores como o estado de manutenção da infraestrutura viária, as condições do veículo e o comportamento dos condutores, os quais são tópicos diretamente responsáveis pela gravidade dos sinistros (BRASIL, 2002). Ainda com o intuito de compreender os mecanismos que favorecem a ocorrência de acidentes com motocicletas, destaca-se também o cansaço, o trânsito intenso, a falta de educação no trânsito, além do aumento do uso deste tipo de veículo nas atividades laborais e lazer, o que está associado ao aumento da frota de motocicletas (DE JESUS, 2017).

O aumento no número de veículos automotores é observado no processo de motorização brasileira, e isso é uma tendência de vários estados da federação e, de acordo com o Mapa da Motorização Individual no Brasil - Relatório 2019, o qual compreende um estudo no período de 2008 a 2018, esse contexto envolve a aquisição de carros e motos. No entanto, chama atenção o aumento no número de motocicletas. Conforme esse estudo, o panorama foi influenciado, dentre outros fatores, pela melhora no perfil econômico do país. Nesse período, a frota de motos saiu de 13 milhões para 26,7 milhões e isso pode ser explicado pelas características desse meio de transporte, que é de fácil aquisição, econômico e ágil.

Os dados do IBGE apontam que, no ano de 2015 o estado de Santa Catarina possuía um total de 815.772 motocicletas. Em 2020, os números desses veículos registrados foram de 918.651. Se compararmos com o aumento percentual de outros estados, Santa Catarina está entre aqueles com menor incremento na frota. Na verdade, a região sul como um todo apresenta crescimentos menores, mas isso não nos permite inferir menor importância, principalmente quando se estuda criteriosamente o crescimento absoluto (RODRIGUES, 2019).

Em Chapecó (distrito de grande relevância para o Grande Oeste Catarinense), assim como outros municípios brasileiros, também está passando pelo processo de motorização individual e isso reflete na dinâmica do trânsito das cidades (MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE, 2016). Trata-se, portanto, de um município com quase 220.000 habitantes para um total de 174.091 veículos, dos quais 27.075 são motocicletas (IBGE, 2018). Esse retrato da motorização chapecoense, associado a fatores como infraestrutura

viária e o perfil dos usuários os quais serão objeto de estudo deste trabalho, parecem estar associados com o número de acidentes de trânsito.

Em relação aos óbitos, o Brasil ocupa a quinta posição entre os países recordistas em mortes no trânsito, sendo esses sinistros aqueles que ocupam a segunda causa de morte não natural evitável no país de acordo com o Retrato da Segurança Viária (RSV, 2017). Por isso, a preocupação quanto aos índices de acidentes de trânsito é recorrente em todos os estados brasileiros devido, não apenas ao grande número de óbitos, mas às sequelas físicas e emocionais das vítimas.

A faixa etária na qual se observa a maioria dos óbitos por ocorrência envolvendo motocicletas é dos 20 aos 29 anos para todos os anos em análise. Da faixa dos 30 aos 39 anos, verifica-se o segundo grupo etário de maior mortalidade em acidentes com motocicleta. Assim, os acidentados entre 20 e 39 anos correspondem a mais da metade de todos os óbitos envolvendo motocicletas entre os acidentes automobilísticos notificados em Santa Catarina, entre os anos de 2016 a 2019 (SCHNEIDER, 2017). Esse perfil de mortalidade de acordo com a idade, proveniente de sinistros envolvendo motocicletas também pode ser corroborado pela tabulação dos dados disponíveis no DATASUS, os quais podem ser observados na tabela 1, cujas informações são de 2016 a 2019 e as idades avaliadas vão desde os 5 anos, com intervalos etários de 4 anos idades, até nona década de vida.

Ano	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 e mais	Total
2019	1	-	38	104	69	52	46	46	50	36	20	13	3	1	2	2	483
2018	-	-	43	98	65	50	35	38	42	30	22	7	7	1	1	-	439
Ano	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 e mais	Total
2017	-	1	65	91	70	69	60	51	48	21	24	10	4	2	1	-	517
2016	-	3	58	101	75	54	47	42	44	31	27	11	12	3	2	-	510

Tabela 1. Número de óbitos por faixa etária determinante segundo Grupo CID10 por ocorrência envolvendo motocicletas em Santa Catarina (Brasil, 2016 a 2019).

Fonte: DATASUS, 2021 (adaptado).

Em Santa Catarina foram registradas 1.680 mortes em 2013, em decorrência de sinistros envolvendo motocicletas. Esses números fizeram com que o estado passasse a ocupar o 13º lugar no ranking de vítimas de acidentes com motocicletas. Além disso, no intervalo de 2007 a 2016, foi observado que o sexo masculino, com faixa etária entre 20 e 49 anos, somavam 81% das internações motivadas por acidente por motocicleta (GRANSOTTO FILHO, 2017). Em se tratando de óbitos nas rodovias federais desse mesmo

estado, os motociclistas figuram com 18% do total de mortes, dos quais 60% deles tinham até 40 anos (MARCON, 2017). Esse perfil de predomínio de mortalidade masculina em sinistros envolvendo motocicletas também pode ser corroborado pela tabulação dos dados disponíveis no DATASUS, os quais podem ser observados na tabela 2, cujas informações são de 2016 a 2019.

Ano	Masculino	Feminino	Ignorado	Total
2019	432	51	-	483
2018	404	35	-	439
2017	445	72	-	517
2016	450	60	-	510

Tabela 2. Número de óbitos em acidentes de transporte provocados por causas externas envolvendo motocicletas em Santa Catarina (Brasil, 2016 a 2019).

Fonte: DATASUS, 2021 (adaptado).

Outras conclusões mais específicas podem ser extraídas da Tabela 3, também construída com base no banco de dados do DATASUS, considerando o período de 2016 a 2019. Nela, é possível identificar que, a maioria dos óbitos de motociclistas está relacionado às ocorrências de colisões envolvendo motocicletas e automóveis pickup, seguida das colisões de motocicletas contra veículos de transporte pesado como ônibus. Devido à cinemática do trauma envolvida nessas ocorrências, as lesões provocadas nos motociclistas têm gerado uma alta morbimortalidade.

Ano	2019	2018	2017	2016
V20 Motociclista- trauma por colisão com pedestre ou animal	6	5	4	5
V21 Motociclista- trauma por colisão com veículo de pedal	2	2	2	-
V22 Motociclista - trauma por colisão com veículo motorizado de 2 ou 3 rodas	24	16	26	22
V23 Motociclista- trauma por colisão com automóvel pick up ou caminhonete	184	169	202	218
V24 Motociclista- trauma por colisão com veículo de transporte pesado (ônibus)	97	95	95	107
V25 Motociclista- trauma por colisão com trem ou veículo ferroviário	-	-	1	-
V26 Motociclista- trauma por colisão com outro veículo não-motorizado	-	-	-	-
V27 Motociclista- trauma por colisão com objeto fixo ou parado	77	57	69	66
V28 Motociclista- trauma por acidente de transporte sem colisão	42	46	52	43
V29 Motociclista- trauma por outros acidentes por transporte e não especificado	51	49	66	49
Total	483	439	517	510

Tabela 3. Número de óbitos por ocorrência envolvendo motocicletas segundo Categoria CID10 em Santa Catarina (Brasil, 2016 a 2019).

Fonte: DATASUS, 2021 (adaptado).

Esse perfil epidemiológico das vítimas se mantém no oeste catarinense, o qual registrou em um recorte de fevereiro a maio de 2018, o predomínio de atendimentos às vítimas masculinas com idade entre 21 a 30 anos, com maior número de registros de ocorrências aos domingos entre 16 às 20 horas. Isso permite inferir que esse padrão pode estar associado a atividades de lazer e ao consumo de bebidas alcoólicas aos fins de semana (ASCARI, 2013).

Vale salientar que, apesar da epidemiologia dos sinistros envolvendo motociclistas que vão a óbito apresentar semelhanças com os dados nacionais, em Santa Catarina parece haver maiores riscos para esse grupo, uma vez que as taxas de mortalidade relacionadas à essa causa são superiores às nacionais e, associado a isso, apresentam maior número de mortes por frota em comparação com os registros do Brasil (BOTELHO, 2017). Ainda segundo Botelho, o número de motoqueiros que se abstêm de utilizar o capacete varia de 6,0% a 19,3% de acordo com os estudos realizados no país. Outro fator destacado é que a maioria das vítimas avaliadas possuíam menos de 5 anos de experiência na condução de motocicletas.

Seguindo essa tendência, os dados relativos às internações por acidentes de moto na macrorregião do Grande Oeste Catarinense apontam um importante aumento anual de incidentes com jovens adultos com idade entre 20 e 49 anos do sexo masculino (GRANSOTTO FILHO, 2017). Os dados de 2017, por exemplo, apontam para um total de 1554 óbitos sendo os municípios de Blumenau, Joinville e Chapecó aqueles com maior número de mortes: 79, 76 e 66 respectivamente (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE, 2018). De acordo com os dados do DATASUS (Tabela 4), o número de internações por causas externas envolvendo motociclistas no intervalo de 2016 a 2019 apontaram estabilidade estatística, o que é preocupante se considerarmos que, mesmo com o trabalho de conscientização desenvolvido no estado durante esse período não foi observado queda nas estatísticas.

Ano	Masc
2016	4.167
2017	4.140
2018	4.143
2019	4.076

Tabela 4. Número de internações por causas externas, Grupo de Causas V20-V29 Motociclista traumatizado acidente de transporte em Santa Catarina (Brasil, 2016 a 2019).

Fonte: DATASUS, 2021 (adaptado).

2 | TIPOS DE TRAUMAS E PADRÃO DAS LESÕES

Estudos têm demonstrado que vítimas de acidentes com motocicleta apresentam maior índice de lesões e danos fatais quando comparados às vítimas de outras formas de condução de veículos de transporte. Identifica-se que essa vulnerabilidade em saúde pública está principalmente associada aos jovens em idade produtiva, com elevada morbimortalidade (mortalidade e invalidez) e significativa sobrecarga financeira ao SUS, desde sua Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) até a internação hospitalar (CORGOZINHO; MONTAGNER; RODRIGUES, 2018).

De igual maneira, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), aproximadamente 1,35 milhão de óbitos são registrados, por ano, tendo como causa de morte o acidente de trânsito. Ao realizar uma pesquisa mais aprofundada, entre os anos de 2015 e 2020, percebe-se o aumento significativo desses acidentes envolvendo motocicletas, além de reforçar o padrão epidemiológico das vítimas já citado neste capítulo (FERNANDES et al., 2020). Para além disso, o custo social desses sinistros é alto, posto que demanda o serviço desde o atendimento pré-hospitalar e internações até a recuperação/acompanhamento das lesões. Cabe citar ainda, os impactos psicológicos e as despesas pessoais como mais um fator econômico (TISCHER, 2019).

Sob esse panorama, os motociclistas compõem o grupo com condição mais vulnerável no trânsito, juntamente com os ciclistas e pedestres. No ano de 2000, tal grupo representou 41% das mortes no trânsito terrestre e em 2015, houve um aumento de 400% na taxa de mortalidade total, passando para 53% dos casos, a morte desses vulneráveis (AQUINO; ANTUNES; NETO, 2020). Com essa alta nos números, é importante o conhecimento acerca dos tipos de lesão mais recorrentes nos acidentes de trânsito no Brasil.

Os acidentes provocados por causas externas envolvendo motocicletas apresentam alta probabilidade de lesões e são decorrentes de fenômenos complexos, com múltiplas causas, relacionadas intimamente a fatores socioeconômico, político e cultural, tendo como perfil epidemiológico das vítimas, em sua maioria, jovens, do sexo masculino, com baixa escolaridade. As lesões que esses acidentes provocam são consideradas até trinta vezes maiores que as provocadas por acidentes automobilísticos, aumentando a taxa de morte (CORGOZINHO; MONTAGNER; RODRIGUES, 2018).

Em um estudo realizado a partir da análise das fichas de registro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Florianópolis, SC, entre 2013 a 2017, constatou-se que a parte do corpo mais atingida é composta pelos membros inferiores, seguida pelos membros inferiores, tronco e por último, cabeça e pescoço. Já na natureza das lesões, a fratura, seja ela exposta e/ou fechada, compôs mais de 53% dos acidentes e abrasão/escoriação/corte/laceração, em segundo lugar, com 47,62%. Uma informação importante é que menos de 2% dos casos foram registrados como sem nenhuma lesão, o que corrobora

para a gravidade de tais acidentes (DUTRA, 2018).

Contudo, ao realizar a análise de prontuários de um hospital do meio oeste catarinense, de pacientes vítimas de acidente de trânsito no ano de 2008, o resultado é um pouco divergente. De fato, os traumas ocorreram, com predominância, nos membros inferiores e/ou superiores. No entanto, ao passo em que lesões em cabeça e pescoço foram as menos comuns no estudo supracitado, neste, compõem o segundo local anatômico mais recorrente, com cerca de 16% dos casos. De igual maneira, enquanto o estudo de Florianópolis indicou a fratura como a natureza mais frequente, neste no oeste catarinense, relatou-se a escoriação, com 43% (ASCARI et al., 2013).

Essas divergências são comuns na literatura, uma vez que os acidentes ocorrem de formas diversas, dinâmica e inúmeros fatores devem ser considerados, apresentando uma particularidade em cada região. Ademais, por esse mesmo motivo, os estudos epidemiológicos ficam restritos, pois a metodologia diverge quanto ao tempo, material, variáveis e informações a serem levantados. Por essa razão, ressalta-se, mais uma vez, a importância desse trabalho ao pesquisar a bibliografia, a fim de apresentar outros cenários.

3 | REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Para tentar frear as altas taxas de morbimortalidade decorrentes do trânsito, foi instituído, em 2003, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS que tem como objetivo promover ações resolutivas em situações de urgência e emergência em tempo oportuno. Além disso, ampliar o acesso aos serviços de saúde, atendendo aos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Essa rede atende, principalmente, casos decorrentes do acidente de trânsito, violências e doenças cardiovasculares, os quais compõem a maior taxa de mortes e internações no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dentre as diretrizes que norteiam a implementação da RUE, pode-se citar a atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas, como os acidentes terrestres, tema deste capítulo. Para tanto, é necessário que haja uma articulação entre os componentes da rede, os quais são: Promoção e prevenção de saúde; Unidades Básicas de Saúde; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços com funcionamento 24 horas; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Portas hospitalares de atenção às urgências; enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e traumas; e atenção domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Ressaltando o que foi citado anteriormente, as causas externas são as principais causas da assistência da RUE e, particularmente, aquelas decorrentes do trânsito, demanda uma atenção para além dos cuidados básicos da vítima. É fundamental o exercício de estratégias rápidas, seguras e eficazes, que nortearão o decorrer do cuidado

e a recuperação do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Para isso, a Atenção Pré-Hospitalar (APH) e o SAMU são indispensáveis para o melhor atendimento das vítimas.

O APH apresenta-se como uma possibilidade necessária de atendimento de suporte frente à alta ocorrência dos traumas em geral e sua abordagem vem ganhando destaque. Esse atendimento ocorre em ambiente extra-hospitalar, com o objetivo de reduzir os impactos negativos à vítima, dando-lhe a assistência necessária antes de chegar a um ambiente adequado para o seu tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O serviço de Atendimento Pré-hospitalar no Estado de Santa Catarina é realizado pelo SAMU, Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC), Polícia Militar, Corpo de Bombeiros Voluntários, Concessionárias de Rodovias e Planos de Saúde. Segundo levantamento realizado pela Secretaria Estadual de Saúde em 2017, há 96 (noventa e seis) Unidades de Serviço Básico (USB) do SAMU Municipal; 23 (vinte e três) Unidades de Serviço Avançado (USA) SAMU Estadual; 129 (cento e vinte e nove) Auto Socorro de Urgência (ASU) do CBMSC; 74 (setenta e quatro) USB dos Bombeiros Voluntários; 2 (dois helicópteros) e 1 (um) avião, coordenados pelo CBMSC (ZEFERINO, 2018).

A RUE dentro da estrutura do APH em Santa Catarina conta com algumas centrais de atendimento em todo o estado, tendo os números de emergência 192 e 193 como porta de entrada para as solicitações de apoio. A gestão do serviço é compartilhada entre o ente municipal e o ente estatal. As ambulâncias são as unidades móveis de primeira resposta presentes nos locais em que os serviços foram ativados. Em Florianópolis e Blumenau, o serviço aeromédico está presente também, sendo o único modelo de integração completa entre SAMU e o CBMSC. Essa rede de urgência e emergência bem estruturada e organizada possibilita uma resposta mais rápida às ocorrências, melhorando o tempo-resposta, resolvendo os riscos de morte, garantindo a manutenção dos sinais vitais e estabilização do paciente.

A rede de APH em Chapecó, a capital do Grande Oeste Catarinense, conta com o CBMSC (ambulâncias, caminhões e outras viaturas operacionais e embarcações de resgate que compõem o trem de socorro); o SAMU (unidades básica e avançada) e o serviço aeropolicial de fronteira (SAER/SARA). Com isso, o Estado de Santa Catarina destaca-se nacionalmente na realização de transplantes graças à eficiência no transporte de órgãos realizado pela aeronave de asa fixa do CBMSC, em parceria com o SAMU (ZEFERINO, 2018).

Dessa maneira, é importante a política de integração entre SAMU e o CBMSC, que são agentes da Rede de Urgência e Emergência, a fim de simplificar o acionamento desses recursos. Isso melhoraria o despacho para o atendimento, evitando redundâncias, permitindo a oferta de serviços de qualidade de forma responsiva e resolutiva aos agravos apresentados.

Seguindo o modelo do Sistema Único de Saúde, espera-se que o APH possa ser realmente integrado à rede de urgência e emergência, participando dos atos decisórios,

elaboração de estudos e condução das decisões sobre investimentos em prevenção, orientação quanto à mobilidade urbana, conscientização da população sobre os hábitos nocivos à qualidade de vida em sociedade e abordando as temáticas mais prevalentes no dia a dia dos socorristas para que assim, as taxas tão elevadas de morbimortalidade decorrentes dos acidentes por motocicletas, possam ser reduzidas.

4 | CONCLUSÃO

As mortes por acidentes de trânsito são um grande problema de saúde pública no Brasil, não só pela alta morbimortalidade, mas também pelo elevado gasto econômico. A motocicleta, por sua vez, é responsável por grande parte de tais traumas, compondo o grupo das vítimas mais vulneráveis desse meio. Para tentar traçar um perfil epidemiológico dessas vítimas consultou-se a bibliografia disponível, chegando ao resultado: homens, jovens (de 20 a 29 anos) e de baixa escolaridade. Além disso, o tipo de colisão mais comum é entre uma motocicleta e um automóvel. Seguindo o raciocínio, o local do corpo humano mais prejudicado nesses traumas é o membro, podendo ser tanto o superior, quanto o inferior. Já a natureza das lesões mais comum difere quanto aos fatores externos e as particularidades de cada região, sendo importante a análise epidemiológica dos locais com maior registro desses acidentes.

O levantamento do perfil epidemiológico de algumas regiões do estado de Santa Catarina, a exemplo do Grande Oeste, bem como a caracterização das lesões ainda estão aquém do desejado. A compreensão desses fatores favorece a identificação de padrões e, conseqüentemente, a elaboração de estratégias de conscientização e de ações da RUE, capazes de prevenir e mitigar os danos advindos dos sinistros envolvendo acidentes por motos.

Apesar da implantação da Rede de Atenção às Redes de Urgências e Emergências no SUS e a utilização de estratégias como o Atendimento Pré-hospitalar para o cuidado integral, rápido e eficaz do paciente, faz-se necessário maiores atitudes públicas para frear essa ascensão dos números de acidentes com motocicletas. Para tanto, os estudos epidemiológicos mais aprofundados e direcionados podem auxiliar na criação de tais estratégias, visando articular o perfil da vítima, do acidente e os serviços disponíveis em cada região do estado, para que então, seja possível tanto o melhor atendimento, quanto a promoção e prevenção de saúde.

REFERÊNCIAS

AMBEV, S. A. Retrato da Segurança Viária no Brasil–2014. **Brasília: Grupo**, 2016.

AQUINO, Érika Carvalho de; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de. Mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil (2000 - 2016): capitais versus não capitais. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 122, 2020.

ASCARI, R. A. et al. Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de trânsito. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 112–121, 8 jul. 2013.

BOTELHO, Lúcio José; GONZAGA, Hugo Norberto. Mortalidade por acidentes motociclísticos: Estudo comparativo entre Santa Catarina e Brasil. **Boletim do Curso de Medicina da UFSC**, v. 3, n. 8, 2017.

BRASIL. Portaria Nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002. **Brasília, DF**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Portaria Nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002. **Brasília, DF**. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/anexo/anexo_prt2048_05_11_2002.p df>Acesso em: 18 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde DataSUS** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 2021.

CORGOZINHO, Marcelo Moreira; MONTAGNER, Miguel Ângelo; RODRIGUES, Maria Augusta Carvalho. Vulnerabilidade sobre duas rodas: tendência e perfil demográfico da mortalidade decorrente da violência no trânsito motociclístico no Brasil, 2004-2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 92-99, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800010163>.

DE JESUS, Valdinei Ferreira et al. Causas associadas aos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

DUTRA, L. A. et al. **Acidentes de trânsito envolvendo motociclistas atendidos pelo serviço aeromédico**. 2018.

EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE – **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil** - Volume 16 – v1, jan / mar de 2007.

FERNANDES, T. T.; FAVARO, H. G.; BARUFALDI, F.; CESARIO, M. M. Perfil dos acidentes de trânsito no brasil: revisão bibliográfica. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S.I.], v. 1, n. 3, p. 54, 2020.

GRANSOTTO FILHO, Guilherme. Tendência temporal dos acidentes de trânsito com motocicletas e fatores associados em Santa Catarina. **Medicina-Pedra Branca**, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2019. **Frota de veículos de Chapecó**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/pesquisa/22/0>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MARCON, Gabriela Almeida et al. Avaliação do Perfil dos Acidentes Fatais Ocorridos nas Rodovias Federais de Santa Catarina em 2015 e sua Utilização para Direcionar Ações que Visem Reduzir a Violência no Trânsito. **Estudos de Administração e Sociedade**, v. 2, n. 3, p. 68-83, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. p. 86, [s.d.]. 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Homens são os que mais morrem de acidentes no trânsito**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45466-homens-sao-maiores-vitimas-de-acidentes-no-transito>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde**. 2021. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpsprasredeemergencia>>. Acesso em: 13 jun. 2021.

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. **Mobilidade Sustentável**. Disponível em: <<https://www.mma.gov.br/cidades-sustentaveis/planejamento-ambiental-e-territorial-urbano/urbanismo-sustentavel/mobilidade-sustentavel.html>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** – décima revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1997.

RODRIGUES, Juciano Martins. Mapa da motorização individual no Brasil: Relatório 2019. **Observatório das Metrópoles**, 2019.

SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola et al. Trends in hospitalizations due to motorcycle accidents involving men aged 20 to 39 years in the state of Santa Catarina-Southern Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 233-241, 2017.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Dive divulga dados sobre mortes e internações por acidentes de trânsito em Santa Catarina**. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/10042-dive-divulga-dados-sobre-mortes-e-internacoes-por-acidentes-de-transito-em-santa-catarina>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

TISCHER, Vinicius. O custo social e econômico dos acidentes de trânsito com pedestres e ciclistas: estudo de caso do estado de Santa Catarina, Brasil. **urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 11, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Road traffic injuries**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>>. Acesso em: 11 jun. 2021.

ZEFERINO, Helton de Souza. **O APH do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina frente ao Novo Modelo de APH Catarinense: Desafios e Oportunidades**. 2018. 70 f. Monografia (Especialização) - Curso de Curso de Especialização em Gestão Pública: Estudos Estratégicos em Atividade Bombeiril, do Centro de Ensino Bombeiro Militar (Cbmsc) e do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas (Esag - Udesc), Udesc, Florianópolis, 2018. Disponível em: file:///home/subcmt/Downloads/caee_2018_helton.pdf. Acesso em: 5 maio 2021.

CAPÍTULO 20

TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NOS GRUPOS DE CESSAÇÃO

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 20/05/2021

Larissa Rodrigues Mattos

Doutoranda da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Departamento de Enfermagem de Saúde Pública
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
<http://orcid.org/0000-0002-8033-2667>

Angela Maria Mendes Abreu

Professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Departamento de Enfermagem de Saúde Pública
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
<http://orcid.org/0000-0002-7894-4242>

Márcia Peixoto César

Doutoranda da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Programa de pós graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Departamento de Enfermagem de Saúde Pública
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0002-3667-7764>

Ângela Maria Melo Sá Barros

Doutoranda da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Programa de pós graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Departamento de Enfermagem de Saúde Pública
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0003-4087-3247>

Ana Beatriz Almeida Leitão de Souza

Aluna de iniciação científica da Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ), Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Departamento de Enfermagem de Saúde Pública
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0002-7463-0916>

RESUMO: O tabagismo segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerado a maior causa de morte evitável do mundo, apesar da diminuição de sua prevalência no mundo e no Brasil, ainda são muitos os desafios a serem enfrentados, como as mortes e doenças por ele geradas. A Atenção Primária a Saúde é ponto fundamental para o acolhimento destes usuários e para a oferta de tratamento por uma equipe multiprofissional. Conhecer o perfil destes usuários é ter subsídios para melhor assistência e elaboração de intervenções. Este estudo teve como objetivo estabelecer o perfil dos usuários atendidos na Atenção Primária a Saúde, em grupos de cessação do tabagismo no município do Rio de Janeiro- RJ. Tratou-se de uma pesquisa longitudinal, descritiva e quantitativa, em duas unidades de Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro- RJ, com usuários tabagistas atendidos nos grupos de cessação. Como resultados, os tabagistas foram em sua maioria mulheres, que apresentou idade média de 51,7 anos, com renda de dois salários mínimos, cor branca, solteiras e católicas e com baixa escolaridade. Começaram a fumar em média com 16,6 anos, fumaram em média por 35,7 anos, em sua maioria apresentaram como

causa de fumar “porque acalma”. Grande parte apresentou a auto percepção de saúde regular e como principal motivo para deixar de fumar a preocupação com a saúde no futuro. Quanto ao grau de dependência em sua maioria apresentaram grau elevado ou muito elevado, e em relação ao estágio de motivação para tratamento, a maioria encontrava-se no estágio pronto para a ação. Como conclusão, os tabagistas que participaram do grupo de cessação, apresentaram perfis de riscos e vulnerabilidades, que precisam ser trabalhados pelas equipes da Atenção Primária à Saúde, para enfrentamento do tabagismo, bem como o êxito no tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo, Abandono do Hábito de Fumar, Atenção Primária à Saúde.

TREATMENT OF SMOKING IN PRIMARY HEALTH CARE: CHARACTERIZATION OF THE PROFILE OF USERS SERVED IN CESSATION GROUPS

ABSTRACT: Smoking according to the World Health Organization (WHO) is considered the largest cause of preventable death in the world, despite the decrease in its prevalence in the world and in Brazil, there are still many challenges to be faced, such as deaths and diseases generated by it. Primary health care is a fundamental point for the reception of these users and for the provision of treatment by a multidisciplinary team. To know the profile of these users is to have subsidies for better assistance and elaboration of interventions. This study aimed to establish the profile of users seen in primary health care, in smoking cessation groups in the city of Rio de Janeiro-RJ. It was a longitudinal, descriptive and quantitative research, in two units of the Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro-RJ, with smoking users attended in the cessation groups. As a result, smokers are mostly women, have an average age of 51.7 years, with an income of two minimum wages, white, single and Catholic and with low education. They started smoking on average at 16.6 years old, smoked on average for 35.7 years, mostly presenting as a cause of smoking because it calms down. Most of them presented their regular self-perception of health and as the main reason for quitting smoking, health concerns in the future. As for the degree of dependence, most of them presented a high or very high degree, and in relation to the stage of motivation for treatment, most were in the stage ready for action. In conclusion, the smokers who participated in the cessation group, presented risk and vulnerability profiles, which need to be worked on by the Primary Health Care teams, in order to face smoking, as well as the successful treatment.

KEYWORDS: Smoking, Smoking Cessation, Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

O tabagismo segundo a Organização Mundial de saúde é uma doença crônica, gerada pela dependência da nicotina presente nos produtos à base de tabaco. É considerado a maior causa de morte evitável do mundo (INCA,2018).

O Relatório Global da OMS sobre tendências na prevalência do uso de tabaco 2000-2025 de 2019 relata que o tabagismo a nível mundial vem diminuindo no mundo apesar do crescimento populacional. Em 2000 a população mundial usuária de tabaco do sexo masculino com quinze anos ou mais era de 50%, em 2010 43,2%, chegando em 2020 com a prevalência de 37,5% . Foi estimada para 2025 a prevalência de 35,1 % de homens

tabagistas com quinze anos ou mais (WHO, 2019).

Entre as mulheres nesta mesma faixa de idade, também houve redução da prevalência do uso segundo o relatório. Em 2000 era de 16,7%, em 2010, 11,4%, chegando em 2020 com 8% de mulheres com uso de tabaco na população mundial. Em 2015 a proporção de mulheres que usavam tabaco caiu para menos de uma em dez (9,5%). Estima-se que em 2025 a taxa deve cair ainda mais, chegando a 6,7% (WHO, 2019).

No Brasil os dados também foram promissores como evidenciam algumas pesquisas mostrando a redução do tabagismo no país. Em 2003 a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) verificou que o percentual de tabagistas adultos era de 22,4%. Em 2008 a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (PETAB) trouxe um percentual de 18,5 %. Já em 2019 pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) o percentual total de adultos fumantes foi de 12,6 % (MONTEIRO et al, 2007; BRASIL, 2011; IBGE, 2019).

Para os avanços na condução do enfrentamento da problemática relacionada ao tabagismo no país, houve marcos a serem considerados. A articulação do Ministério da Saúde com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), elaborando um conjunto de ações nacionais que compuseram o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, a adesão em 2005 a Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco (CQCT/OMS), que culminou em uma política de Estado, com isto a implementação da CQCT/OMS, tornou-se eixo condutor da Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) (INCA, 2014).

Em 2008 para ajudar no cumprimento das previsões da CQCT, a OMS formulou um pacote de políticas destinadas à redução da demanda por produtos de tabaco. Tais medidas foram conhecidas como MPOWER. O Brasil assumiu estas medidas, e hoje, é o segundo país do mundo, primeiro Turquia, segundo Relatório Global de Controle do Tabaco 2019, a cumprirem o tratado. Foram medidas estabelecidas: monitorar uso do tabaco e as políticas de prevenção, proteger as pessoas da fumaça do tabaco, oferecer ajuda para a cessação, alertar sobre os perigos do tabaco, fazer cumprir a proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e aumentar os impostos sobre o tabaco (WHO, 2007; 2008; 2019 a; 2019 b).

Além disto, desde 2002, o Ministério da Saúde vêm publicando e atualizando portarias relacionadas à abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS, desde a APS a alta complexidade, bem como articulando financiamento, diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos direcionados aos municípios, no sentido de fortalecer e descentralizar ações para ampliar o acesso e tratamento aos usuários em todos os níveis de atenção, tendo a atenção Primária a Saúde como porta de entrada ao tratamento (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014; INCA, 2020 a; 2020 b).

Tem realizado também ações importantes no controle do tabagismo, como campanhas de prevenção, proibição das propagandas de cigarro, exceto nos pontos de venda, colocação de imagens nas embalagens de cigarro retratando consequências do tabaco, criação de ambientes 100% livres de fumaça, descentralização do Programa

Nacional de Controle do Tabagismo e tratamento para os usuários (BRASIL, 2015). Todas essas ações conferiu ao Brasil o reconhecimento enquanto liderança no controle do tabaco no âmbito internacional (PORTES et al, 2018).

Apesar dos avanços na redução da prevalência do tabagismo, são muitos desafios a serem enfrentados. O Brasil é hoje o segundo maior produtor e o maior exportador mundial de tabaco. No Brasil morrem cerca de 428 pessoas por dia por conta da dependência a nicotina. São 56,9 bilhões de reais perdidos anualmente com despesas de tratamento e produtividade, e poderiam ser evitadas 156.216 mortes. Como causa de mortes pode-se citar câncer, doenças cardíacas, pulmonares, pneumonias, acidente vascular cerebral dentre outras. Além disto, despreparo dos profissionais e dificuldade de acesso ao tratamento têm sido questões em pauta (PINTO et al, 2017).

Neste cenário a APS torna-se local privilegiado para controle do tabaco no Sistema Único de Saúde (SUS) e atenção aos usuários tabagistas resultado de seus quatro atributos essenciais: (1) primeiro acesso; (2) integralidade; (3) longitudinalidade; e (4) coordenação do cuidado. Para tanto os profissionais de saúde da APS devem estar preparados e também sensibilizados para esta atenção, os estimulando e apoiando na cessação do tabagismo (BRASIL, 2010).

Conhecer a história dos tabagistas do território, o estágio motivacional na entrevista deste usuário, motivação, instrumentos rastreadores, a utilização das intervenções Breves, vão conduzir de forma mais adequada a condução do tratamento e também nas tomadas de decisões em seu cuidado (BRASIL, 2015).

Nesta perspectiva conhecer o perfil destes usuários se torna de suma importância neste contexto, visto que a organização dos serviços e a atenção a ser ofertada, vão estar diretamente ligadas às necessidades destes usuários, forma com que estes realizam o consumo e também aos agravos que apresentam, bem como as intervenções que vão demandar para sua assistência.

Como contribuição a sensibilização dos profissionais da Atenção básica para o desenvolvimento de ações e estratégias preventivas, de abordagem, diagnóstico e tratamentos oportunos, segundo as características de seus usuários, elaborando projetos terapêuticos individuais, sistematizados e abrangentes, com inclusão de familiares e ações intra e intersetoriais.

Dessa forma, o estudo traz como objetivo, estabelecer o perfil dos usuários atendidos na atenção primária a saúde, em grupos de cessação do tabagismo no município do Rio de Janeiro- RJ.

2 | METODOLOGIA

Tratou-se de pesquisa longitudinal de caráter descritiva e quantitativa, que fez uso dos dados de dois diferentes momentos da vida do participante: o primeiro referente às

informações coletadas no ato de sua entrada no Programa de Tratamento do Tabagismo das unidades (entre os anos 2011 e 2015) e o segundo, às entrevistas realizadas durante as visitas domiciliares ou nas unidades de saúde (ano 2016).

O estudo teve como locais duas unidades da Estratégia Saúde da Família, com o Programa de Tratamento do Tabagismo implantado há pelo menos cinco anos. Teve como população usuários tabagistas cadastrados no programa. Foram considerados elegíveis todos os usuários tabagistas cadastrados para participação no grupo dentro do Programa de Tratamento do Tabagismo das unidades estudadas, entre os anos de 2011 e 2015. Do total de 496 usuários cadastrados, 395 não foram encontrados após três tentativas de contato, um recusou-se a participar do estudo e, portanto, 100 usuários compuseram a amostra desta pesquisa.

A coleta de dados aconteceu no período de junho a dezembro de 2016 e se baseou nas informações contidas nos prontuários dos usuários e em entrevistas face a face realizadas durante as visitas domiciliares. Utilizaram-se como instrumentos de coleta, no primeiro momento, os dados contidos no roteiro de entrevista inicial para entrada no referido Programa, informados pelo próprio paciente na Anamnese Clínica para o Tratamento do Tabagismo, que incluiu questões relativas aos dados sociodemográficos e à história tabagística do paciente.

No segundo momento, foi feita a pergunta se o participante havia conseguido parar de fumar. A descrição do grupo estudado se baseou em estatísticas descritivas, como frequências simples e medidas de tendência central (média e desvio-padrão). Visando atender à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que trata das pesquisas com seres humanos, o projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (1.515.331). Todos os participantes concordaram em participar da investigação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 | RESULTADOS

Conforme apresentado na Tabela 1, os participantes do estudo tinham em média 51,74 anos. O sexo feminino predominou (74%). Com relação à renda familiar, 37% dos participantes têm renda de até 2 salários mínimos e 24% renda entre 2 a 4 salários mínimos.

No que diz respeito à raça/cor, apresentou predomínio da população que se autodeclarou como branca (51%), seguida por 28% que se autodeclarou como parda. Em relação à situação conjugal dos participantes, observa-se que 38% estão solteiros. No que se refere à escolaridade, 29% não possui o primeiro grau completo.

Características estudadas	ESF 1 (n = 51)		ESF 2 (n = 49)	
	n	%	n	%
Idade				
Média	48,6 anos		Média	55 anos
Sexo				
Masculino	11	21,6	15	30,6
Feminino	40	78,4	34	69,4
Raça/cor				
Branca	22	44	29	59,2
Preta	7	14	8	16,3
Amarela	0	0	3	6,1
Parda	21	42	7	14,3
Indígena	0	0	1	2,0
S/informação	-		1	2
Renda familiar				
Até 2 salários mínimos	22	43,1	15	30,6
2 a 4 salários mínimos	7	13,7	17	34,7
4 a 7 salários mínimos	1	2,0	7	14,3
7 a 10 salários mínimos	1	2,0	4	8,2
10 a 20 salários mínimos	0	0	2	4,1
S/informação	20	39	4	8,2
Situação conjugal				
Solteiro	21	41,2	17	34,7
Casado	19	37,3	11	22,4
Divorciado	3	5,9	11	22,4
Separado	2	3,9	2	4,1
Viúvo	4	7,8	5	10,2
Outros	1	2,0		
S/informação	-	-	3	6,1
Escolaridade				
Analfabeto	1	2,0	0	0
Semianalfabeto	2	3,9	0	0
1º grau incompleto	20	39,2	6	12,2
1º grau completo	7	13,7	4	8,2
2º grau incompleto	4	7,8	3	6,1
2º grau completo	13	25,5	11	22,4
Superior incompleto	2	3,9	4	8,2
Superior completo	0	0	17	34,7
S/informação	2	3,9	4	8,2

Tabela 1 – Descrição das características sociodemográficas dos participantes do Grupo de Tabagismo, por unidade de saúde, Rio de Janeiro, 2016. (n = 100).

Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela 2, verifica-se que os participantes começaram a fumar, em média, com 16,05 anos, e fumaram em média por 35,74 anos. As situações a que os participantes mais responderam como associadas ao hábito de fumar foram: após as refeições (80%), com café (75%) e tristeza (67%).

Como razão para fumar, o motivo mais apontado foi que “o cigarro acalma” (67%) dos participantes, seguido por “fumar é um grande prazer” (49%). Quanto às tentativas prévias para tentar parar de fumar, a maioria (55%) havia tentado de 1 a 3 vezes. Quanto aos sintomas de abstinência apresentados, 34% dos participantes relataram ansiedade, contra 31% que relatou não ter apresentado nenhum sintoma.

Sobre a autopercepção de saúde, 41% declararam que a percebem como regular. Quanto aos motivos para pensar em deixar de fumar, 89% relataram por ter preocupação com a saúde no futuro. A respeito do convívio com fumantes em casa, 66,6% não conviviam com fumantes. Quanto ao grau de dependência, 36% apresentaram grau elevado e 35% muito elevado. Em relação ao estágio de motivação, 46% dos participantes estavam no estágio pronto para ação. Sobre o Teste de Cage, 6% apresentaram resultado positivo.

Características estudadas	n	%
Idade em que começou a fumar	Média (±DP) 16,05 (±4,44)	
Tempo de tabagismo em anos	Média(±DP) 35,74 (±11,84)	
Que situações o cigarro está associado no seu dia a dia		
Ao falar ao telefone	34	34
Após refeições	87	87
Com bebidas alcoólicas	50	50
Com café	75	75
No trabalho	43	43
Ansiedade	80	80
Tristeza	67	67
Alegria	52	52
Sim para razões para fumar		
Fumar é um grande prazer	49	49
Fumar é saboroso	25	25
O cigarro acalma	67	67
Acha charmoso fumar	14	14
Acha que fumar emagrece	16	16
Para ter algumas coisas nas mãos	21	21
Quantas vezes conseguiu deixar de fumar		
De 1 a 3 vezes	55	55
Tentou mas não conseguiu parar	19	19
Mais de 3 vezes	5	5

Características estudadas	n	%
Nunca tentou	17	17
S/informação	4	4
Apresentou sintomas de síndrome de abstinência		
Ansiedade	34	34
Inquietação	26	26
Irritabilidade	31	31
Tristeza	13	13
Sonolência e insônia	13	13
Constipação	5	5
Dificuldade de concentração	13	13
Tonteira	9	9
Fissura	26	26
Nenhum sintoma	31	31
Autopercepção de saúde		
Excelente	5	5
Boa	23	23
Regular	41	41
Ruim	17	17
Péssima	10	10
S/informação	4	4
Motivos para pensar em deixar de fumar		
Porque está afetando a saúde	77	77
Porque está preocupado com a saúde no futuro	89	89
Outras pessoas estão pressionando	49	49
Porque gasta muito dinheiro com cigarro	67	67
Pelo bem-estar da família	63	63
Porque não gosta de ser dependente	54	54
Porque acha fumar antissocial	39	39
Fumar é um mau exemplo para as crianças	64	64
Porque os filhos pedem	53	53
Restrições de fumar em ambientes fechados	28	28
Sim	30	30
Não	66	66
S/registro	4	4
Teste de Fagestrom		
Muito baixo	4	4
Baixo	14	14
Médio	11	11
Elevado	36	36

Características estudadas	n	%
Muito elevado	35	35
Estágio de motivação		
Pré-contemplativo	4	4
Contemplativo	26	26
Pronto para ação	46	46
Ação	23	23
S/informação	1	1
Teste de cAGE		
Positivo	6	6
Negativo	37	37
Não se aplica	57	57

TABELA 2 – Descrição das características referentes à história tabagística dos participantes do Grupo de Tabagismo, por unidade de saúde, Rio de Janeiro, 2016. (n = 100).

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às características relacionadas à religiosidade, a Tabela 3 mostra que a maioria das pessoas é católica (40%), seguida por 26% de protestantes e apenas 11% dos participantes disseram não ter nenhuma religião.

Características estudadas	n	%
Religião declarada		
Catolicismo	40	40
Protestantismo	26	26
Afro-brasileiras	13	13
Espiritismo Kardecista	6	6
Outros	4	4
Não tem religião	11	11

Tabela 3 – Descrição das características da religiosidade dos participantes do Grupo de Tabagismo, por unidade de saúde, Rio de Janeiro, 2016. (n = 100).

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela 4, sobre a cessação do tabagismo, mostra que 26% cessou o tabagismo, 49% não conseguiu parar de fumar e 25% recaíram.

Cessação do tabagismo	n	(%)
Sim	26	26,0
Não	49	49,0
Recaída	25	25,0

Tabela 4 – Descrição das características referentes ao desfecho no Grupo de Tabagismo nas duas unidades estudadas, Rio de Janeiro, 2016. (n = 100).

Fonte: Dados da pesquisa.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou uma prevalência de fumantes do sexo feminino, dado esperado quando leva-se em consideração levantamentos realizados em serviços de saúde, sobretudo na atenção primária, onde a maior frequência é de mulheres, seja para levar os filhos ou para seu próprio acompanhamento nas atividades oferecidas pelo serviço. Esse resultado vem ao encontro de outros estudos realizados em serviços de saúde nacionais, onde apontam a predominância feminina nesses atendimentos. Conforme relatam Abreu *et al.* (2016) em estudo realizado na atenção primária, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, onde analisaram o perfil do consumo de substâncias psicoativas nos últimos três meses, os autores supra citados encontraram uma amostra predominantemente feminina.

Ainda nessa linha, Jomar, Abreu e Griep (2014), em estudo sobre o perfil do consumo de álcool de usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde, apontam também a predominância das mulheres nas unidades de saúde. O que, segundo Borges e Simões-Barbosa (2008), pode ser explicado pelo significado simbólico do tabagismo feminino, onde o cigarro emerge como um companheiro associado ao enfrentamento de situações e como fonte de prazer em contextos de poucas oportunidades de relaxamento.

Quanto à questão de gênero, cabe destacar a dificuldade de acesso dos homens aos serviços de saúde, que apesar do tabagismo ser mais prevalente entre os homens (BRASIL, 2017), eles não costumam ser maioria nos serviços de atendimento ao tabagista, o que revela uma dificuldade no acesso dessa população aos serviços de saúde. Autores como Santos *et al.* (2008), Rizzo, Matsuo e Nunes (2010), Pawlina, *et al.* (2015) e Melo, Oliveira e Ferreira (2006) vem apontando que essa dificuldade é algo que precisa ser pensada de modo que se promova ações de saúde que permitam uma maior abordagem à essa população (MACHIN *et al.*, 2011; ALVES *et al.*, 2011).

A média de idade da população do estudo foi de 51,74 anos, o que vai ao encontro da maior prevalência do tabagismo na faixa etária entre 45 e 64 anos (BRASIL, 2017). Percebe-se, de modo geral, que a prevalência do tabagismo aumenta com a idade, o que pode ser explicado quando comparada à população mais jovem. Em face do exposto, não há como não citar a relevância dos avanços decorrentes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (SILVA *et al.*, 2014).

Com relação à renda familiar, a maioria dos participantes têm renda familiar de até 4 salários mínimos e no que se refere à escolaridade, e 29% não possui o primeiro grau completo. Muitas pesquisas indicam que quanto menor a escolaridade e renda, maior é a prevalência do tabagismo (BRASIL, 2017; OPALEYE *et al.*, 2012; QUEIROZ; PORTELA; ABREU, 2015). Um estudo realizado com idosos atendidos pela estratégia saúde da família mostrou que o risco de um indivíduo analfabeto ser tabagista foi 4,5 vezes maior do que um indivíduo com nível superior, e para aquele que concluiu apenas o primeiro grau, o risco foi de 2,4 vezes maior do que um indivíduo com nível superior (KÜMPEL *et al.*, 2014).

Dessa forma, sobre os aspectos sociais, o tabagismo está mais presente entre os indivíduos com menor acesso à educação e aos recursos financeiros (NEPOMUCENO; NEPOMUCENO, 2014). Ainda sobre os aspectos econômicos, cabe destacar que grande parte dos participantes deste estudo relatou que um dos motivos para querer parar de fumar foi o fato de gastar muito dinheiro com o cigarro, indo ao encontro do que Nepomuceno e Nepomuceno (2014) relatam como o empobrecimento da família do usuário de tabaco, visto que fumar é caro e pode desviar recursos que deveriam ser destinados à compra de alimentos e à economia dessa família.

Porém, o principal motivo para pensar em deixar de fumar a preocupação com a saúde no futuro, o que, segundo Coutinho, Abreu e Arruda (2014), permitem inferir que no caso dos idosos essas questões estejam mais presentes.

Segundo Souza e Mattos (2012), as relações do cigarro com doenças respiratórias e com o câncer, além do medo de morrer e a discriminação social, são os fatores que mais pesam na decisão de parar de fumar. O tabagismo afeta negativamente a qualidade de vida dos fumantes, dificultando as relações sociais e a realização das atividades de vida diária. Dessa forma, a orientação realizada pelos profissionais de saúde sobre o tabagismo e suas implicações para a saúde é importante e deveria ser realizada com maior frequência. (SOUZA; MATTOS, 2012; COUTINHO; ABREU; ARRUDA, 2014).

Outro aspecto motivacional importante pode ter relação com a família, segundo Jesus *et al.* a mesma costuma ser o centro de apoio e estímulo, local em que o fumante se sente seguro, podendo expressar seus temores e receber afeto que o ajudará a enfrentar as dificuldades. De tal modo, se expressa como um fator mobilizador importante. Ademais, as próprias discordâncias entre os casais com relação ao parar ou não de fumar são fonte geradora de motivação (COUTINHO; BRUN; ARRUDA, 2014).

Echer e Barreto (2008) referem que a determinação do fumante de querer parar de fumar e o apoio de vários segmentos da sociedade, dentre eles da família, têm crucial importância no abandono do tabagismo. Coutinho, Brun e Arruda (2014) mencionam que o papel da família no processo de abandono do tabagismo reflete-se em incentivo, reflexão, apoio e proteção. Os sujeitos relataram a importância de se sentirem cuidados e amparados por seus familiares nesse momento de fragilidade.

A família é o centro de apoio e estímulo, local em que o fumante se sente seguro,

podendo expressar seus temores e receber afeto que o ajudará a enfrentar as dificuldades, dessa forma, se expressa como um fator mobilizador importante (ECHER; BARRETO, 2008).

Sobre as razões apontadas para fumar, o fato de o cigarro acalmar foi o motivo mais apontado pelos participantes deste trabalho, o que demonstra a já conhecida relação entre o tabagismo e ansiedade. Nesse sentido, o estudo realizado por Rondina, Gorayeb e Botelho (2007), sobre características psicológicas associadas ao tabaco, demonstrou que os fumantes tendem a ser tensos, impulsivos, depressivos, ansiosos, além de apresentarem maior busca por sensações estimulantes/excitantes e também comportamentos não convencionais.

Lopes, Rondina e Nakano (2015) julgam que fumantes podem ser considerados grupos clínicos com perfil de personalidade diferenciado daquele encontrado na população em geral, indicando que múltiplos aspectos de interação social e dimensão interpessoal podem desempenhar um papel importante na manutenção do hábito.

No atual estudo, os participantes relataram, reiteradamente, associar o hábito de fumar com atividades cotidianas como: enquanto falam ao telefone, após as refeições, quando fazem uso de bebidas alcoólicas ou café, quando estão no trabalho ou quando sentem ansiedade, tristeza e alegria. Tais associações demonstram a relação do tabagismo e o comportamento rotineiro do indivíduo.

Nesse contexto, outro estudo sobre estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo obteve como resultados que quanto maiores os escores de ansiedade e de depressão, menor será a aderência ao tratamento, e que as mulheres apresentaram maiores escores de depressão e ansiedade e, portanto, menor aderência (MELO; OLIVEIRA; FERREIRA, 2006). Dessa forma, autores relatam que é importante que as campanhas de combate ao tabagismo adotem, além das estratégias vinculadas à maternidade, ações que orientem as mulheres sobre estratégias adequadas de alívio de tensão e estresse (OLIVEIRA; GORAYEB, 2012).

Em relação ao consumo do álcool, cabe destacar que pessoas com resultado negativo para o Teste de Cage apresentaram maiores proporções de cessação e tempo de abstinência continuada. Esse resultado fortalece a velha combinação entre o cigarro e o consumo do álcool. Assim, revela-se a relevância de considerar o consumo alcoólico e de outras substâncias psicoativas na abordagem do tratamento ao tabagista (CARDOSO *et al.*, 2010).

Na população estudada, apenas uma pequena parcela declarou não ter nenhuma religião, a maioria declarou-se como católica ou protestante, dados que se assemelham ao censo 2010 e outros estudos realizados (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010; QUEIROZ; PORTELA; ABREU, 2015).

Alguns pontos cegos dos estudos devem ganhar destaque, como o significado de afiliação religiosa. A pessoa pode se considerar católica, porém, podem ser consideradas

ocasiões mais sociais do que rituais religiosos vivenciados. Especialmente no Brasil, observa-se que as pessoas se consideram católicas como uma denominação ampla, mas frequentam centros espíritas, candomblé e os outros cultos simultaneamente. Então os dados da frequência religiosa ou afiliação religiosa podem não ser muito fidedignos.

Todos esses aspectos os autores Jesus *et al.* (2016) alertam para necessidade de intervenções que reforcem a automotivação como elemento fundamental para a cessação do hábito de fumar. Indicam a importância dos grupos de prevenção e tratamento para os tabagistas nos serviços de atenção primária, locus onde o profissional tem a oportunidade de conhecer e acompanhar o usuário dentro do seu contexto social.

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que os usuários tabagistas que participaram do grupo de cessação na Atenção Primária à Saúde, apresentaram perfis próximos a outras pesquisas com esta população neste nível de atenção, ou seja apresentam características que podem ampliar a exposição, gerar maiores complicações e morbimortalidades, bem como fragilizar o tratamento, caso não recebam atenção adequada dos profissionais envolvidos na sua assistência.

Os perfis mostraram importantes características destes usuários que devem ser considerados em todo o processo de tratamento, e também para os processos organizacionais e operacionais destes serviços primários que os acolhem e manejam seu cuidado. São adultos na fase produtiva, solteiros, início de consumo na adolescência, prolongado tempo de exposição, dependência alta de nicotina, maioria mulheres, além da baixa escolaridade e renda, podem ser fatores que ampliam riscos, vulnerabilidades e morbimortalidades.

Além disto, as características referentes ao hábito e razão para fumar como consumo após refeições, ansiedade, após ingestão de café, tristeza, forma de acalmar e prazer, além dos sintomas de abstinência como ansiedade e irritabilidade, estão ligados direta e indiretamente ao sistema de recompensa, questões comportamentais e psicológicas, que somadas ampliam as possibilidades de continuidade do abuso, bem como de recaídas e agravamentos, que precisam serem trabalhados de forma ampla e abrangente com uso de ferramentas e técnicas de apoio, além de suporte familiar e social .

Outra questão a se destacar nesta conclusão, é que a maioria já havia parado de fumar até pelo menos três vezes, o que acende o alerta aos profissionais que realizam a atenção a estes usuários, sobre algumas fragilidades que apresentam no enfrentamento da dependência e que vão demandar da equipe multiprofissional ações integradas e interdisciplinares no decorrer de todo tratamento para êxito de redução de danos ou abstinência.

A autopercepção de saúde considerada em sua maioria como regular, mostra que

fatores relacionados à promoção a saúde podem estar afetados, e muito interessante destacar é a preocupação com a saúde futura como motivação de deixar de fumar, sendo que a maioria são tabagistas de longa data, adultos, o que preocupam com a qualidade de vida a longo prazo e seus efeitos.

Um ponto muito positivo a se destacar nesta pesquisa foi que a maioria dos tabagistas no grupo de cessação encontravam-se no estágio pronto para a ação, e no resultado do Teste de Cage, a minoria apresentou problemas relacionados ao álcool, o que é bem satisfatório, visto que tabagismo pode ser porta de entrada para consumo e abuso de álcool.

Assim conclui-se nesta pesquisa, que conhecer as características dos usuários em grupos de cessação é de muita relevância, pois os serviços precisam adequar suas ofertas e demandas as necessidades e perfis dos usuários dos territórios que os acessam, para o controle do tabagismo.

Além disto, a APS sendo porta de entrada no cuidado destes usuários, deve por meio das equipes sistematizarem uma atenção de forma integral, valorizando as características positivas apresentadas por estes, bem como criando mecanismos de manejo e apoio, para o enfrentamentos das características negativas e frágeis que possam apresentar, e que podem influenciar e impactar no desfecho do tratamento.

Este estudo mostrou que as características dos usuários podem ampliar a complexidade do tratamento, dependência de tabaco ou outras drogas, visto que são grupos que trazem vulnerabilidades, podem estar mais expostos, ou mesmo não procurar tratamento por questões culturais e sociais, o que aumenta a responsabilidade dos profissionais neste processo de cuidado.

Para o êxito da implementação do Programa Nacional de controle do Tabagismo na APS, faz-se necessário que usuários do território tenham acesso aos serviços de saúde, e nestes espaços tenham dos profissionais um olhar sensível e técnico das suas características, dificuldades e potencialidades para que assim tenham um cuidado integral e resolutivo.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e /ou análise e interpretação dos dados: Mattos LR, Abreu AMM

Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante: Mattos LR, Abreu AMM, César MP, Barros AMMS, Souza ABAL de

Aprovação final do manuscrito para submissão: Mattos LR, Abreu AMM

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Bolsas CAPES/ doutorado.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. F. *et al.* Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.13, n.3, p. 152-166, dez. 2011.

ABREU, A. M. M. *et al.* Perfil do consumo de substância psicoativas e sua relação com as características sociodemográficas: uma contribuição para intervenção breve na atenção primária à saúde, Rio de Janeiro, Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Legislação Federal Vigente sobre Tabaco no Brasil. Apresenta um resumo da legislação vigente relacionado ao controle do tabaco no Brasil.** 2009. Acesso em 11 de mai de 2021. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/102_Legislacao-Federal-Vigente-Sobre-Tabaco-no-brasil.pdf<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção em Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool.** Brasília, 2010. 80 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigil Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: **percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p.

CARDOSO, D. B. *et al.* Fatores relacionados ao tabagismo e ao seu abandono. **Revista de Medicina**, São Paulo, v.89, n.2, p.76-82, abr./jun. 2010.

COUTINHO, L. S. B.; BRUN, S. R. M.; ARRUDA M. P. Motivação como estratégia para a cessação do tabagismo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.9, n.32, p. 242-249, jul./set. 2014.

ECHER, I. C.; BARRETO, S. S. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.3, maio/jun. 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ)**. Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 132p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. In: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Prevenção e fatores de risco**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Acesso em: 10 mai. 2021. Disponível em: <http://portal-prod.sti.inca.local/tabagismo>.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro**: INCA, 2020 a. Acesso: 10 mai de 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Rede de Tratamento do tabagismo no SUS**. Rio de Janeiro: INCA, 2020 b. Acesso: 10 mai de 2021. Disponível em :<https://www.inca.gov.br/en/node/1483>

JESUS, M. C. P. *et al*. Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.50, n.1, p.73-80, fev. 2016.

JOMAR, R. T.; ABREU, A. M. M.; GRIEP, R. H. Caracterização do consumo de álcool de uma população adscrita à estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.96-100, jan./mar. 2014.

LOPES, A. T. L.; NAKANO, T. C.; RONDINA, R. C. Características de personalidade e dependência nicotínica em universitários. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v.14, n. 1, p.73-81, abr. 2015.

MACHIN, R. *et al*. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p. 4503-4512, nov. 2011.

MELO, W. V.; OLIVEIRA, M. S.; FERREIRA, E. A. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.10, n.1, p.91-99, jan./jun. 2006.

MONTEIRO, C. A *et al*. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989–2003). **Bull World Health Organ**, v. 85, n. 7, p. 527-534, Jul 2007.

MOREIDA-ALMEIDA, A. *et al*. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.37, n.1, p.12-5, 2010.

NEPOMUCENO, T. B.; NEPOMUCENO, V. Tabagismo e relações de poder na produção de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.2, p.701-710, 2014.

OLIVEIRA, C. M.; GORAYEB, R. Diferenças de gênero e fatores motivacionais para início do tabagismo em adolescentes. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.3, n.1, p.49-54, jan. 2012.

OPALEYE, E. S. *et al*. The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.34, n.1, p.43-51, mar. 2012.

PAWLINA, *et al.* Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 433-439, out. 2015.

PINTO, M. *et al.* **A 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. Maio de 2017. Acesso em: 09 mai 2020. Disponível em: www.iecs.org.ar/tabaco.

PORTES, L.H *et al.* A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciênc. saúde colet**, v. 23, n. 6, p.1837-1848, Jun 2018.

KÜMPEL, C. *et al.* Aspectos sociais relacionados ao tabagismo em idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.17, n.3, p.183-199, set. 2014.

QUEIROZ, N. R.; PORTELLA, L. F.; ABREU, A. M. M. Associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e a religiosidade. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n.6, p.546-52, dez. 2015.

RIZZO, M. R.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.36, n.1, p.67-74, fev. 2010.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.33, n.5, p.592-601, out. 2007.

SANTOS, S. R. *et al.* Perfil de fumantes em um centro de cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n.9, p. 695-70, set. 2008.

SILVA, S. T. *et al.* Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 539-552, fev. 2014.

SOUZA, T. A.; MATTOS, F. F. representação social de adultos sobre o tabagismo e suas implicações para a saúde: estudo realizado em comunidade rural – MG. **Arquivos em odontologia**, Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p.159-165, jul./set. 2012.

WHO. **Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, second edition**. Geneva: World Health Organization, 2019 a. Acesso: 10 mai de 2021. Disponível: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/978924000032-eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/978924000032-eng%20(1).pdf)

WHO. **Report on the Global Tobacco Epidemic - The MPOWER package**. genebra, 2008 – Acesso: 9 de mai de 2021. disponível from: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf

WHO. Organização Pan americana de Saúde. **MPOWER: Um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo**.Genebra: World Health Organization, 2007. Acesso: 10mai de 2021. Disponível em: [Wohttps://www.paho.org/bra/dmdocuments/Tabaco%20ebook.pdf](https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Tabaco%20ebook.pdf)

WHO. **Who Report on The Global Tobacco Epidemi. Genebra, 2019 b- Offer help to quit tobacco use**. Acesso: 09 de mai de 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/9789241516204-eng%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/9789241516204-eng%20(2).pdf)

CONTROLE DA DIABETES MELLITUS: DESAFIO DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO EM SANTARÉM-PARÁ

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Domingas Machado da Silva

Enfermeira. Preceptora de Estágio Supervisionado, Centro Universitário da Amazônia – UNAMA; Santarém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/5202168262491743>

Gisele Pinto de Oliveira

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente da Fundação Oswaldo Cruz
<http://lattes.cnpq.br/7591585207996111>

Líliã Maria Nobre Mendonça de Aguiar

Enfermeira. Laboratório LACON Santarém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/3149704261770731>

Irlaine Maria Figueira da Silva

Enfermeira; Secretária Municipal de Saúde; Docente na Universidade Estadual do Pará (UEPA)
<http://lattes.cnpq.br/764488570400838>

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária a Saúde. Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi requisito essencial para conclusão do Curso de Especialização

em Gestão em Saúde promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Ao qual o objeto de estudo foi o alto percentual de glicemia descompensada dos pacientes com Diabetes Mellitus acompanhados por uma equipe de Estratégia Saúde da Família do Município de Santarém-PA, diante do acompanhamento do cuidado insuficiente da equipe de saúde e também do desconhecimento do processo saúde doença pelos pacientes, familiares e profissionais de saúde.

A Diabetes Mellitus representa um importante problema de saúde pública, e quando descontrolada pode ocasionar inúmeras consequências para os pacientes, além de onerar o sistema de saúde, visto que uma internação representa muito mais financeiramente do que as ações da Atenção Primária, o que é passível de intervenção (BARROS, 2015). Estimular as práticas de autocuidado, melhorar o estilo de vida, e a adesão ao tratamento, são medidas importantes a serem consideradas que proporcionarão aos pacientes melhor qualidade de vida, diminuam as incapacitações, as complicações tais como retinopatia, neuropatias, amputações e a mortalidade prematura.

Por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de

forma articulada (interdisciplinar), que considera as pessoas como um todo (BRASIL,2009).

OBJETIVOS

Reduzir o percentual de pacientes com glicemia descontrolada; Realizar busca ativa dos pacientes faltosos nos grupões e nas consultas médica e de enfermagem; Estabelecer cronograma de visitas compartilhadas; Realizar visitas compartilhadas para os casos mais graves com a equipe multidisciplinar ; Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento da diabetes; Promover o autocuidado por meio de educação em saúde; Melhorar o grau de conhecimento dos pacientes, familiares e profissionais de saúde, sobre o processo saúde-doença da diabetes.

METODOLOGIA

O tipo de estudo é de intervenção, realizado por meio de pesquisa-ação, pois além de compreender, visa intervir na situação, com o objetivo de modificá-la. O conhecimento almejado articula-se a uma finalidade intencional de alteração da situação pesquisada. Desta forma ao mesmo tempo em que realiza um diagnóstico e a análise de uma determinada situação, propõe ao conjunto de sujeitos envolvidos mudanças que levem a um aprimoramento das práticas analisadas (SEVERINO, 2007).

O tema foi escolhido durante reunião operacional de planejamento e avaliação das atividades da ESF pesquisada, em que se verificou a fragilidade do acompanhamento dos pacientes diabéticos evidenciado pelo alto percentual de glicemia descompensada, e discutido o tema em reuniões posteriores. Para o embasamento teórico científico utilizou-se o site de busca acadêmica: Google acadêmico, Manuais Técnicos da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, livros e periódicos.

Para o alcance dos objetivos propostos, com vistas ao enfrentamento da problemática aqui descrita, fora estruturada 02 matrizes de ações, para nortear o desenvolvimento do projeto. Sendo que cada matriz foi composta por duas causas críticas: O acompanhamento do cuidado insuficiente da equipe de saúde; Usuários, familiares e profissionais de saúde tem pouco conhecimento sobre o processo saúde-doença.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Estratégia Saúde da Família do estudo, estão cadastrados no programa de acompanhamento do diabetes mellitus 124 clientes diabéticos 69 (56%) possuem somente o diabetes e 55 (44%) além do diabetes mellitus são também hipertensos. Todos os meses são realizados grupões para interação entre equipe e entre pacientes, assim como são realizadas atividades de educação em saúde, teste de glicemia capilar, medidas antropométricas, dispensação de medicações (todos esses pacientes estão em tratamento

medicamentoso), consultas médicas (conforme a programação) e de enfermagem e café da manhã compartilhado. Dentre esses 124 clientes com Diabetes mellitus 18 são insulino-dependentes.

Para estimar a magnitude do problema nesse grupo de usuários, foram coletados dados do índice de glicemia no período de novembro de 2016 à junho de 2017. Como resultado 124 pacientes diabéticos apenas 63 (50,8%) tem mensuração regular de glicemia e dos que tem mensuração regular, 46 (73%) tem glicemia acima de 150 mg/dl. Sendo as possíveis causas: a falha no tratamento e acompanhamento longitudinal desses pacientes pela equipe de saúde e pelo paciente/ desconhecimento dos profissionais de saúde; Carência do reconhecimento da importância do controle e manutenção das taxas de glicemia de 70 mg/dl à 110 mg/dl, e o impacto que a diabetes mellitus descompensada pode acarretar prejuízos na autonomia e qualidade de vida desses usuários/ desconhecimento do paciente, falta de medicação ou quantidade insuficiente.

Diante do exposto, percebeu-se que o paciente com diabetes mellitus fica vulnerável ao descontrole da glicemia, o que poderá em curto ou longo prazo ter severas complicações. O alcance dos objetivos propostos será observado por meio da redução das taxas de glicemia nos acompanhamentos e rotina à médio e longo prazo, com níveis ideais de glicemia, conhecimento do processo saúde doença pelos pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Resultados/Impacto 1: Diminuição dos pacientes que não realizam o monitoramento rotineiramente da glicemia, aumento da participação desses usuários nos acompanhamentos mensais dos grupos e das consultas médicas e de enfermagem, com níveis ideais de glicemia e diminuição das complicações.

Resultados/Impacto 2: Redução do desconhecimento sobre o processo saúde doença dos pacientes, familiares e profissionais, para melhor controle das taxas de glicemia, promoção do autocuidado, melhor qualidade de vida, e melhora no acompanhamento desses pacientes pelos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o empenho/colaboração de cada um durante (equipe de saúde, pacientes e familiares), durante as dinâmicas/ações intervencionistas, foram essenciais para que os objetivos fossem alcançados, o conhecimento do processo saúde doença da diabetes mellitus pelos pacientes, familiares e profissionais de saúde, reflete na melhor qualidade de vida, prevenindo possíveis complicações, autonomia, melhor compreensão do processo saúde-doença pelos usuários, familiares e profissionais de saúde. Este trabalho nos tornou mais sensíveis na observação do contexto das práticas de saúde, de que forma estamos realizando nossas ações, se estamos contribuindo eficazmente para o fortalecimento da Atenção Primária. Pequenas mudanças ou adaptações que estão ao

nosso alcance são grandiosamente transformadoras e se constitui de um processo mútuo de aprendizagem na saúde pública.

REFERÊNCIAS

BARROS, Márcio Rosa. Controle de Hipertensos e Diabéticos: Estratégias para Atenção Básica. **Trabalho de Conclusão de Curso - TCC**. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Governador Valadares/ MG, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4805.pdf>. Acesso em 20 de Abr 2020

BRASIL, Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em 21 de Agosto de 2020.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CAPÍTULO 22

AVALIAÇÃO DE IMPACTOS A SAÚDE EM UM EMPREENDIMENTO NAVAL NO SUL DO BRASIL: OLHAR DA POPULAÇÃO

Data de aceite: 02/08/2021

Andressa de Andrade

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – RS
<https://orcid.org/0000-0002-5977-409X>

Marcelli Evans Telles dos Santos

Universidade Federal do Pampa, Curso de
Fisioterapeuta
Uruguaiana – RS
<http://orcid.org/0000-0002-6912-4920>

Caroline de Lima

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de
Enfermagem
Palmeira das Missões – RS
<https://orcid.org/0000-0002-2040-2221>

Leticia Fussinger

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de
Enfermagem
Palmeira das Missões – RS
<https://orcid.org/0000-0001-7401-151X>

Jaqueline Raimundi

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de
Enfermagem
Palmeira das Missões – RS
<https://orcid.org/0000-0002-8826-5702>

Alexa Pupiará Flores Coelho

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – RS
<https://orcid.org/0000-0002-9117-5847>

Gianfábio Pimentel Franco

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Ciências da Saúde
Palmeira das Missões – RS
<https://orcid.org/0000-0003-0644-8917>

Maria Cristina Flores Soares

Universidade Federal do Rio Grande, Instituto
de Ciências Biológicas
Rio Grande – RS
<https://orcid.org/0000-0002-1774-2081>

Ana Luiza Muccillo-Baisch

Universidade Federal do Rio Grande, Instituto
de Ciências Biológicas
Rio Grande – RS
<https://orcid.org/0000-0002-9475-6698>

RESUMO: A avaliação de impactos a saúde constitui um mecanismo de avaliação de uma política, programa ou projeto de desenvolvimento e considera em sua abordagem metodológica a participação das comunidades envolvidas. O município gaúcho de Rio Grande experenciou, de 2007 a 2015, uma fase de elevado crescimento econômico ocasionado pela instalação de um empreendimento naval. Neste sentido, o objetivo deste estudo consistiu em investigar os impactos em saúde relacionados à instalação do empreendimento, a partir do olhar da população. Metodologicamente, selecionou-se a técnica dos grupos focais. Foram realizados encontros em quatro bairros do município, seguindo um roteiro específico, criado pelos pesquisadores. Participaram dos grupos focais um total de 51 indivíduos. Como impactos positivos destaca-se

a melhoria das condições de emprego e renda previamente ao desfecho da crise política e econômica do país. Os impactos negativos citados se relacionam ao aumento da densidade populacional, ocasionada pela migração em busca de melhores oportunidades de emprego, o que produziu como consequência sobrecarga de diversos setores como saúde, habitação, segurança e mobilidade urbana. Ressalta-se a importância do olhar da comunidade para o reconhecimento da situação de saúde e dos impactos produzidos, atuando como coparticipante nos processos de tomada de decisão e auxiliando na elaboração de políticas públicas que minimizem as desigualdades geradas pelo crescimento econômico.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação do impacto na saúde; saúde da população urbana; promoção da saúde; equidade.

HEALTH IMPACT ASSESSMENT IN A SHIP IN SOUTHERN BRAZIL: A VIEW FROM THE POPULATION

ABSTRACT: The health impact assessment is a mechanism for evaluating a development policy, program or project and considers the participation of the communities involved in its methodological approach. The city of Rio Grande do Sul experienced, from 2007 to 2015, a phase of high economic growth caused by the installation of a naval enterprise. In this sense, the objective of this study was to investigate the health impacts related to the installation of the enterprise, from the point of view of the population. Methodologically, the focus group technique was selected. Meetings were held in four neighborhoods in the municipality, following a specific script created by the researchers. A total of 51 individuals participated in the focus groups. As positive impacts, we highlight the improvement in employment and income conditions prior to the outcome of the country's political and economic crisis. The aforementioned negative impacts are related to the increase in population density, caused by migration in search of better job opportunities, which resulted in the overload of several sectors such as health, housing, security and urban mobility. The importance of looking at the community for the recognition of the health situation and the impacts produced is emphasized, acting as a co-participant in the decision-making processes and assisting in the elaboration of public policies that minimize the inequalities generated by economic growth.

KEYWORDS: Health impact assessment; urban health; health promotion; equity.

1 | INTRODUÇÃO

A Avaliação de Impactos a Saúde (AIS) se caracteriza como uma ferramenta que objetiva avaliar uma política, programa ou projeto de desenvolvimento, com o intuito de determinar impactos potenciais sobre a saúde da população (OMS, 2011).

O método é composto por seis etapas definidas como triagem, escopo, levantamento de dados, avaliação dos impactos, monitoramento e avaliação (BATHIA, 2011; BRASIL, 2014). A etapa de levantamento de dados inclui a coleta de informações primárias e/ou secundárias, qualitativas e/ou quantitativas, investigando o perfil da comunidade e o estado de saúde da população afetada, identificando desigualdades existentes, bem como grupos excluídos ou vulneráveis que possam estar em risco aumentado inerentemente ou como

resultado do projeto (LACHIMI, *et al*, 2010).

Nesta etapa torna-se imprescindível a participação das comunidades envolvidas, oferecendo uma oportunidade de identificar os potenciais impactos de um projeto ou receber um retorno dos cidadãos sobre as questões de saúde (BOURCIER, *et al*, 2015; COLLINS, 2014). As experiências compartilhadas podem servir como subsídio para a tomada de decisão, além de favorecer a adoção de medidas que possam maximizar as condições positivas e mitigar as negativas, especialmente entre os mais vulneráveis (HELLER *et al*, 2013).

Rio Grande, município gaúcho situado no extremo sul do Brasil é conhecido por possuir o único porto marítimo e um dos principais distritos industriais do Estado do Rio Grande do Sul (RS). A partir de 2007, incentivos vinculados ao Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) garantiram a instalação de um polo naval e *offshore* no município, o que resultou na exigência de mão de obra qualificada e consequentemente favoreceu a migração de trabalhadores de outros estados (PAES, *et al*, 2014).

Estes aspectos despertaram o interesse na investigação dos impactos por meio da utilização da AIS. Embora a participação dos interessados represente estratégia fundamental para o avanço da equidade por meio da prática da AIS, estudos realizados na última década têm documentado uma lacuna neste processo, citando como fatores dificultadores o tempo e uso intensivo de recursos, aspectos que alongam o cronograma de etapas da AIS (COLLINS, 2014).

Assim, o objetivo deste estudo consiste em investigar os impactos em saúde relacionados à instalação do empreendimento naval em Rio Grande, a partir da opinião da população.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo que utilizou como método a técnica dos grupos focais (PEREIRA, 2004). Esta ferramenta contribui para a coleta de novos dados, bem como para o conhecimento da história local e aspectos culturais, permitindo identificar questões de saúde que possam estar relacionadas com o projeto em avaliação, muitas vezes não disponíveis quando se utilizam formas tradicionais de pesquisa baseada em evidências (COLLINS, 2014; SOPHIA, 2015).

O estudo foi desenvolvido no município do Rio Grande, localizado no extremo sul do estado do RS, o qual possui uma população total estimada de 211.965 habitantes (IBGE, 2020). Os participantes da pesquisa foram grupos de populações provenientes de quatro bairros do município denominados de A, B, C ou D e definidos de maneira a permitir uma representatividade geográfica do município em diferentes regiões, assim como uma amostra da população rural.

O bairro A, possui localização próxima ao centro da cidade e ao empreendimento

naval, sendo o maior bairro do município; o bairro B localiza-se na zona oeste, região populosa que concentra pessoas com menor poder aquisitivo; o bairro C está situado em uma área de transição entre os bairros A e B e concentra uma pequena colônia de pescadores. O bairro D representa uma amostra da população rural que se localiza em um ambiente de ilha e que concentra seu trabalho em atividades relacionadas a pesca e a agricultura (figura 1).



Figura 1: Localização dos bairros.

Fonte: google earth, 2020.

Para a etapa de produção de dados foram organizados encontros prévios com os representantes das associações de bairros os quais auxiliaram na escolha dos locais físicos para o desenvolvimento dos grupos focais, em cada comunidade, bem como na distribuição de convites à população. A mediação do debate ficou a cargo da pesquisadora.

Foram realizados três encontros em cada bairro, sempre no turno da noite, considerando que boa parte da população possuía compromissos de trabalho ao longo do dia. Nos bairros A, C e D o grupo focal foi realizado no salão paroquial ou outro espaço disponibilizado pela igreja da própria comunidade. Já no bairro B o encontro foi realizado na sede da associação de moradores. Os encontros ocorreram no período junho de 2016 a janeiro de 2017 e o tempo médio de duração de cada oficina foi de 90 minutos.

Em cada encontro seguiu-se um roteiro contendo quatro questões que nortearam as reflexões do grupo: 1) O que você acha da implantação do polo naval no município do Rio Grande? 2) Quais os pontos positivos da implantação do polo naval considerando educação, saúde, transporte, segurança, emprego e renda e saneamento básico? 3)

Quais os pontos negativos da implantação do polo naval considerando educação, saúde, transporte, segurança, emprego e renda e saneamento básico? 4) Alguma ação tem sido desenvolvida para combater os impactos negativos e fortalecer os positivos?

No início de cada encontro foi explicado aos participantes o objetivo do estudo, reiterada a importância da participação de cada um, esclarecidas as dúvidas e distribuído o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias. Posteriormente, as cadeiras foram dispostas em círculo, facilitando a visualização de cada participante. A fim de obter maior riqueza de detalhes, os encontros foram gravados pela pesquisadora, ficando o gravador disposto no centro de cada círculo.

Os dados foram avaliados por meio de análise temática, obedecendo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2012).

Na fase de pré-análise foi realizada a transcrição das gravações, a releitura e seleção inicial do material a ser analisado, de modo a atender aos critérios de validação dos temas emergentes tais como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A etapa de exploração do material consistiu na operacionalização do processo de codificação, buscando a classificação, a agregação dos dados, alcançando assim o núcleo de compreensão do texto. Em um primeiro momento foram explorados recortes do texto (palavras ou frases), compondo unidades de significação, que permitiram a identificação de temas recorrentes e passíveis de análise.

Na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os dados gerados nas fases anteriores foram retomados e submetidos à análise para aprofundamento das categorias, mediante a articulação entre o material empírico e as bases teóricas admitidas neste estudo. Para a identificação sigilosa do discurso dos moradores utilizou-se a sigla "M" seguida de um número 1, 2, 3(...) e da letra que simbolizava o bairro (A, B, C ou D). Deste modo, os participantes foram identificados da seguinte forma M1A, M5B, M3C, M2D e assim por diante.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa na área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), por meio do certificado de apresentação de apreciação ética 169/2015.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram dos grupos focais um total de 51 indivíduos, conforme disposto na tabela abaixo:

Bairro	Homens	Mulheres	Total
A	01	07	08
B	13	03	16
C	16	-	16
D	10	01	11

Tabela 1: Distribuição dos participantes por bairro e sexo (2020).

Fonte: a autora.

Da análise documental, a partir das transcrições dos grupos focais, emergiram duas categorias temáticas: Os impactos positivos e sua relação com a implantação do polo naval e A instalação de um empreendimento naval e os impactos negativos apontados pela população.

Os impactos positivos e sua relação com implantação do polo naval

Considerando a instalação do polo naval do Rio Grande, a opinião da população em relação aos aspectos positivos ocasionados pelo crescimento girou em torno de melhores oportunidades de emprego e renda, garantindo com que a cidade se tornasse conhecida no cenário nacional e mundial, conforme observado nos discursos abaixo:

“Eu acho que ele (polo naval) trouxe benefícios pra cidade do rio grande em negócio de emprego” (M1D).

“Antes do polo naval chegar a cidade era pacata, calma, muitos amigos meus e pessoas do convívio da igreja que eram universitários, tavam saindo de RG para outras cidades porque não tinha emprego, não tinham expectativa de vida. As pessoas vinham estudar na universidade, mas os filhos da cidade tinham que sair daqui da mesma forma pra procurar outros polos, pra profissionais, pra desenvolver seu trabalho. Então antes do polo ela (a cidade) tava vivendo assim em degradação, abaixo do nível, como em tantas outras cidades que ainda tão. Eu falo isso porque eu moro aqui já há quase 30 anos e não tinha expectativa” (M3C).

Os investimentos e a movimentação produzida pela indústria naval nos anos 2000 foram responsáveis por acabar com a estagnação econômica que vivia a parte sul do RS, desde a década de 90, provocada pela redução dos postos de trabalho em consequência da Lei de Modernização dos Portos (8.630/93) e pelo plano de demissão voluntária (PDV), o que atingiu o distrito industrial de Rio Grande e culminou com o fechamento de indústrias de fertilizantes e óleo de soja (CARVALHO, DOMINGUES, 2012).

O novo cenário econômico desenhado pela indústria naval, a partir de 2007, alavancou o desenvolvimento regional, gerando novas perspectivas para a região, uma vez que após a descoberta do pré-sal, ações deste setor direcionaram-se para o suprimento das demandas do mercado interno, construção de novas plataformas, navios de apoio e

equipamentos de prospecção de petróleo (ROCHA, 2016).

No período de 2008 a 2013, o aumento das vagas de emprego e consequentemente da renda dos trabalhadores, agora ligados ao ramo naval, atraiu novos atores provenientes da migração a partir de outras regiões do país e impactou em diversos setores da economia, entre eles o de habitação. Muitos trabalhadores visualizaram na melhoria da renda mensal, uma oportunidade para adquirir ou reformar imóveis; o setor de construção civil apresentou aumento da demanda no período, conforme evidenciado abaixo:

“Eu trabalho na construção civil. Nessa área pra mim o polo naval foi muito bom. O meu trabalho mais é no cassino (bairro), então muita gente dessas firmas que vieram trabalhar aí, construiu, compraram terreno no Cassino (bairro), construíram casas, isso aí por um bom tempo” (M3B).

“Que que acontece, o bairro São Miguel ele se situa no centro da cidade, aqui é o centro da cidade hoje, a gente tem shopping, farmácia, tem mercado[...]” (M2C).

A construção de um shopping center na área central do município foi referida como positiva em função de que, além de atrair novos investimentos e valorizar as comunidades localizadas nos arredores, garantiu maiores oportunidades de lazer a população. Observa-se certa elevação da autoestima dos indivíduos, expressa ao referirem mudanças no padrão de vida da população do bairro, que atualmente possui acesso fácil a atividades de lazer e a serviços básicos que se instalaram no próprio local como farmácias, supermercado e cinema, não havendo a necessidade de deslocamentos maiores.

Em termos de educação, o número de pré-escolas passou de 41 em 2005 para 44 em 2015, confirmando os relatos da comunidade (IBGE, 2010). Cita-se como positiva a iniciativa da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), universidade pública instalada no município, que procurou garantir a criação de cursos direcionados ao ramo naval, considerando a perspectiva de investimentos a este setor na região. Atualmente conta-se com cursos de graduação e pós-graduação que contemplam as áreas de Engenharia Civil e Mecânica direcionados para a área naval, além das áreas de Educação, Toxicologia e Gestão Ambiental, entre outros.

A instalação de um empreendimento naval e os impactos negativos apontados pela população

Questionados sobre os efeitos negativos atrelados a instalação do polo naval no município, muitos participantes citaram a crise política e econômica do país, agravada pela operação Lava Jato, como responsável pelo atual aumento do desemprego no município, o que produz déficits em diversos setores.

“O polo naval teve 12.000 homens trabalhando, hoje estamos com 4.000. Então 8.000 homens desempregados. Desses 8.000, colocando já no exagero, 2 mil foram embora e continua 6 mil vagando. Eu trabalhava há sete anos de porteiro, pintou a vaga lá, larguei e fui. Deu a zebra lá, fiquei cinco meses funcionário da Dilma, recebendo um auxílio desemprego. Cheguei, larguei currículo, to com mais de 100 currículos espalhado pra tudo que é lado” (M2B).

O Sindicato Nacional da Indústria da Construção e Reparação Naval e Offshore (SINAVAL) afirma que em 2013 havia quase 20 mil trabalhadores vinculados ao polo naval no município. Em abril de 2016 os registros eram de sete mil e em dezembro registrou-se a demissão em massa de 3.200 empregados (G1, 2016).

A crise financeira internacional contribuiu para a queda nos preços do petróleo a partir de 2008, fato que se justificou pelo aumento da produção do produto especialmente nos Estados Unidos e pela queda da demanda na Europa e na Ásia. No Brasil esta redução atingiu diretamente os investimentos no setor naval, levando à retração das encomendas de novas estruturas de apoio e exploração do petróleo (G1, 2016). Além disso, a deflagração da operação Lava Jato que constatou o envolvimento de boa parte das empresas ligadas ao ramo naval em desvios de orçamento público, vinculados a políticos e à PETROBRÁS, também contribuiu para a redução do número de postos de trabalho (ROCHA, 2016).

Outros setores também foram impactados pela instalação do estaleiro em Rio Grande. O aumento da renda anterior à crise política e econômica garantiu o surgimento da especulação imobiliária, sendo possível evidenciar elevação do valor dos imóveis e aluguéis. Em função disso, muitas famílias passaram a procurar por imóveis mais baratos em áreas afastadas do município, como pode ser observado nas falas abaixo:

"Tu comprava um terreno aqui (bairro C) por 3 mil, 1.500, no máximo 5 mil reais. Hoje o terreno custa 130 mil reais. Supervalorizou, deu um up no mercado imobiliário porque o aluguel que era 100 passou pra 1.000, pra 700 e ai quem recebe aquele salário, quem não tava qualificado pra entrar no polo naval, quem não era encarregado, quem não era supervisor, quem não tinha um equilíbrio do polo naval teve que entra de ajudante. Que que aconteceu, com esta valorização pessoas de maior poder aquisitivo começaram a comprar aqui no bairro, com isso se forma em torno de toda a cidade um cinturão de miséria. Hoje tu tem a Vila Mangueira (outro bairro), tem mais uma vila se formando embaixo da ponte, tem mais uma vila no sul da Querência (outro bairro)" (M2C).

Movimento semelhante pode ser observado em Suape, estado de Pernambuco. O progresso gerado pela instalação industrial em massa, vinculadas também à construção de estaleiros é responsável pela formação de bolsões de miséria, como é o caso do município de Ipojuca. Apesar de possuir o melhor PIB per capita do estado, concentrar 70% do complexo industrial de Suape e 100% da área portuária do complexo, 54% da população local está desempregada, 30% é analfabeta, 21% possui renda mensal de até um salário mínimo e 29% depende exclusivamente do recebimento de benefícios do governo federal (COSTA, 2013).

Com o crescimento econômico produzido em Rio Grande, uma área de ocupação irregular localizada no bairro A, próxima ao porto e ao distrito industrial do município precisará ser desocupada. Recentemente foi possível visualizar a construção de um condomínio na entrada do bairro para o reassentamento das famílias que residem na área de interesse do porto. Esta percepção fica evidenciada no discurso abaixo:

“Agora ultimamente até as pessoas que não querem sair lá daquela área vão ter que sair, porque o porto quer a área, e aí vem pra esses apartamentos aí né, imagina uma família com sete, oito pessoas, morar num apartamento daquele dali, sem condição. Eu mesma sou uma, não posso, como é que vou sair dali se eu tenho cavalo, se eu dependo da carroça pra sustentar né, então pra mim já é uma luta né” (M1A).

A expansão naval e portuária e a possibilidade de remoção representam fatores de grande preocupação a população riograndina que reside em locais próximos à água e que possui a pesca como principal fonte de renda. Muitas comunidades com localização próxima ao distrito industrial como Getúlio Vargas, Santa Tereza, Vila Mangueira e Barra convivem diariamente com estes enfrentamentos, cujo objetivo é garantir lugar para a instalação de empreendimentos privados (SANTOS, *et al*, 2013).

Em termos de saúde, um dos principais impactos observados foi o rápido aumento da população. O sistema que já estava defasado sofreu piora, sendo que o que se observa é a deficiência de recursos humanos e materiais, havendo ainda a necessidade de ampliação do número de atendimentos diários e de encaminhamentos para as especialidades.

“Eu acho que (a saúde) piorou em função do monte de gente que se tem hoje em Rio Grande, piorou” (M7B).

“Olha, olhando de 2008 pra cá até tava bom. Agora com esse negócio de falta de médicos, o INSS sem remédios, pra ver que nem Losartana que é pra pressão, é uma vergonha, nem no posto não tem” (M4D).

Embora os trabalhadores do ramo naval pudessem desfrutar de planos de saúde particulares, o sistema de saúde que já demonstrava sinais de sobrecarga anteriormente ao polo, passou a receber uma demanda ainda maior em relação aos atendimentos (FEIJÓ; MADONO, 2013). Os serviços privados, em especial os ambulatoriais, se tornaram superlotados, o que levou muitos indivíduos a optarem pela utilização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A grande movimentação de pessoas também foi responsável pelo aumento da natalidade. Informações obtidas junto à página eletrônica da Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS), evidenciaram que o número de nascimentos por ocorrência passou de 2572 em 2008, para 3195 nascimentos em 2014 e 3281 em 2015. Registrou-se ainda o surgimento ou aumento dos casos de alguns tipos de endemias, entre elas surtos de influenza A H1N1 em 2009 e de hepatite A em 2010, além do aumento dos casos de sífilis congênita. Suape/PE se assemelha a Rio Grande no quesito aumento da natalidade. Naquele local, os registros caracterizam nascimentos frutos de gravidez precoce e indesejada, conhecidos popularmente como “filhos de Suape” (COSTA, 2013).

Em termos de segurança, a intensa migração de trabalhadores até 2014 favoreceu o aumento da violência, do tráfico e do consumo de drogas e a prostituição.

“O que tá comum agora é o assalto no ônibus, cheio de seres humanos, criança, mulher... e eu acho assim, claro que é impossível isso acontecer,

mas tinha que ter um segurança dentro de cada ônibus" (M7B).

"Esse pessoal que veio trabalhar nas plataformas, quando ficou desempregado começou a roubar aí" (M5C).

"Prostituição e droga. A gente não tinha tanta mulher se prostituindo, isso veio lá na 53 (primeira plataforma de petróleo construída no município). Com a vinda da P55, P58, P63, 76 e 66, a gente tinha 5 plataforma ao mesmo tempo e aí foram embora as plataformas. E aí hoje a gente tem meninas, muita, muita menina se prostituindo e isso é geral e inclui o nosso bairro" (M2C).

O aumento do número de homens na cidade fez com que aumentassem os registros por tráfico e consumo de drogas, além dos casos de prostituição, problemáticas que já existiam em função da área portuária e que se acentuaram no período. Com o desemprego, aumentaram as desigualdades e a insegurança (FEIJÓ; MADONO, 2013).

Em relação ao transporte urbano, os relatos evidenciam que o aumento da população em um curto período ocasionou superlotação dos ônibus que se tornaram também mais lentos, conforme observado abaixo:

"A gente vai e vem que nem sardinha. Eu só não viro sardinha porque eu pego aqui dentro e venho sentada (uma das primeiras a embarcar), chegou ali deu, tá lotado" (M4A).

"Aumentou a frota de carros e o número de pessoas, então quer dizer, é o mesmo número de ônibus, com mais veículos e mais pessoas. Então tá mais lotado e mais lento" (M7B).

A mobilidade urbana tornou-se prejudicada em Rio Grande durante a ascensão do polo naval. O aumento do fluxo de veículos tornou o trânsito mais lento especialmente em horários de pico. Registros do Departamento de Trânsito do RS (DETRAN/RS) dão conta de 63.159 veículos em 2007 e uma elevação para 111.226 em 2015 (DETRAN, 2016). Com isso, indivíduos que dependiam de transporte público sofriam as consequências de um trânsito mais lento e superlotado.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após duas décadas de declínio, no ano 2000 a indústria naval brasileira retomou seu crescimento, impulsionada pelo PAC e diante do anúncio da Petrobras acerca da substituição da frota de navios e da construção de plataformas de apoio *offshore*. Neste período, o crescente aumento de encomendas e as parcerias com empresas internacionais proporcionaram aos estaleiros nacionais a gradual ascensão de suas atividades.

Rio Grande participou deste processo. A implantação dos estaleiros garantiu potencialidades ao município como a geração de emprego e renda e o aumento na arrecadação de tributos, o que se refletiu em maiores investimentos em diversos setores.

Por outro lado, a ascensão econômica garantiu uma série de efeitos negativos, percebidos pelas comunidades locais e justificados pelo aumento da população e pelo

crescimento desordenado do município, que não conseguiu se preparar em tempo hábil. Destaca-se a precariedade no sistema de saneamento básico, a necessidade de ampliação do setor imobiliário, de reestruturação dos serviços de saúde, reorganização do tráfego urbano e de maiores investimentos em segurança.

Enfatiza-se que a construção de projetos de grandes empreendimentos deva ser precedida pela consulta as partes interessadas, em especial as populações afetadas e demais setores da sociedade civil, no sentido da corresponsabilização. O que se percebe é que a participação popular, em especial dos mais vulneráveis ainda é pouco considerada e que aspirações econômicas se sobressaem quando comparadas a preocupações acerca dos efeitos sobre as desigualdades sociais que podem advir ou serem exacerbadas, afetando a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. BHATIA R. **Health impact assessment: a guide for practice**. Oakland, CA, 2011.
2. BOURCIER E, CHARBONNEAU D, CAHILL C, DANNEMBERG AL. **An evolution of health impact assessments in United States, 2011-2014**. *Prev Chronic Dis* 12: 140376, 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de impacto à saúde – AIS: metodologia adaptada para aplicação no Brasil**. Brasília-DF, 2014.
4. CARVALHO DS, DOMINGUES MVDLR. **Inserção do setor industrial em uma minuta para um plano de gerenciamento costeiro integrado: o desafio apresentado pelo polo naval do Rio Grande** [Dissertação]. Universidade Federal de Rio Grande – FURG: Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento Costeiro, 2012.
5. COLLINS B. **Critical planning a journal of the ucla dept of urban planning**. In: **where health, planning, and community empowerment meet: a rapid health impact assessment model and its application in los angeles**. Vol 21: 65-81, 2014.
6. COSTA HS. **Os impactos potenciais das atividades petrolíferas e de geração de energia em Pernambuco**. In: Fórum dos Atingidos pela indústria do petróleo e petroquímica nas cercanias da Baía de Guanabara (Org.). 50 anos da refinaria Duque de Caxias e expansão da indústria petrolífera no Brasil: conflitos socioambientais no Rio de Janeiro e desafios para o país na era do Pré-sal. FASE: 291-304, 2013.
7. DETRAN/RS. **Departamento de Trânsito do Rio Grande do Sul**. [Acessado em: 22/03/16]. Disponível em: <<http://www.detrans.rs.gov.br/>>
8. FEIJÓ FT, MADONO DT. **Polo naval do Rio Grande: potencialidades, fragilidades e a questão da migração** [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS): Faculdade de Ciências Econômicas, 2013.
9. G1. Portal de Notícias da Globo no RS. **Portos de Rio Grande tem queda de 60% no número de empregados**. [Acessado em 20/10/16]. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2016/04/portos-de-rio-grande-tem-queda-de-60-no-numero-de-empregados.html>>

10. HELLER J, MALEKAFZALI S, TODMAN LC, WIER M. **Promoting equity through the practice of health impact assessment.** 2013. [Acessado em 22/06/16]. Disponível em: <www.policylink.org>
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** [Acessado em 04/09/2016]. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>
12. LHACHIMI SK, NUSSELDER WJ, BOSHUIZEN HC, MACKENBACH JP. **Standard tool for quantification in health impact assessment: a review.** *Am J Prev Med* 38(1): 78–84, 2010.
13. LIMA, ET; VELASCO, LOM. **Construção naval no Brasil: existem perspectivas?** [Acessado em 04/10/16]. Disponível em <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/revista/rev1010.pdf>
14. MINAYO MC de S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** *Cien Saude Colet* 17(3): 621-626. 2012.
15. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference.** New York, 1948.
16. PAES RL, GIBBON ARO, GIROLDO D, TEIXEIRA GS, ANELLO LFS, BIEHL LV, DOMINGUES MVDLR, ABDALLAH PR, BOTELHO SSC, KWECKO VR. **Arranjo Produtivo Local Polo Naval e Offshore Rio Grande e Entorno – Caracterização Territorial e Plano de Desenvolvimento.** Rio Grande: Ed da FURG, 2014.
17. PEREIRA, MJB et al. **Coletando Dados em Grupo – el grupo focal.** *Rev Pan Enf.* Brasília, v.2(1) 27-34, 2004.
18. ROCHA RP, CONCEIÇÃO CS. **A Indústria Naval e Offshore e o Polo de Rio Grande: balanço e perspectivas.** *Pan Int*, Vol 2, Nº 1, 2016.
19. SANTOS CF, ARAÚJO CF, MACHADO CRS. **Rio Grande (RS): uma “zona de sacrifício”.** *Rev Ed Cien Mat*, 3(3): 91-104, 2013.
20. SOPHIA. Society of Practitioners of Health Impact Assessment. **Stakeholder Engagement Working Group.** Stakeholder Engagement: Planning and Budget Resource, 2015.

CAPÍTULO 23

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO BRASIL: ANÁLISE POR REGIÃO

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 14/06/2021

Daniel Henrique Pinheiro Rebouças

Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba Parnaíba-PI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0884871419525194>

Armando Gabriel Machado Arruda

Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba Parnaíba-PI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0560856152608086>

João Laurentino Sousa e Silva

Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba Parnaíba-PI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2805522392762874>

Nigel Lucas de Gomes Veras

Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba Parnaíba-PI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0356172633364098>

Isabella Campelo Soares de Carvalho

Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba Parnaíba-PI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2773987484975150>

João Henrique Piauilino Rosal

Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba Parnaíba-PI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4646264035663669>

Ronnyel Wanderson Soares Pacheco

Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba Parnaíba-PI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6552959822225453>

George Siqueira de Araújo Reis

Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba Parnaíba-PI, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5428-2256>

Maria Eduarda Moura Fernandes Ribeiro

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba Cabedelo-PB, Brasil.

Marco Antônio Carmadella da Silveira Júnior

Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba Parnaíba-PI, Brasil

Vinícius José de Melo Sousa

Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba Parnaíba-PI, Brasil

Paulo Egildo Gomes de Carvalho

Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba Parnaíba-PI, Brasil

RESUMO: Introdução: O Infarto agudo do miocárdio (IAM) é um evento clínico que consiste na necrose miocárdica resultante de isquemia grave prolongada de uma artéria coronariana, decorrendo de uma má perfusão sanguínea para o tecido cardíaco. Essa isquemia tem como principal fator a deposição de placas de gordura no lúmen do vaso, a origem dessas placas, na maioria dos casos, é relacionada a uma dieta rica em carboidratos e gorduras, associadas ao sedentarismo. O IAM é uma das principais causas de morte relacionada ao sistema cardiovascular, assim como também é o principal evento clínico com sinais e sintomas típicos ou atípicos que faz o paciente procurar ao pronto-socorro. **Objetivos:** analisar a incidência do infarto agudo do miocárdio no Brasil, por região e faixa etária. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa de cunho descritivo, com caráter regressivo, a partir de pesquisa documental de dados secundários, do ministério da saúde (DATASUS) e Science Eletronic Digital (SCIELO). Foram considerados fatores de exclusão o ano de publicação –os artigos analisados apresentam data de publicação entre 2010-2019-. **Resultados e discussão:** Durante o período analisado, foram encontrados 377.146 casos de internações por IAM no Brasil registrado pelo SUS, sendo 15.584 na região Norte, 65.982 no Nordeste, 194.599 no Sudeste, 76.165 no Sul, 24.816 na região Centro-Oeste. A taxa de mortalidade perante os dados de internações, é de cerca de 6,5%, totalizando 23.877 mortes ao longo do período analisado, sendo 15.212 do sexo masculino e 8.665 do sexo feminino. A faixa etária com maior número de óbitos entre as avaliadas foi de 50-59 anos, sendo 10.632 do sexo masculino e 5.976 do sexo feminino. **Conclusão:** No Brasil, o número de casos vem aumentando de maneira significativa, com média de 37.714 casos por ano, sendo o principal fator precursor os hábitos de vida da população. Observa-se que a taxa de mortalidade média no Brasil do sexo masculino é cerca de duas vezes maior do que o sexo feminino, onde essa taxa se reduz quando a mulher chega na menopausa que é por volta dos 50 anos de idade, onde a taxa de mortalidade também é maior.

PALAVRAS-CHAVE: Infarto agudo do miocárdio, regiões, Brasil.

EPIDEMIOLOGICAL EVALUATION OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN BRAZIL: ANALYSIS BY REGION

ABSTRACTL Introduction: Acute myocardial infarction (AMI) is a clinical event that consists of myocardial necrosis resulting from prolonged severe ischemia of a coronary artery, resulting from poor blood perfusion to the cardiac tissue. This ischemia has as its main factor the deposition of fat plaques in the vessel lumen, the origin of these plaques, in most cases, is related to a diet rich in carbohydrates and fats, associated with a sedentary lifestyle. AMI is one of the main causes of death related to the cardiovascular system, as well as the main clinical event with typical or atypical signs and symptoms that makes the patient seek the emergency room. **Objectives:** to analyze the incidence of acute myocardial infarction in Brazil, by region and age group. **Methods:** this is a research with a quantitative approach of descriptive nature, with regressive character, based on documentary research of secondary data, from the Ministry of Health (DATASUS) and Science Electronic Digital (SCIELO). Exclusion factors were the year of publication -the articles analyzed have a publication date between 2010-2019. **Results and discussion:** During the period analyzed, 377,146 cases of hospitalizations for AMI in Brazil were registered by SUS, being 15,584 in the North, 65,982 in the Northeast,

194,599 in the Southeast, 76,165 in the South, 24,816 in the Midwest region. The mortality rate, considering the data on admissions, is about 6.5%, totaling 23,877 deaths over the period analyzed, 15,212 of which were male and 8,665 were female. The age group with the highest number of deaths among those evaluated was 50-59 years old, with 10,632 males and 5,976 females. **Conclusion:** In Brazil, the number of cases has increased significantly, with an average of 37,714 cases per year, with the population's lifestyle habits being the main precursor. It is observed that the average male mortality rate in Brazil is about twice as high as that of females, where this rate reduces when the woman reaches menopause, which is around 50 years of age, where the rate mortality rate is also higher.

KEYWORDS: Acute myocardial infarction, regions, Brazil.

REFERÊNCIAS

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro; PIEGAS, Leopoldo S. **Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio.** Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo, p. 1-7, 2006.

PESARO, Antonio Eduardo Pereira; SERRANO JR, Carlos Vicente; NICOLAU, José Carlos. **Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 50, n. 2, p. 214-220, 2004.

PIEGAS, Luís Soares et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre **tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST.** Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 105, n. 2, p. 1-121, 2015.

SANTOS, Juliano dos et al. **Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1621-1634, 2018.

DATASUS. **Lista de morbidade CID10.** Disponível em: <http://tabenet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 28 out. 2019.

CAPÍTULO 24

PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES EM EXAMES CITOPATOLÓGICOS DE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SÃO LUÍS, MARANHÃO

Data de aceite: 02/08/2021

Kelven Ferreira dos Santos

Acadêmico do Curso de Enfermagem.
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís, MA, BRASIL

Ana Paula Almeida Cunha

Programa de Pós-Graduação em Saúde do
Adulto. Universidade Federal do Maranhão
(UFMA)
São Luís, MA, BRASIL

Francisco Pedro Belfort Mendes

Programa de Pós-Graduação em Saúde do
Adulto. Universidade Federal do Maranhão
(UFMA)
São Luís, MA, BRASIL

Renata Gaspar Lemos

Acadêmico do curso de Farmácia. Universidade
Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís, MA, BRASIL

Pablo Monteiro

Acadêmico do curso de Farmácia. Universidade
Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís, MA, BRASIL

Mariele Borges Ferreira

Acadêmico do curso de Farmácia. Universidade
Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís, MA, BRASIL

Lucas Henrique de Lima Costa

Acadêmico do curso de Farmácia. Universidade
Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís, MA, BRASIL

Gerusinete Rodrigues Bastos dos Santos

Programa de Pós-Graduação em Saúde do
Adulto. Universidade Federal do Maranhão
(UFMA)
São Luís, MA, BRASIL

Ilka Kassandra Pereira Belfort

Programa de Doutorado em Biotecnologia -
Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO),
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís, MA, Brasil

Allan Kardec Barros

Programa de Doutorado em Biotecnologia -
Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO),
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís, MA, Brasil

Flávia Castello Branco Vidal

Programa de Pós-Graduação em Saúde do
Adulto. Universidade Federal do Maranhão
(UFMA)
São Luís, MA, BRASIL

Sally Cristina Moutinho Monteiro

Programa de Pós-Graduação em Saúde do
Adulto. Universidade Federal do Maranhão
(UFMA)
São Luís, MA, BRASIL
Departamento de Farmácia, Universidade
Federal do Maranhão (UFMA)

RESUMO: Objetivo: Caracterizar os resultados de exames preventivos de câncer de colo do útero de um recorte da atenção primária em São Luís, Maranhão. **Métodos:** Estudo transversal realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Luís, Maranhão.

Foram realizadas coletas para colpocitologia em usuárias adultas com vida sexual ativa. O parasita vivo foi observado em uma preparação de gota de corrimento ou sobre a lâmina com uma gota de solução fisiológica, e pode ser claramente identificável ao microscópio devido a sua motilidade típica. Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* e como comparação utilizou-se o método de Dunn.

Resultados: Participaram desse estudo 552 mulheres, com faixa etária predominante de 30 e 59 anos (65.40%). Ao analisar as amostras verificou-se 64,67% de presença de processos inflamatórios, 5% de atipias celulares, 46,01% de agentes infecciosos. Dentre as atipias celulares encontradas, as mais comuns foram ASCUS (40%) e ASC H (24%). As análises estatísticas não demonstraram relação significativamente entre atipias celulares e agente infeccioso ($p=0.0804$), entretanto observou-se relação significativa entre a presença de patógenos e a presença de processos inflamatórios ($p=0,0202$). A infecção mais comum foi causada por *Chlamydia trachomatis* (21.01%), seguida por *Trichomonas vaginalis* (19.08%).

Conclusão e Implicações para a prática: Os dados analisados proporcionam a caracterização dos achados encontrados nos exames citológicos de colo de útero. Dessa forma, salientamos a necessidade acolhimento, manejo e orientações sobre prevenção do câncer de colo de útero e outras infecções sexualmente transmissíveis, além da oportunização dos exames de preventivo de colo uterino a fim de assegurar o diagnóstico precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Teste de Papanicolaou. Câncer do Colo do Útero. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT: Objective: To characterize the results of preventive exams for cervical cancer in a section of primary care in São Luís, Maranhão. Methods: Cross-sectional study carried out in Basic Health Units (UBS) in the city of São Luís, Maranhão. Samples were collected for colpocytology in adult users with an active sex life. The live parasite was observed in a runny drop preparation or on the slide with a drop of saline, and can be clearly identifiable under a microscope due to its typical motility. For data analysis, descriptive statistics were used, Kruskal-Wallis non-parametric test and the Dunn method was used as a comparison. Results: 552 women participated in this study, with a predominant age group of 30 and 59 years old (65.40%). When analyzing the samples, there was a 64.67% presence of inflammatory processes, 5% of atypical cells, 46.01% of infectious agents. Among the atypical cells found, the most common were ASCUS (40%) and ASC H (24%). Statistical analyzes did not show a significant relationship between atypical cells and an infectious agent ($p = 0.0804$), however there was a significant relationship between the presence of pathogens and the presence of inflammatory processes ($p = 0.0202$). The most common infection was caused by *Chlamydia trachomatis* (21.01%), followed by *Trichomonas vaginalis* (19.08%).

Conclusion and Implications for the practice: The analyzed data provide the characterization of the findings found in the cervical cytological exams. Thus, we emphasize the need for reception, management and guidance on the prevention of cervical cancer and other sexually transmitted infections, in addition to the opportunity for cervical preventive exams in order to ensure early diagnosis.

KEYWORDS: Pap smear. Cervical neoplasms. Sexually Transmitted Infections. Primary health care.

INTRODUÇÃO

O exame preventivo do câncer de colo do útero (PCCU) ou citopatológico de Papanicolau apresenta importância no contexto da saúde da mulher e saúde pública por ser um teste de detecção de lesões precursoras do câncer de colo de útero. Segundo as Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (2016), a citopatologia é a análise de escolha devido sua acurácia, baixo custo e boa resolutividade.

Entretanto, mesmo com a possibilidade e facilidade de rastreio, o câncer de colo de útero apresenta importante prevalência no Brasil, sendo considerado o segundo mais incidente na região nordeste. De acordo com projeções para o triênio 2020-2022, as notificações de câncer de Colo de Útero no Brasil serão 16.710/ano, estimando um risco de 16,35 a cada 100 mil mulheres. Como forma de reduzir as taxas, o exame citopatológico tornou-se a principal estratégia do Ministério da Saúde (MS) no contexto da prevenção e diagnóstico precoce de lesões precursoras do Câncer de Colo de Útero (BRASIL, 2020).

Como forma de ampliar o acesso e atingir cobertura de 85% para mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos com vida sexual iniciada, a Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela oferta das atividades de prevenção e detecção precoce das lesões precursoras ou instalação do câncer de colo de útero e, na impossibilidade da manutenção da prevenção, realizar o diagnóstico de atipias celulares, manejo em tempo oportuno e oferta do devido encaminhamento no percurso assistencial de acordo com as necessidades do caso (BRASIL, 2011, TOMASI et al., 2015).

Mesmo não objetivando a identificação do perfil microbiológico, o momento da coleta do exame citológico caracteriza-se como uma oportunidade favorável à identificação de agentes de origem bacteriana como a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis* ou por protozoários como o *Trichomonas vaginalis* que afetam o epitélio estratificado da vulva, vagina e o colo uterino. Além disso, o exame citológico permite averiguar alterações celulares sugestivas da presença do papilomavírus humano (HPV), bem como lesões e pré-cancerosas (DOS SANTOS et al., 2019, VÉRAS et al., 2019).

Neste contexto, é importante conhecer o perfil das alterações citológicas nos exames realizados na Atenção Primária do município de São Luís, Maranhão, objetivando caracterizar os resultados de exames citológicos de colo de útero para o atendimento integral e focado nas necessidades da população do território.

MÉTODO

Declaração de Ética

Todas as participantes foram informadas dos objetivos e procedimentos a serem realizados neste estudo e consentiram por escrito em participar do mesmo. Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade

Desenho e População de Estudo

Trata-se de um estudo prospectivo de corte transversal, com amostra não probabilística. No período de agosto de 2018 a dezembro de 2019, foram convidadas aleatoriamente 552 usuárias da Atenção Primária em Saúde do distrito do Coroadinho totalizando 4 unidades de saúde, localizadas no município de São Luís, Maranhão. Como critérios de inclusão utilizou-se: mulheres maiores de 18 anos com vida sexual iniciada há pelo menos seis meses. Não foram incluídas gestantes, mulheres com contraindicação para o exame de Papanicolaou (p. ex.: uso atual de óvulos vaginais, menstruação, duchas vaginais nas últimas 24 h), hysterectomizadas, lactantes, mulheres que realizaram cirurgias nos últimos três meses e com doenças consumptivas.

Todas as participantes responderam ao questionário sobre seus dados sociodemográficos e informações sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST), uso de preservativo e método contraceptivo.

Coleta das amostras e realização do exame

As citologias oncóticas foram realizadas a partir de esfregaços citológicos obtidos com espátula de Ayres (amostra ectocervical) e escova endocervical (amostra endocervical), estendidos em lâmina de vidro, fixados com etanol e corados pela técnica de Papanicolaou. Os resultados foram relatados usando o 2001 *Bethesda Reporting System*, classificados como: Negativo para Lesão Intraepitelial ou Malignidade (NILM), células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), células escamosas atípicas - não podem excluir HSIL (ASC-H), lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) e câncer cervical invasivo (ICC).

Extração do DNA

A extração foi realizada a partir de swab cervical utilizando-se o kit *Dneasy Blood and Tissue* (QIAGEN Ltda, UK), seguindo protocolo descrito pelo manual de uso do fabricante. A extração baseou-se no princípio da afinidade do DNA por membrana de sílica. O processo é realizado em quatro etapas: 1) lise celular, onde ocorre o rompimento celular e liberação dos ácidos nucleicos; 2) ligação seletiva do DNA em membrana de sílica; 3) lavagem para a remoção de restos celulares e impurezas residuais e; 4) remoção do DNA da membrana de sílica e obtenção do DNA puro.

Detecção de ISTs por PCR Convencional

Para detecção dos agentes sexualmente transmissíveis *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* e *T. vaginalis* o DNA foi amplificado através de PCR convencional utilizando primers específicos para cada agente, de acordo com a Tabela 3. Para a reação de amplificação utilizou-se o kit PCR SuperMix Brasil (Thermofisher, BR). A reação consistiu

em um volume final de 50 μL , sendo 41 μL de Supermix, 10 pmol de cada primer e 100 ng de DNA genômico. Os ciclos de amplificação variaram de acordo com o primer utilizado.

Para amplificação de *T. vaginalis*, a reação ocorreu com uma desnaturação inicial a 94°C por 5 minutos, 45 ciclos de 94°C por 30 segundos, anelamento a 47°C por 1 minuto e extensão a 72°C por 45 segundos, e um ciclo de extensão final a 72°C por 10 minutos. Para amplificação de *C. trachomatis*, a reação ocorreu com uma desnaturação inicial a 94°C por 5 minutos, 35 ciclos de 94°C por 30 segundos, anelamento a 55°C por 1 minuto e extensão a 72°C por 45 segundos, e um ciclo de extensão final a 72°C por 10 minutos. Para amplificação de *N. gonorrhoeae*, a reação ocorreu com uma desnaturação inicial a 94°C por 5 minutos, 40 ciclos de 94°C por 30 segundos, anelamento a 55°C por 1 minuto e extensão a 72°C por 45 segundos, e um ciclo de extensão final a 72°C por 10 minutos (Adaptado de AMORIM, 2017).

Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados em banco de dados utilizando o programa *Microsoft Office Excel*®, versão 2019. Realizou-se a análise estatística com o programa *BioEstat* 5.4 e posteriormente análise descritiva das variáveis idade da paciente, escolaridade, número de parceiros sexuais e resultados dos exames. Os parâmetros foram agrupados e comparados, considerando os resultados dos exames normais e alterados, utilizando o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Como comparação utilizou-se o método de Dunn.

RESULTADOS

Foram realizadas 552 coletas de material citológico em mulheres com média de idade de 40 anos. As características étnico-raciais foram divididas entre as cores branca (9,60%), negra (24,82%), parda (63,95%) e outras (1,63%). O nível de escolaridade mais recorrente entre as participantes foi o ensino médio (52,72%), idade média da menarca aos 13 anos, coitarca aos 17 anos e 4 parceiros sexuais (Tabela 1).

Variáveis	n	%
Cor		
Branca	53	9,60%
Negra	137	24,82%
Parda	353	63,95%
Outras	9	1,63%
Idade		
18-24 anos	90	16,30%
25-29 anos	55	9,96%
30-59 anos	361	65,40%
>59 anos	46	8,33%
Escolaridade		
Sem estudo	20	3,62%
Fundamental(Incompleto/Completo)	173	31,34%
Médio (Incompleto/Completo)	291	52,72%
Superior (Incompleto/Completo)	68	12,32%
Idade da menarca		
<9 anos	1	0,18%
9 -11 anos	72	13,04%
12 - 16 anos	458	82,97%
> 16 anos	21	3,80%
Idade da coitarca		
<15 anos	109	19,75%
15-17 anos	260	47,10%
18-24 anos	161	29,17%
≥25 anos	22	3,99%
Número de parceiros		
1-2	237	42,93%
3-4	170	30,80%
≥ 5	145	26,27%
Histórico de IST's*		
Sim	117	21,20%
Não	435	78,80%

*IST: infecção sexualmente transmissível.

Tabela 1 – Características clínicas e sociodemográficas das usuárias atendidas na Atenção Primária em Saúde. São Luís, MA, 2018-2019.

Em relação a via sexual, a mais relatada foi a vaginal 99,09%, seguido do sexo oral com 95,47%. Quando perguntado sobre a utilização de preservativos, 76,63% referiram não utilizar preservativos em relações sexuais. Das mulheres pesquisadas 96,01% negaram o

uso de anticoncepcionais orais e 78,8% histórico de IST anterior.

Ao analisar as amostras verificou-se 79,62% de presença de processos inflamatórios, 5% de atipias celulares, 46,01% de agentes infecciosos.

Dentre as atipias celulares encontradas as mais comuns foram ASCUS (40%) e ASC H (24%). A infecção mais comum foi causada por *Chlamydia trachomatis* (21,01%), seguida por *Trichomonas vaginalis* (19,08%) – Tabela 2. As análises estatísticas não demonstraram relação significativamente entre atipias celulares e agente infeccioso específico ($p=0,0804$), entretanto observou-se relação significativa entre a infecção por patógenos, em geral, e a presença de processos inflamatórios ($p=0,0202$).

Variáveis	n	%
Atipias		
Positivos para lesões intraepiteliais cervicais	25	4,53%
Negativos para lesões intraepiteliais cervicais ou malignidade	527	95,47%
<i>Chlamydia trachomatis</i>		
Sim	116	21,01%
Não	436	78,99%
<i>Trichomonas vaginalis</i>		
Sim	107	21,01%
Não	445	80,62%
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		
Sim	96	17,39%
Não	456	82,61%

Tabela 2 – Distribuição usuárias atendidas na Atenção Primária em Saúde, segundo a presença de atipias celulares e presença de agentes infecciosos. São Luís, MA, 2018-2019.

Houve uma distribuição superior da presença de patógenos nas amostras com inflamação (79,62%) em relação as amostras com processo inflamatório ausente (20,38%). E quando se comparou o grupo de mulheres com inflamação e sem inflamação verificou-se que houve significância entre a presença de agentes causadores de infecções do trato reprodutivo e a existência de processo inflamatório ($p=0,020$) – Tabela 3.

Resultados	Presença de inflamação	Ausência de inflamação	p-valor
<i>Trichomonas vaginalis</i>	83 (32,68%)	24 (36,92%)	0,0202
<i>Chlamydia trachomatis</i>	92 (36,22%)	24 (36,92%)	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	79 (31,10%)	17 (26,15%)	
Total	254 (79,62%)	65 (20,38%)	

Tabela 4 - Comparação entre quantidade de agentes infecciosos e presença de inflamação em usuárias atendidas na Atenção Primária em Saúde. São Luís, MA, 2018-2019.

DISCUSSÃO

O exame preventivo do câncer de colo de útero é realizado para detectar alterações celulares no colo do útero. O câncer do colo do útero é uma doença com alta prevalência e mortalidade significativa, justificando assim, a sua triagem em massa.

Após análise das amostras observou-se a presença de inflamação na maioria dos resultados (67,03%), grande quantidade de exames negativos para lesões intraepiteliais cervicais ou malignidade (95,47%) e sem apresentar resultados significantes ao relacionar as alterações citológicas com as demais variáveis do estudo. Dados esses que se encontram em consonância com os estudos de Aragão et al., (2019) onde verificaram, em uma comunidade quilombola no Maranhão, que elevada presença de inflamação (87%) nos exames preventivos de câncer de colo de útero realizados, com relação estatística ausente entre as inflamações e anormalidades citológicas.

Estudos de Martins et al., (2016) sobre análise do HPV no Brasil também mostram uma maior quantidade de resultados negativos para atipias celulares, onde das 665 participantes da pesquisa, 75% receberam o resultado de NILM e 166 (25,0%) foram diagnosticadas com alguma atipias, sendo ASCUS a alteração mais frequente (8,1%). Paterra et al., (2020) em estudo sobre o manejo das atipias, observou que entre as 175 mulheres com alterações citológicas, 76% diziam respeito a dois tipos de atipias: ASCUS e LSIL.

A grande quantidade de análises citológicas com resultados negativo para lesão intraepitelial ou malignidade não significa necessariamente que a população estudada se encontra fora de risco, pois a análise citológica tem uma probabilidade de falso negativo, em vários centros possuem atraso significativo dos resultados e infelizmente não é realizada de forma rotineira pela população feminina. De acordo com dados do Vigitel, o percentual de mulheres 25 a 64 anos de idade que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo do útero em últimos três anos em São Luís foi de 78,5%. Já no conjunto das 27 cidades, a frequência de realização do exame nos últimos três anos foi de 81,7%. A cobertura do exame atingiu seu menor nível na faixa etária entre 25 e 34 anos (74,5%), permanecendo próxima de 85% nas demais faixas, e teve uma leve tendência a aumentar com a elevação do nível de escolaridade (VIGITEL, 2018).

Estudos sobre a comparação entre análise colpocitológica e testes de HPV, mostram que o teste é uma opção de rastreamento com maior sensibilidade para detecção de neoplasia cervical de baixo grau, atribuindo a testagem características mais assertivas pelo processo de análise bioquímica e objetiva. Na rotina de rastreio da APS, o teste mostra-se promissor, com importantes resultados para a detecção precoce, segura e com intervalos mais longos nos casos de resultados negativos (KOLIOPOULOS et al., 2017, GRADÍSSIMO et al., 2017). Contudo, o Brasil ainda precisa melhorar a forma de triagem adequada do câncer de colo uterino, deixando de ser somente ocasional. Isso se deve

principalmente à falta de conhecimento e medo, por parte das mulheres e de estratégias assertivas e humanizadas, por parte do sistema de saúde (SOUZA et al., 2013).

Ao analisar os resultados dos exames, observou-se significância entre a presença de patógenos e as inflamações ($p= 0,0202$), onde apresentou-se como principais patógenos a *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Dados discordantes do estudo de Vêras et al., (2019) sobre a análise de 2.642 resultados do teste de papanicolaou entre usuárias da APS e Teixeira et al., (2015) em seu estudo sobre a prevalência de vulvovaginites no município de Jacanã (RN) resultando na presença principalmente de *Cândida spp* e *Gardnerella vaginalis*. Segundo Santos et al., (2017) *Chlamydia trachomatis* representou apenas 11,90% dos exames realizados 454 na Cidade Universitária do estado do Pará.

A estimativa da prevalência de IST podem variar de acordo com a população estudada e o método diagnóstico utilizado. Nesse estudo a prevalência de *Chlamydia trachomatis* foi maior que as outras IST identificadas, também maior do que a média apontada pela literatura. Contudo, vale ressaltar que se trata de uma amostra regionalizada entre mulheres que buscaram realizar a triagem para o câncer de colo uterino. Dessa forma, possui limitações quanto a identificação da relação causal entre esses agentes infecciosos, visto que as participantes foram avaliadas em um único momento (estudo transversal). No entanto, fazer um estudo de coorte prospectivo para avaliar a ligação entre o HPV, outras infecções genitais e o desenvolvimento de neoplasia cervical consumirá muito tempo e muitos recursos.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A prevalência de atipias na amostra totalizou 4,53%, não apresentando associações estatísticas com as variáveis estudadas. Os resultados para a presença de patógenos mostram-se significativos quando comparados com a presença de inflamação.

Os dados analisados proporcionam a caracterização dos achados encontrados nos exames citológicos de colo de útero. Dessa forma, salientamos a necessidade acolhimento, manejo e orientações sobre prevenção do câncer de colo de útero e outras infecções sexualmente transmissíveis, além da oportunidade dos exames de preventivo de colo uterino a fim de assegurar o diagnóstico precoce.

Faz parte da atenção à saúde estimular o acompanhamento em todas as fases da vida, incluindo ações estratégicas para promoção de saúde e prevenção de doenças, dentre elas, a citologia oncológica, assim como garantir a presença de profissionais qualificados para darem suporte a esse processo. Dessa forma, colaborando com o aumento do diagnóstico precoce de possíveis lesões precursoras do câncer de colo uterino aumentando a expectativa de vida dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S S C et al. Agentes microbiológicos de vulvovaginites identificados pelo papanicolau. 2014.

ARAGÃO, F B A et al. Associação do perfil microbiológico com alterações citológicas em mulheres quilombolas atendidos nas unidades básicas de saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 52, n. 4, p. 311-318, 2019.

AMORIM, A. T. et al. Co-infection of sexually transmitted pathogens and Human Papillomavirus in cervical samples of women of Brazil. **BMC Infectious Diseases**, v. 17, n. 769, p. 1–12, 2017.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude-SINAJUVE. *Diário Oficial da União*, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CAMARGO, K C et al. Secreção vaginal anormal: Sensibilidade, especificidade e concordância entre o diagnóstico clínico e citológico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, ed. 5, p. 223-228, 14 maio 2015. DOI 10.1590/SO100-720320150005183. Disponível em:

DOS SANTOS, L N et al. Health-related Quality of Life in Women with Cervical Cancer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 41, n. 04, p. 242-248, 2019.

GRADÍSSIMO, A; BURK, R D. Molecular tests potentially improving HPV screening and genotyping for cervical cancer prevention. **Expert review of molecular diagnostics**, v. 17, n. 4, p. 379-391, 2017.

KOLIOPOULOS, G et al. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, 2017.

MARTINS, T R et al. HPV genotype distribution in Brazilian women with and without cervical lesions: correlation to cytological data. **Virology journal**, v. 13, n. 1, p. 138, 2016.

PATERRA, T S V et al. Manejo de mulheres com atipias no exame citopatológico de colo uterino na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.

PINTO, V M, et al. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018, 23: 2423-2432.

SANTOS, D C F et al. Prevalência de alterações colpocitológicas em moradoras da cidade de São Luís atendidas pelo serviço público entre 2011 a 2013. **REVISTA UNINGÁ**, v. 53, n. 2, 2017.

SANTOS, L M dos et al. Prevalência da infecção endocervical de *Chlamydia trachomatis* em universitárias do estado do Pará, Região Amazônica, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 8, n. 3, p. 27-33, 2017.

TEIXEIRA, G A et al. Prevalência das vulvovaginites identificadas no exame citológico. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, 2015.

TONINATO, L G D et al. Vaginose bacteriana diagnosticada em exames citológicos de rotina: prevalência e características dos esfregaços de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 48, p. 165-169, 2016.

VÉRAS, G C B *et al.* Análise dos resultados do teste de papanicolaou entre usuárias da atenção primária: estudo transversal. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], n. 1, ed. 10, p. 29-34, 2019.

PREVENÇÃO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ESTRATÉGIA DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO

Data de aceite: 02/08/2021

Patrícia Haas

Professora Doutora do Curso de

Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Florianópolis - Santa Catarina, Brasil

<https://orcid.org/0000-0001-9797-7755>

Karina Mary de Paiva

Professora Doutora do Curso de Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Florianópolis - Santa Catarina, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7086-534X>

Luís Rafaeli Coutinho

Fisioterapeuta na Secretaria de Saúde (SMS) de Florianópolis
<https://orcid.org/0000-0003-0367-8637>

Eduarda Besen

Fonoaudióloga e mestranda da Universidade Federal de Santa Catarina; Curso de pós graduação em Fonoaudiologia
<https://orcid.org/0000-0002-4247-957X>.

Deivid de Souza Silveira

Médico Secretaria Municipal de São José SC
<https://orcid.org/0000-0001-9544-7996>

Saionara Nunes de Oliveira

Enfermeira do Hospital Universitário HU/UFSC
<https://orcid.org/0000-0002-5153-4374>

Danúbia Hillesheim

Doutoranda pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Florianópolis - Santa Catarina, Brasil
<http://orcid.org/0000-0003-0600-4072>

RESUMO: Introdução: No Brasil, cerca de 70 mil mortes por AVC são registradas a cada ano. Nesse cenário, a Atenção Básica à Saúde é um importante aliado na identificação de casos no território, e a longitudinalidade do atendimento permite identificar usuários em risco ou vulnerabilidade. Método: Este é um estudo observacional transversal. A população do estudo foi constituída por usuários da Atenção Básica à Saúde de uma capital do Sul do Brasil. Foi utilizado um instrumento de identificação de risco de AVE, fornecido pela REDE BRASIL AVC, indicado para adultos. Resultados: os participantes foram 132 indivíduos com média de idade de 58,7 anos. Entre eles, houve alto risco de acidente vascular cerebral em 41,67%, risco moderado em 23,48% e baixo risco em 34,85%. Observou-se associação entre alto risco para AVE e: ser do sexo feminino ($p = 0,046$); idosos ($p < 0,001$); ter HA diagnosticado na medição ($p < 0,001$); autorrelato de HA ($p < 0,001$); usar medicamentos para HA ($p < 0,001$); ser fumante ($p = 0,019$); e relatar diabetes ($p < 0,001$). Conclusões: O instrumento utilizado permitiu identificar uma parcela importante de indivíduos com alto risco para AVE. Ações para redução e controle dos fatores de risco

modificáveis são, portanto, necessárias. Ações voltadas para a educação em saúde da comunidade representam uma importante estratégia para as equipes de saúde da unidade, para abordagem da população em situação de risco ou vulnerabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção de AVC; risco de AVC; estilo de vida; promoção de saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT: Background: In Brazil, about 70 thousand deaths due to Stroke are recorded every year. In this scenario, Primary Health Care is an important ally in the identification of cases in the territory, and the longitudinality of care allows identifying users at risk or vulnerability. Design: This is a cross-sectional observational study. Methods: The study population consisted of users of Primary Health Care in a capital of Southern Brazil. An instrument was used to identify the risk of stroke, provided by REDE BRASIL AVC, indicated for adults. Results: the participants were 132 individuals with a mean age of 58.7 years. Among the them, there was a high risk of stroke in 41.67%, moderate risk in 23.48%, and low risk in 34.85%. It was observed an association between high risk for stroke and: being female ($p = 0.046$); elderly ($p < 0.001$); having AH diagnosed upon measurement ($p < 0.001$); self-report of AH ($p < 0.001$); using medicines for AH ($p < 0.001$); to be smoker ($p = 0.019$); and to report diabetes ($p < 0.001$). Conclusions: The instrument used allowed to identify an important portion of individuals with high risk for stroke. Actions for reduction and control of modifiable risk factors are, therefore, necessary. Actions aimed at community health education represent an important strategy for the health teams of the unit, to approach the population at risk or vulnerability.

KEYWORDS: Stroke prevention; stroke risk; lifestyle; health Promotion; primary health care.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo, sendo responsáveis pela morte de 17,5 milhões de pessoas, cerca de 31% dentre todas as causas de mortes. Destas, 6,7 milhões são em função do Acidente Vascular Cerebral (AVC)¹. No Brasil, são registradas cerca de 70 mil mortes por AVC anualmente e a doença representa a primeira causa de morbimortalidade no país, gerando um grande impacto econômico e social ².

A taxa de incidência de AVC em países de baixa e média renda superou os países de alta renda em 20% entre os anos de 2000 a 2008. O AVC é a segunda causa de incapacidade em países de baixo e médio desenvolvimento, sendo precedida apenas pela demência; e os dois juntos representam um terço dos anos de vida perdidos por incapacidade a longo prazo em todo o mundo ⁵. Além de representar um grande impacto para os serviços de saúde em função das complicações advindas deste quadro e das sequelas incapacitantes, a maioria dos indivíduos que sofrem AVC tem alta hospitalar com problemas de mobilidade, cognição e comunicação, questões que podem interferir na capacidade funcional e na qualidade de vida ⁶.

Os fatores de risco para o AVC envolvem aspectos não modificáveis, associados

às alterações genéticas, relacionadas à raça negra ou ao histórico familiar de doenças cardiovasculares; e aspectos modificáveis, como a Hipertensão Arterial, o Diabetes e fatores relacionados ao estilo de vida, como tabagismo, sedentarismo, dieta e consumo de álcool e drogas. Assim, ressalta-se a importância destes fatores de risco de caráter preventivo⁸.

O envelhecimento populacional pode representar um fator de risco para o AVC pelo aumento da prevalência das doenças crônicas, assim como do risco de incapacidade funcional, sendo essencial desenvolvimtno de medidas de monitoramento e promoção ao suporte ao idoso após o AVC no âmbito da Atenção Primária à Saúde ⁴.

A mortalidade por AVC representa um dos indicadores da qualidade do cuidado, seja pela eficiência das ações disponibilizadas, seja pelas decisões clínicas ou pelo conjunto de tecnologias disponíveis para o processo de cuidado, o qual é amplamente utilizada em outros países, para a intervenção na fase aguda, essencial para um bom prognóstico. Porém, tendo em vista a sobrevida com incapacidade no Brasil, o uso e aprimoramento de tecnologias leves tornam-se imprescindíveis, destacando-se a necessidade de aprimoramento de ações na atenção primária ⁷.

A atenção primária à saúde se configura como um importante aliado na identificação de casos no território e na longitudinalidade do cuidado para identificar e monitorar usuários em risco. O objetivo deste estudo foi estimar o risco imediato de AVC em usuários de um Centro de Saúde Público na região sul do Brasil.

MÉTODOS

Estudo observacional transversal conduzido para estimar o risco imediato de AVC em usuários do Centro de Saúde (CS) Coqueiros, Florianópolis SC – Brasil, entre os meses de janeiro a dezembro de 2017.

O município de Florianópolis, SC é dividido administrativamente em quatro distritos sanitários: centro, continente, norte e sul ⁽⁶⁾, com população estimada em 485.838 pessoas (IBGE). O centro de saúde (CS) Coqueiros, pertence ao Distrito Sanitário Continente, com uma população de 17679 usuários cadastrados, três equipes de saúde da família e oferece grupos de promoção à saúde como o Grupo de Caminhada, Corrida e pedalada e o Grupo de alimentação Saudável e Qualidade de Vida.

O recrutamento da população foi realizado por meio de convite aos usuários que compareciam ao CS para aferição da pressão arterial, para consultas agendadas e/ou para participação em grupos de promoção da saúde existentes na unidade. Aqueles que aceitavam participar, eram convidados a responderem a um instrumento de coleta de dados elaborado com variáveis para o cálculo de estimacão de risco imediato, por meio de um software online elaborado e disponibilizado pela REDE BRASIL AVC (redebrasil.avc.org.br).

As variáveis usadas para o cálculo de estimação de risco imediato de AVC envolvem questões genéticas (sexo, idade, etnia/raça e histórico familiar de doenças cardiovasculares - HA, Infarto, AVC, Trombose e uso de marca-passo); fatores de risco (hipertensão arterial referida, estresse no último ano; uso de anticoncepcional e diabetes); e estilo de vida (prática de atividade física, alimentação (consumo diário de frutas e verduras) e tabagismo. Além disso, foi realizada a aferição da pressão arterial e as medidas antropométricas, peso e altura, para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

Os dados coletados foram armazenados no programa no programa Microsoft Office Excel e foram realizadas análises estatísticas descritivas e de associação por meio do Teste do Qui-Quadrado, com nível de significância de 5%. As análises foram conduzidas no programa STATA 12.0. Para a estimação de risco imediato de AVC, foram inseridas as variáveis coletadas e por meio do software online elaborado pela REDE BRASIL AVC, o risco foi estimado, sendo categorizado em: baixo, moderado e alto.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o parecer 2.838.091.

RESULTADOS

Participaram do estudo 132 usuários, com média de idade de 58,7 (11,0) anos, destes 51,52% eram idosos (60 anos e mais), a maioria do sexo feminino (64,39%) e raça branca (90,15%). Observou-se que prevalência de Hipertensão Arterial (HA) referida foi 45,45% e 42,42% referiu fazer tratamento medicamentoso. Já a prevalência de HA obtida por meio de aferição foi igual a 51,52%. Com relação às questões genéticas, 78,79% da população afirmou ter histórico familiar de doenças cardiovasculares. A maioria (68,18%) disse ter passado por um fator estressante no último ano e apenas 4,55% relatou fazer uso de anticoncepcional hormonal. A prevalência de tabagismo referida foi de 15,15%, enquanto a de ex-tabagistas foi 33,93%. (Tabela 1)

Com relação ao estilo de vida, observou-se que a maioria relatou consumir frutas (74,24%) e verduras (79,55%) todos os dias, e praticar atividade física (68,18%). (Tabela 1). Observou-se que apenas 57,35% dos usuários com HA detectada na aferição, referiram este agravo, sugerindo um subdiagnóstico de HA na população.

Características sociodemográficas e de saúde	n	%
Idade média (dp) em anos	58,7 (11,0)	
Faixa etária		
Adultos	64	48,48
Idosos	68	51,52
Sexo		
Masculino	47	35,61
Feminino	85	64,39
Raça		
Branca	119	90,15
Amarela	5	3,79
Negra	8	6,06
HA referida		
Não	72	54,55
Sim	60	45,45
Medicamento		
Não	76	57,58
Sim	56	42,42
Atividade Física		
Não	42	31,82
Sim	90	68,18
Consumo diário de frutas		
Não	34	25,76
Sim	98	74,24
Consumo diário de verduras		
Não	27	20,45
Sim	105	79,55
Histórico familiar de DCV		
Não	28	21,21
Sim	104	78,79
Estresse		
Não	42	31,82
Sim	90	68,18
Uso de anticoncepcional		
Não	126	95,45
Sim	6	4,55
Diabetes		
Não	108	81,82

Sim	24	18,18
Tabagismo		
Não	112	84,85
Sim	20	15,15
Ex-Tabagista	74	66,07
Não	38	33,93
Sim		
HA aferida		
Não	64	48,48
Sim	68	51,52

Tabela 1 – Distribuição da população segundo características sociodemográficas e de saúde. Florianópolis, SC, 2017.

Com relação ao risco de AVC imediato entre os usuários do CS Coqueiros, verificou-se que 41,67% apresentaram risco alto, 23,48%, risco moderado e 34,85% risco baixo (Gráfico 1)

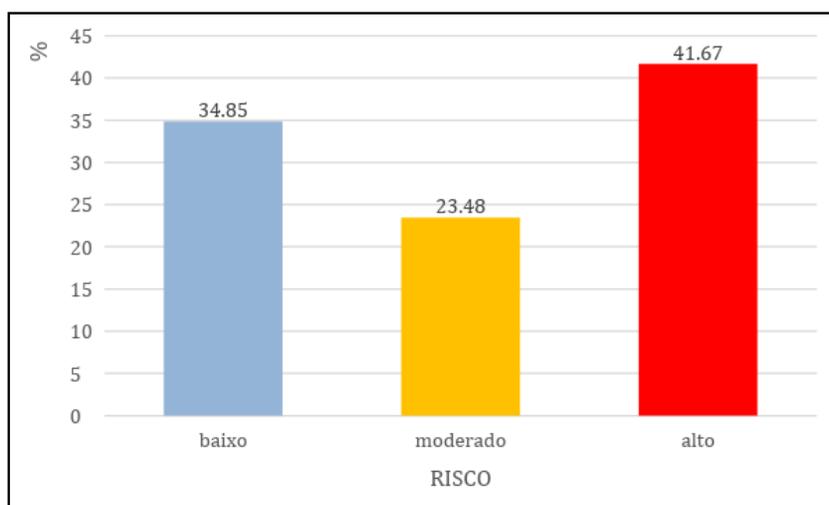


Gráfico 1 – Distribuição percentual segundo risco estimado de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em usuários do CS Coqueiros, Florianópolis, SC. (n=132).

Observou-se associação do risco alto de AVC com o sexo feminino ($p=0.046$); ser idoso ($p<0.001$); ter HA diagnosticada por aferição ($p<0.001$); referir ter HA ($p<0.001$); referir uso de medicamentos para HA ($p<0.001$); ser tabagista ($p=0.019$) e referir diabetes ($p<0.001$). (Tabela 2)

Variáveis	RISCO						p*
	Baixo		Moderado		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0.047**
F	32	69,58	24	77,42	29	52,73	
M	14	30,43	7	22,58	26	47,27	
Faixa etária							<0.001**
Adultos	42	91,3	13	41,94	9	16,36	
Idosos	4	8,7	18	58,06	46	83,64	
HA aferida							<0.001**
Não	30	65,22	19	61,29	15	27,27	
Sim	16	34,78	12	38,71	40	72,73	
HA referida							<0.001**
Não	37	80,43	18	58,06	17	30,91	
Sim	9	19,57	13	41,94	38	69,09	
Uso de medicamentos							<0.001**
Não	39	84,78	19	61,29	18	32,73	
Sim	7	15,22	12	38,71	37	67,27	
Prática de atividade física							0.109
Não	20	43,48	8	25,81	14	25,45	
Sim	26	56,52	23	74,19	41	74,55	
Histórico familiar de AVC							0.097
Não	5	10,87	9	29,03	14	25,45	
Sim	41	89,13	22	70,97	41	75,55	0.308
Estresse							
Não	11	23,91	10	32,26	21	38,18	
Sim	35	76,09	21	67,74	34	61,82	
Uso de anticoncepcional							0.725
Não	43	93,48	30	96,77	53	96,36	
Sim	3	6,52	1	3,23	2	3,64	
Tabagismo							0.019**
Não	43	93,48	28	90,32	41	74,55	
Sim	3	6,52	3	9,68	14	25,45	
Diabetes							<0.001**
Não	45	97,83	30	96,77	33	60	
Sim	1	2,17	1	3,23	22	40	

*Teste do Qui-quadrado **p<0,05.

Tabela 2 – Associação das variáveis segundo risco de AVC (baixo, moderado e alto). Florianópolis, 2017.

DISCUSSÃO

Por meio da estimacão de risco imediato proposta pela REDE BRASIL AVC, foi possível observar que uma parcela significativa da populao apresentou risco alto de AVC. Além disso, observou-se associao entre este risco alto com o sexo feminino, ser idoso, ter HA, tanto referida quanto detectada na aferio, usar medicamentos, ser tabagista e ter diabetes.

Destaca-se também o possível subdiagnóstico de HA, pois grande parte dos usuários identificados com HA na aferio não referiu este agravo quando foram questionados. A HA  uma doença crônica cujo diagnóstico e tratamento precoce são essenciais do ponto de vista preventivo, pois o risco relativo de AVC em pacientes hipertensos  aproximadamente quatro vezes superior em relao  normotensos na mesma idade^{9,10}. O diagnóstico de HA envolve a deteco e a sustentaco de níveis elevados da pressão arterial, sendo este um importante marcador de saúde do território que requer monitoramento destes usuários pelas equipes de saúde, como forma de garantir o controle, evitando complicaes. As principais recomendaes não-medicamentosas para preveno primária da HAS são: alimentao saudável, consumo controlado de sódio e ingestão de álcool, prática de atividade física e o combate ao tabagismo¹¹.

A idade  definida como um importante fator de risco para o AVC, já que o risco de AVC  duas vezes maior a cada década após os 55 anos^{12,13}. O envelhecimento populacional ocorre de forma acelerada e tardia no Brasil, com aumento da prevalência de doenças crônicas, dificultando a adequao dos serviços de saúde, configurado para atender aos agravos transmissíveis, que apresentam desfecho determinado pela cura ou morte. Assim, a longitudinalidade do cuidado na ateno primária  primordial para minimizar complicaes e requerem investimentos na promoo e preveno da sade¹⁴.

Com relao ao sexo, destaca-se a associao encontrada entre alto risco com o sexo feminino e alguns estudos destacam a potencializao pelas questões hormonais, como a reposio hormonal^{16,17}. Em contrapartida, um estudo afirma que os homens são 19% mais acometidos pelo AVC em comparao com as mulheres¹⁵.

Quando se trata dos fatores de risco modificáveis, relacionados ao estilo de vida, destaca-se a associao encontrada com o tabagismo, importante fator agressor cardiovascular, sendo um fator de risco estabelecido para o AVC⁹, e potencializado quando associado  HA¹⁹. Neste sentido, vale ressaltar a importância do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, cujas aes são voltadas ao tratamento do tabagismo na ateno básica e  adoo de medidas para a demanda e a oferta de produtos do tabaco¹⁸ e tem gerado impacto nos gastos públicos pela reduo dos indicadores de saúde relacionados ao tabagismo e as doenças relacionadas ao tabaco⁹.

Com relao ao diabetes, além do risco cardiovascular aumentado, os pacientes diabéticos contam com pior prognstico⁹, apresentando risco aumentado de 3 a 4 vezes de

sofrer evento cardiovascular e o dobro do risco de morrer deste evento quando comparados à população geral²⁰. É relevante destacar que diagnóstico precoce e tratamento correto da doença é medida eficaz na prevenção de doenças cardiovasculares, pois reduz significativamente os índices glicêmicos, reduzindo, assim, o risco cardiovascular²¹.

Um grande avanço na melhoria da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) é a Linha do Cuidado do AVC, que objetiva proporcionar cuidado integrado e continuado, uma importante iniciativa de organização dos recursos e atendimentos prestado em todos os níveis de atenção, propondo uma redefinição de estratégias que atendam às necessidades específicas do cuidado ao AVC. Tal iniciativa se faz crucial diante do cenário epidemiológico atual, cenário de envelhecimento da população e possível aumento dos fatores de risco associado²².

Desafios enfrentados nas rotinas de atenção ao AVC envolvem o investimento em medidas de controle dos fatores de risco, como tabagismo, sedentarismo e obesidade²³ e a qualificação dos trabalhadores no que tange longitudinalidade do cuidado e ações mais efetivas de promoção e prevenção em saúde, especialmente pelo fato de serem as unidades responsáveis pela confirmação diagnóstica, planejamento terapêutico e prevenção secundária²⁴. O acesso da população às ações na atenção primária à saúde relaciona-se à redução da procura por serviços de emergência, sugerindo redução das taxas de internação e complicações advindas do tempo de internação e da gravidade dos casos²⁵.

Internacionalmente, observa-se o desenvolvimento de estratégias de acompanhamento para levantamento de risco para doenças cardiovasculares na tentativa de reduzir indicadores de morbi-mortalidade. Destaca-se, assim, uso de modelos de predição de risco²⁶ e de controle de fatores de risco por meio de aplicativos de celular²⁷.

CONCLUSÃO

O risco alto de AVC identificado por uma importante parcela da população remete à necessidade de ações voltadas à redução e ao controle de fatores de risco modificáveis, assim como de monitoramento aos usuários em risco. O uso de um estimador de risco de AVC na atenção primária pode representar uma importante estratégia, já usada internacionalmente, na identificação de usuários em risco, como forma de potencializar o cuidado e a atenção à saúde de usuários.

REFERÊNCIAS

1. Organization WH et al. Cardiovascular diseases (CVDs) [internet]. 2017. [Acesso em: 29 ago. 2018]. Disponível em: [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Ministério da Saúde. PORTARIA N°. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012 [internet]. 2012. [Acesso em: 29 ago. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html

3. Leite HR., Nunes APN, Corrêa CL. Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. *Arq. Ciênc. Saúde* 2011, 15:15-21
4. Carmo FJ., Oliveira ARE, Morelato LR, Incapacidade funcional e fatores associados em idosos após o Acidente Vascular Cerebral em Vitória – ES, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2016, 19:809-818
5. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Barker-Collo SL, Parag V. Stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet neurol* 2009, 8:355-369
6. Goulart BNG, Almeida CPB, Silva MW, Oenning NSX, Lagni VB. Caracterização de AVC com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. *Audiol Commun Res* 2016, 21:1-6
7. Rolim CRLC, Martins M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. *Cad. Saúde Pública* 2011 27:2106-2116
8. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Acidente vascular Cerebral 2015. [internet]. 2015. [Acesso em: 29 ago. 2018]. Disponível em: http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp
9. Araujo, GPL et al. Principais fatores de risco para o acidente vascular encefálico e suas consequências: uma revisão de literatura. *Reinpec* 2017 3:283-296.
10. Malachias, MVB et al. Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2016 3:1-83.
11. Rodrigues CIS. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão: diagnóstico e classificação. *J Bras Nefrol* 2010, 32:S5-S13
12. Moran GM et al. Retrospective case review of missed opportunities for primary prevention of stroke and TIA in primary care: protocol paper. *Open* 2014, 4:1-6
13. Appellos P, Stegmayr B, Terent A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke* 2009, 40:1082–90.
14. MIRANDA MDG, MENDES GCA, SILVA, ANDRADE LA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s.l.], 2016 19:507-519.
15. Polese JC et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. *Rev Neurocienc.* 2008, 16:175-178
16. Wannmacher L, Lubianca JN. Terapia de reposição hormonal na menopausa: evidências atuais, Brasília, 2004 1:1810-0791
17. Filho RDS, Martinez TLR 1. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas ! *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002 46
18. Ministério da Saúde. Política Nacional de Controle do Tabaco Relatório de Gestão e Progresso 2011-2012. INCA 2014. [internet]. 2014. [Acesso em: 29 ago. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_controle_tabaco_relatorio_gestao.pdf.

19. Monteiro KS. Caracterização Funcional de Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Encefálico Assistedos em uma Unidade de Terapia Intensiva. *R bras ci Saúde* 2013, 17:269-274
20. Scheffel RS et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial *Rev Assoc Med Bras* 2004, 50: 263-7
21. Siqueira AFA, Almeida BP, Ferreira, SRG. Doença cardiovascular no diabetes mellitus: análise dos fatores de risco clássicos e não-clássicos. *Arq Bras Endocrinol Metab*[online]. 2007:257-267
22. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção: à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brasil, 2013. [internet]. 2013. [Acesso em: 29 ago. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 18 mar. 2018.
23. Carvalho JJF, Alves MB, Viana GAA, Machado CB, Santos BFC, Kanamura AH, et al. Stroke Epidemiology, Patterns of Management, and Outcomes in Fortaleza, Brazil - A Hospital-Based Multicenter Prospective Study. *Stroke* 2011, 42:3341-6.
24. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado: Acidente Vascular Cerebral. [internet]. 2019. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/processo-completo-avc](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/processo-completo-avc).
25. Sulzbach CC, Weiller H, Dallepiane LB. Acesso à Atenção Primária à Saúde de longevos: perspectiva de profissionais da Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul. *Cad. Saúde Colet.*, 2020;28(3):373-380.
26. Selmer R et al. NORRISK 2: A Norwegian risk model for acute cerebral stroke and myocardial infarction. *European Journal of Preventive Cardiology* 24(7):773-82.
27. Coorey GM, Neubeck L, Mulley J, Redfern J. Effectiveness, acceptability and usefulness of mobile applications for cardiovascular disease self-management: Systematic review with meta-synthesis of quantitative and qualitative data. *European Journal of Preventive Cardiology* 25(5): 505-521.

PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA DOENÇAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OVERVIEW DE REVISÕES SISTEMÁTICAS

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 24/05/2021

Thais Alessa Leite

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito
Federal – SES/DF
Brasília - DF
<http://lattes.cnpq.br/4275275912563022>

Marcelo Pellizzaro Dias Afonso

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Belo Horizonte - MG
<http://lattes.cnpq.br/2143500321613029>

Jorge Otavio Maia Barreto

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz
Brasília - DF
<http://lattes.cnpq.br/6645888812991827>

RESUMO: Objetivos: O objetivo desse *overview* foi avaliar os efeitos do uso de protocolos clínicos para doenças crônicas. **Métodos:** trata-se de um *overview* de revisões sistemáticas. Realizou-se busca estruturada de estudos publicados em inglês, espanhol e português, que analisaram os efeitos da adoção de protocolos clínicos para doenças crônicas, sobre desfechos clínicos e/ou organizacionais. Pesquisou-se as bases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Centre for Reviews and Dissemination (CRD)*, *Health Evidence*, *Health Systems Evidence*, *PDQ Evidence*, *Pubmed*, *PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews)*, *RX for Change*, *Scopus*, além do Google e

Google Scholar para a literatura cinzenta. Os resultados foram reportados conforme o padrão PRISMA. **Resultados:** incluíram-se 7 revisões sistemáticas sobre os efeitos do uso de protocolos. Observaram-se efeitos positivos sobre desfechos clínicos e organizacionais do uso de protocolos por enfermeiras. **Conclusão:** a maioria das intervenções avaliadas demonstrou efeitos positivos no processo de trabalho. Apesar de ainda persistirem lacunas sobre as estratégias que impactam em mortalidade e morbidade, os achados desta revisão subsidiam de forma relevante gestores para formulação políticas voltadas para o manejo das doenças crônicas, sobretudo para Doenças Cardiovasculares. Mais pesquisas são necessárias para aprofundar o conhecimento sobre a complexidade da atenção às doenças crônicas e as implicações dos contextos locais nas intervenções estudadas.

PALAVRAS-CHAVE: Protocolos Clínicos. Atenção Primária à Saúde. Doenças Crônicas.

CLINICAL PROTOCOLS FOR CHRONIC DISEASES IN PRIMARY HEALTH CARE: AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS

ABSTRACT: Objectives: The purpose of this overview was to evaluate the effects of using clinical protocols for chronic diseases. **Methods:** this is an overview of systematic reviews. A structured search of studies published in English, Spanish and Portuguese was carried out, which analyzed the effects of the adoption of clinical protocols for chronic diseases, on clinical and / or organizational outcomes. The bases were searched: Virtual Health Library (VHL), *Cochrane*

Database of Systematic Reviews, Center for Reviews and Dissemination (CRD), Health Evidence, Health Systems Evidence, PDQ Evidence, Pubmed, PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews), RX for Change, Scopus, in addition to Google and Google Scholar for gray literature. The results were reported according to the PRISMA standard. **Results:** 7 systematic reviews on the effects of using protocols were included. Positive effects were observed on clinical and organizational outcomes of the use of protocols by nurses. **Conclusion:** most of the evaluated interventions demonstrated positive effects on the organizational process. Although there are still gaps in the strategies that impact mortality and morbidity, the findings of this review significantly support managers for formulating policies aimed at the management of chronic diseases, especially for Cardiovascular Diseases. More research is needed to deepen knowledge about the complexity of care for chronic diseases and the implications of local contexts for the interventions studied.

KEYWORDS: Clinical Protocols. Primary Health Care. Chronic Disease.

1 | INTRODUÇÃO

As condições crônicas não transmissíveis (DCNT) apresentam alta prevalência em âmbito nacional e mundial. No Brasil, devido à transição demográfica e ao envelhecimento da população, as DCNT se tornaram a principal causa de morte e de anos de vida perdidos, com maior impacto sobre a população com menor renda (BRASIL, 2011). Destacam-se as doenças do aparelho circulatório e neoplasias, responsáveis por cerca de metade dos óbitos, sendo que as primeiras também consistem na principal causa de hospitalização (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, apresentam-se como os principais fatores de risco para as doenças crônicas de maior impacto o tabagismo, a elevação da pressão arterial e dos níveis de glicose, o sobrepeso e a obesidade, além da inatividade física (WHO, 2005).

Tendo em vista a magnitude do problema das DCNT, é fundamental a investigação sobre mecanismos para aumentar a efetividade, a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde ofertados a pessoas com essas condições. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou importância por sua atribuição em prestar cuidados continuados, integrais e efetivos durante todo o curso das doenças, com significativo impacto na sobrevivência, qualidade de vida das pessoas e nos custos para o sistema de (STARFIELD, 2002; MENDES, 2015; LEWIN et al, 2017). Dentre alguns dispositivos já estudados, tem-se a adoção de protocolos clínicos entre os mais promissores, apesar da existência de lacunas entre o cuidado recomendado e a prática corrente dos profissionais de saúde (PEYTREMANN-BRIDEVAUX et al, 2008; THOTA et al, 2012; DAVY et al, 2015). Sobretudo em países de média e baixa renda, carece-se de uma implementação efetiva de arranjos organizacionais e estratégias, acompanhados de avaliações periódicas.

Um exemplo pioneiro de reorganização dos sistemas de saúde para o enfrentamento dos agravos crônicos se deu no Reino Unido, a partir do final da década de 1990, com a

sistematização de elementos visando aumentar a efetividade e a eficiência e desenvolver padrões de qualidade nos serviços de saúde (GOMES, 2015). Muitos modelos foram propostos com o mesmo objetivo, como o Modelo de Atenção Crônica (*Chronic Care Model*), Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, destacando-se o componente de suporte às decisões com a introdução de diretrizes clínicas baseadas em evidências (MENDES, 2015). Apesar disso, poucos estudos avaliaram e sistematizaram as informações referentes à efetividade do uso de protocolos clínicos no manejo de doenças crônicas.

Este *overview* de revisões sistemáticas teve o objetivo de identificar potenciais efeitos da implementação e/ou uso de protocolos e diretrizes clínicas para doenças crônicas em desfechos de morbimortalidade e de processo de trabalho. Com vistas a garantir a identificação de todos os artigos que avaliaram protocolos clínicos, independentemente da terminologia utilizada, definiu-se protocolos como quaisquer recomendações formais aos profissionais de saúde sobre o cuidado a pessoas com condições clínicas específicas e estando estas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis (SHEKELLE, 2017).

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um recorte de um *overview* de revisões sistemáticas mais amplo, o qual analisou o uso de protocolos em diferentes apresentações, como em treinamentos profissionais e agregados em sistemas computadorizados de suporte à decisão. O protocolo deste estudo foi registrado na plataforma PROSPERO (www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/) em 27 de setembro de 2016, sob o código CRD42016048439.

2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas revisões sistemáticas que abordaram os efeitos do uso de protocolos clínicos para doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. Outros critérios de inclusão foram *score* igual ou superior a 4 na aplicação da ferramenta AMSTAR (*A MeaSurement Tool to Assess Reviews*) (SHEA et al, 2007); publicações em Inglês, Espanhol ou Português; e estudos com a avaliação dos seguintes desfechos:

- Desfechos primários: mortalidade, hospitalização, progressão da doença, remissão e/ou recuperação, recorrência da doença.
- Desfechos secundários: mudanças no processo de trabalho e organização dos serviços, impacto nos sintomas, medidas de exames complementares, adesão ao tratamento, qualidade de vida, custos, satisfação dos usuários e profissionais, dentre outros.

Também foram incluídas revisões sistemáticas de revisões sistemáticas.

2.1.1 Tipos de participantes e local da intervenção

Adultos com doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, além de profissionais de saúde em uso de protocolos clínicos. Estudos cuja população compreendia crianças também foram incluídos, desde que fosse possível extrair as informações especificamente da população adulta. Da mesma forma, quanto ao local de realização da intervenção, foram incluídos estudos realizados na APS e/ou nível ambulatorial e domiciliar, mas estudos realizados em nível ambulatorial e hospitalar também foram incluídos, desde que fosse possível extrair, separadamente, as informações referentes aos pacientes acompanhados no nível ambulatorial.

2.1.2 Tipos de intervenções

Diversos modelos explicativos subsidiaram a leitura dos resultados, como os elementos teóricos do Modelo de Atenção às Doenças Crônicas e de Gestão da Clínica (MENDES, 2015). Porém, não se utilizou nenhum padrão previamente definido para a categorização dos resultados.

2.2 Métodos de busca

A busca foi estruturada com vocabulário controlado, utilizando-se termos MeSH e DeCS, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Centre for Reviews and Dissemination (CRD)*, *Health Evidence*, *Health Systems Evidence*, *PDQ Evidence*, *Pubmed*, *PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews)*, *RX for Change*, *Scopus*, além do Google e Google Scholar para a literatura cinzenta.

Os descritores usados foram: (*clinical protocols* OR *clinical pathway* OR *practice guideline* OR protocolos clínicos) AND (atencion primaria OR Atenção Primária OR Atenção Básica OR *primary healthcare*) AND (*chronic diseases* OR doenças crônicas) AND (*systematic review* OR revisão sistemática OR *revisión sistemática*). Houve variação nos descritores utilizados em cada base de dados, conforme detalhado no Apêndice A.

2.3 Extração dos dados e análise

A seleção dos artigos foi realizada independentemente por dois revisores (MPDA e TAL) pela leitura de títulos e resumos dos artigos recuperados. Avaliações discordantes foram resolvidas por um terceiro (JOMB). A leitura completa dos artigos selecionados e aplicação do AMSTAR (SHEA et al, 2007) foi feita por dois revisores (MPDA e TAL).

A extração dos dados foi realizada por dois revisores (MPDA e TAL), de forma independente, porém, não duplamente. Utilizou-se a estrutura proposta pela Cochrane (COCHRANE COLLABORATION QUALITATIVE METHODS GROUP, 2011) para extração de evidência qualitativa adicionando-se variáveis como a definição de protocolo utilizada nos

estudos e avaliação de equidade. Com isso, as variáveis extraídas foram: i) referência da revisão, ii) tipos de estudos incluídos, iii) objetivos do estudo, iv) população, v) intervenção, vi) conceito de protocolo utilizado, vii) escore de qualidade, viii) método de análise, ix) instrumento utilizado para avaliação de viés, x) período de busca do estudo, xi) número de estudos incluídos, xii) outras características dos estudos incluídos, xiii) comparação, xiv) desfechos esperados, xv) resultados, xvi) avaliação de equidade, xvii) implicações práticas, xviii) limitações e danos, xix) conflitos de interesse. Esse reporte e a descrição das revisões sistemáticas e meta-análises baseou-se nos itens relevantes apontados pelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*) (PRINCIPAIS, 2015).

3 | RESULTADOS

A busca recuperou 1.345 artigos, sendo 114 na base BVS, 6 em CRD, 249 no Google, 4 no Health Evidence, 298 no Health System Evidence, 457 no PDQ, 34 no Pubmed, 40 no RX-for-Change, 4 no Scopus e 139 na Cochrane Library. Após remoção de duplicatas, restaram 809 artigos. Procedeu-se, então, para a leitura de títulos e resumos, duplamente e de forma independente, resultando em 685 artigos excluídos, 53 artigos incluídos e 71 artigos em conflito. Após a resolução das divergências, foram incluídos 61 artigos para leitura completa e extração. Desses, 7 revisões sistemáticas, que avaliaram diretamente os efeitos do uso de protocolos clínicos para doenças crônicas, foram incluídas neste *overview*.

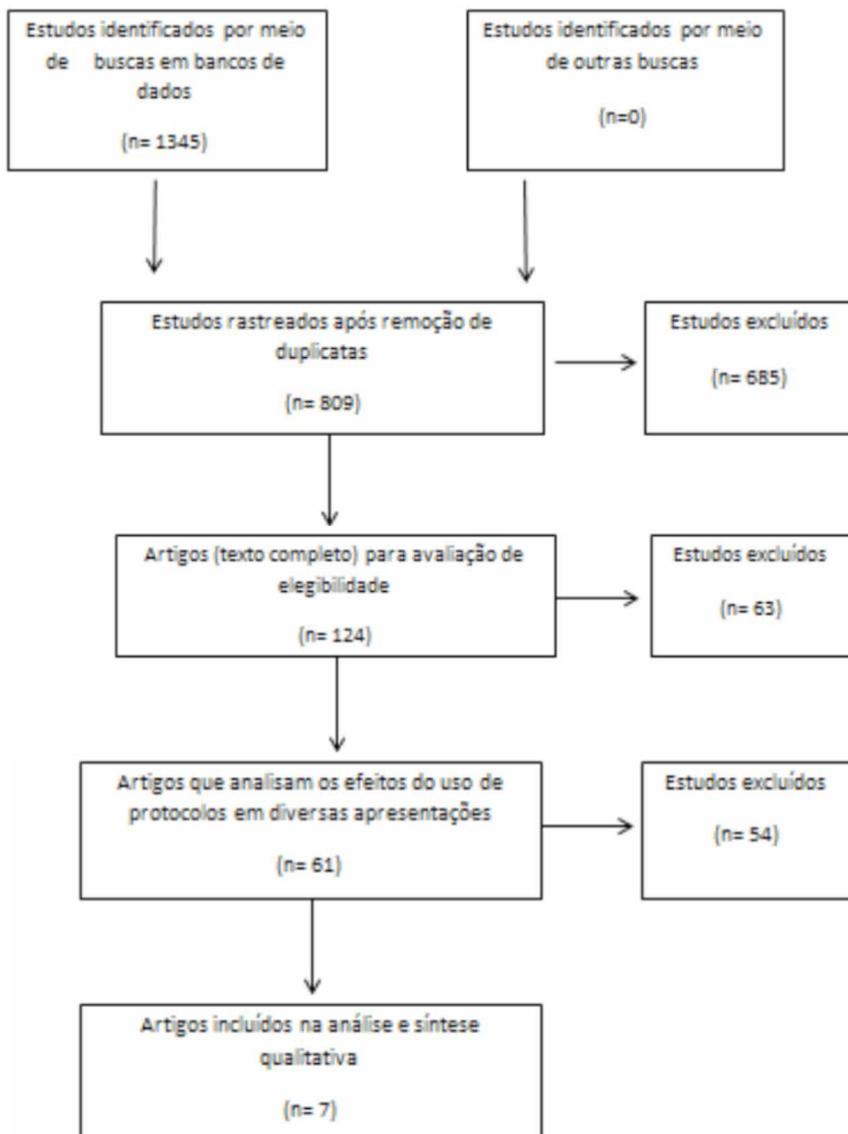


Figura 1. Fluxograma da busca e seleção.

Fonte: Elaboração própria, baseada no diagrama de fluxo do PRISMA (PRINCIPAIS, 2015).

As revisões sistemáticas incluídas (BRAVATA et al, 2007; HALCOMB et al, 2007; HAYWOOD et al, 2009; AUBIN et al, 2012; SIKORSKI et al, 2012; SHAW et al, 2014; BRADLEY; LINDSAY; FLEEMAN, 2016) avaliaram os efeitos do uso de protocolos clínicos para as seguintes doenças crônicas: Epilepsia, Asma, Câncer, Doença Falciforme, Risco e Doença Cardiovascular e Depressão.

Uma revisão analisou o uso de protocolos clínicos por médicos generalistas para o manejo de epilepsia e não se evidenciou melhorias na qualidade de vida geral e relacionada

à epilepsia dos pacientes estudados (BRADLEY; LINDSAY; FLEEMAN, 2016).

Na avaliação de desfechos relacionados à adesão aos protocolos clínicos para o manejo da asma, não foi possível relacionar as características dos 40 estudos analisados com a melhoria de desfechos clínico-laboratoriais (BRAVATA et al, 2007).

Para o cuidado a pacientes com doença falciforme, observou-se que o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a doença e as atitudes negativas desses com relação aos pacientes são importantes barreiras para o manejo da dor durante a crise. Com isso, demonstrou-se com evidência moderada que o uso de protocolos clínicos pode melhorar a analgesia para pacientes nessa situação (HAYWOOD et al, 2009).

Outra revisão avaliou os efeitos do uso de protocolos por enfermeiros no manejo de doenças crônicas. Para pacientes com elevado risco cardiovascular, apesar de os efeitos variarem entre os estudos incluídos, houve uma tendência de melhoria de alguns parâmetros bioquímicos, tais como hemoglobina glicada (HbA1c), colesterol, além de medidas de pressão arterial. Para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, o uso de protocolos por enfermeiros associou-se com a redução de toda causa de mortalidade, um maior número de pacientes com prescrição medicamentosa adequada e redução de hospitalizações por insuficiência cardíaca. Já os efeitos da adesão ao tratamento foram relatados com menor frequência, entretanto, evidenciou-se melhoria na adesão às metas de estilo de vida (SHAW et al, 2014).

De maneira geral, a evidência mais robusta desse último estudo demonstrou que o uso de protocolos clínicos por enfermeiros tem um impacto positivo em desfechos biofísicos/químicos de pacientes com doenças crônicas, como parâmetros laboratoriais e medidas de pressão arterial, além da redução de morte e hospitalização, conforme citado anteriormente. Os dados são insuficientes para caracterizar em que medida os profissionais de enfermagem aderiram aos protocolos ou para estabelecer se há efeitos adversos dessa intervenção (SHAW et al, 2014).

Outra revisão analisou a implementação de protocolos para manejo de depressão associada a treinamento de profissionais da atenção primária no uso dessas recomendações. Evidenciou-se incremento ao cuidado de pessoas com depressão e possíveis mudanças positivas nos sintomas apresentados (SIKORSKI et al, 2012).

Em relação à análise dos efeitos das intervenções voltadas para a redução de risco cardiovascular, demonstrou-se que, a partir da aplicação de práticas baseadas em evidências, enfermeiros e médicos abordaram, de forma mais adequada, fatores relevantes no manejo de risco cardiovascular, como pressão arterial, medidas de colesterol e tabagismo. Além disso, um estudo incluído na revisão evidenciou melhoria no registro de dados clínicos importantes para essa avaliação. Tal intervenção também impactou as medidas para prevenção secundária de eventos cardiovasculares, como prescrição de aspirina, manejo de pressão arterial, medidas de colesterol, exercícios, dieta e abordagem ao tabagismo. Após um ano, observou-se que todas as melhorias no manejo e na avaliação

de medidas de prevenção secundária se mantiveram, com exceção da abordagem ao tabagismo, e, após quatro anos, todas as melhorias se mantiveram, com exceção dos exercícios. Houve, também, redução de eventos coronarianos, entretanto, verificou-se que a diferença percentual de taxa cumulativa de mortes foi pequena (HALCOMB et al, 2007).

Por fim, uma revisão verificou que a implementação de protocolos para manejo de dor em pacientes com câncer diminuiu a intensidade da dor no grupo intervenção (AUBIN et al, 2012).

4 | DISCUSSÃO

Esse *overview* teve o objetivo de investigar efeitos em desfechos de saúde pelo uso de protocolos clínicos para doenças crônicas, a partir das evidências de revisões sistemáticas. Os resultados do estudo, de uma maneira geral, indicam efeitos positivos no incremento do processo de trabalho, melhoria de sintomas de doenças, além de desfechos primários favoráveis, como redução de mortalidade e hospitalização. Destacam-se os resultados obtidos com o uso de protocolos para doenças crônicas por profissionais da enfermagem.

De acordo com os resultados apresentados para a intervenção estudada, ressaltam-se dois aspectos mais relevantes. O primeiro retrata o efeito do uso de protocolos clínicos para doenças crônicas por médicos generalistas. Não se observou melhorias de qualidade de vida e em parâmetros clínico-laboratoriais, porém, houve maior adequação da prescrição médica e, em associação a treinamento, identificou-se incremento no processo de trabalho e em alguns sintomas de doença. Tais resultados foram observados no manejo de epilepsia, asma, doença falciforme, câncer e depressão. Mesmo que os efeitos positivos tenham sido observados apenas em desfechos secundários, os resultados apontados são significativos para a prática clínica dos profissionais e, sobretudo, para o bem estar e manejo das pessoas com doenças crônicas.

O segundo aspecto importante está relacionado ao uso de protocolos clínicos por enfermeiros e os efeitos positivos não apenas em desfechos secundários, mas também em mortalidade e hospitalização. Estes achados chamam a atenção, uma vez que frequentemente a implementação de protocolos clínicos prioriza o profissional médico, enquanto as evidências disponíveis apontam para o profissional da enfermagem um maior potencial de influência em desfechos clínicos relevantes a partir da utilização de protocolos. Cumpre ainda ressaltar que nenhuma intervenção relacionada ao uso de protocolos apresentou efeitos na organização dos serviços de saúde.

Este *overview* apresenta algumas limitações. A primeira delas diz respeito aos resultados conflitantes ou baseados em estudos de baixa qualidade metodológica e/ou de pequeno tamanho, o que impossibilitou conclusões claras. A segunda questão se refere à ausência de definição clara nos estudos avaliados dos principais parâmetros,

indicadores e medidas de exames complementares que indicariam o controle de doença ou demonstrariam efeitos positivos em morbimortalidade e a sua correlação aos resultados reportados nos estudos, a fim de avaliar se os desfechos apresentados seriam de fato relevantes. Por fim, a terceira limitação identificada se refere à exclusão de três revisões publicadas em idiomas diferentes aos elencados nos critérios de inclusão.

5 | CONCLUSÕES

Em síntese, esse estudo demonstrou efeitos positivos em desfechos primários com o uso de protocolos por profissionais da enfermagem e, em desfechos secundários, com o uso de protocolos por outros profissionais, inclusive médicos. De maneira geral, o uso de protocolos possibilita o incremento da atenção prestada às doenças crônicas.

Os resultados deste estudo, portanto, apesar de suas limitações, são de grande utilidade no sentido de informar gestores públicos e tomadores de decisão sobre as intervenções mais efetivas dentre as estratégias disponíveis já estudadas.

Para pesquisadores, apesar dos inúmeros estudos existentes que abordam medidas para incrementar o cuidado às doenças crônicas, ainda persistem muitas lacunas e incertezas a respeito das estratégias mais custo-efetivas para desenho e implantação de protocolos clínicos. Em adição a isso, permanecem como potenciais tópicos para investigações futuras a identificação de outros fatores associados à complexidade da atenção à saúde às doenças crônicas e a pessoas com multimorbidades, além das implicações dos contextos culturais, econômicos e sociais nas intervenções estudadas.

REFERÊNCIAS

AUBIN, M. *et al.* Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. In: AUBIN, M. editor. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2012. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007672.pub2>. Acesso em: 1º out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de 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. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 1º out. 2016.

BRADLEY, P. M., LINDSAY, B., FLEEMAN, N. **Care delivery and self management strategies for adults with epilepsy**. Cochrane database Syst Rev, 2:CD006244. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26842929>. Acesso em: 1º out. 2016.

BRAVATA, D. M. *et al.* **Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies**. National Library of Medicine, v. 5, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20734529>. Acesso em: 1º out. 2016.

COCHRANE COLLABORATION QUALITATIVE METHODS GROUP. **Supplementary Guidance for**

Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions. Version 1, 2011. Disponível em: <http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>. Acesso em: 1º out. 2016.

DAVY, C. *et al.* **Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes:** a systematic review. BMC Health Serv Res, v. 15, n. 1, p. 194, 2015. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0854-8>. Acesso em: 1º out. 2016.

GOMES, R. *et al.* **The Polisemy of Clinical Governance:** a review of literature. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2431-9, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802431&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1º out. 2016.

HALCOMB, E. *et al.* **Effectiveness of general practice nurse interventions in cardiac risk factor reduction among adults.** Int J Evid Based Healthc, v. 5, n. 3, p. 269–95, 2007. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1479-6988.2007.00070.x> Acesso em: 1º out. 2016.

HAYWOOD, C. J. *et al.* **A systematic review of barriers and interventions to improve appropriate use of therapies for sickle cell disease.** Journal of the National Medical Association, v. 101 n. 10, p. 1022-33, 2009. Disponível em: <https://www.cadth.ca/resources/rx-for-change/database/systematic-review?id=228>. Acesso em: 1º out. 2016.

LEWIN, S. **Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries:** an overview of systematic reviews. Lancet, v. 27, n. 372 (9642), p. 928-39, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61403-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61403-8). Acesso em: 1º out. 2016.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

PEYTREMANN-BRIDEVAUX, I. *et al.* **Effectiveness of Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Management Programs:** Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Med, v. 121, n. 5, p. 433–43, 2008. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934308001770>. Acesso em: 1º out. 2016.

PRINCIPAIS itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 24, n. 2, p. 335-42, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335. Acesso em: 1º out. 2016.

SHAW, R. J. *et al.* **Effects of Nurse-Managed Protocols in the Outpatient Management of Adults With Chronic Conditions.** Ann Intern Med, v. 161, n. 2, p. 113, 2014. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M13-2567>. Acesso em: 1º out. 2016.

SHEA, B. J. *et al.* **Development of AMSTAR:** a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology, v. 7, n. 10, 2007. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-7-10>. Acesso em: 1º out. 2016.

SHEKELLE, P. **Overview of clinical practice guidelines.** p. 1-20, 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-clinical-practice-guidelines>. Acesso em: 1º out. 2016.

SIKORSKI, C. *et al.* **Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic**

review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, v. 12, n. 10, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22233833>. Acesso em: 1º out. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 1º out. 2016.

THOTA, A. B. *et al.* **Collaborative Care to Improve the Management of Depressive Disorders.** *Am J Prev Med*, v. 42, n. 5, p. 525–38, 2012. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379712000761>. Acesso em: 1º out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Chronic Diseases and Their Common Risk Factors.** 2005.

APENDICE A

Base de dados / endereço eletrônico	Descritores
Cochrane Database of Systematic Reviews http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews/	("clinical protocol" OR "guideline" OR "practice guideline" OR "clinical pathway") AND ("primary health care" OR "primary healthcare") AND ("chronic disease")
Centre for Reviews and Dissemination (CRD) http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/	(clinical protocol OR guideline OR practice guideline OR clinical pathway) AND (primary health OR primary healthcare) AND (chronic disease) IN DARE, NHSEED, HTA
Health Systems Evidence https://www.healthsystemsevidence.org/	("clinical protocol" OR "guideline" OR "practice guideline" OR "clinical pathway") AND ("primary health care" OR "primary healthcare") AND ("chronic disease")
Health Evidence https://www.healthevidence.org/	(clinical protocol OR guideline OR practice guideline OR clinical pathway) AND (primary health care OR primary healthcare) AND chronic disease
PDQ Evidence http://www.pdq-evidence.org/pt	(clinical protocol OR guideline OR practice guideline OR clinical pathway) AND (primary health care OR primary healthcare) AND (chronic disease) Filtro "Systematic Review"
RX for Change https://www.cadth.ca/resources/rx-for-change/database/	("clinical protocol" OR "guideline" OR "practice guideline" OR "clinical pathway") AND ("primary health care" OR "primary healthcare") AND ("chronic disease")
PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	("clinical protocol"[All Fields] OR "guideline"[All Fields] OR "practice guideline"[All Fields] OR "clinical pathway"[All Fields]) AND ("primary health care"[All Fields] OR "primary healthcare"[All Fields]) AND "chronic disease"[All Fields] AND systematic[sb]

<p>BVS http://pesquisa.bvsalud.org/</p>	<p>tw:((clinical protocols OR clinical pathway OR practice guideline OR protocolos clínicos OR guideline) AND (atencion primaria OR atenção primária OR atenção básica OR primary health care OR primary healthcare)) AND (instance:"regional") AND (type_of_study:("systematic_reviews"))</p>
<p>SCOPUS https://www.scopus.com/</p>	<p>(TITLE-ABS-KEY ((clinical protocol OR guideline OR practice guideline OR clinical pathway) AND (primary health OR primary healthcare) AND (chronic disease)) AND TITLE-ABS-KEY (systematic review))</p>
<p>Google Scholar https://scholar.google.com.br/</p>	<p>(clinical protocols OR clinical pathway OR practice guideline OR protocolos clínicos OR guideline) AND (atencion primaria OR atenção primária OR atenção básica OR primary health care OR primary healthcare) AND (chronic disease) AND (systematic review)</p>

Quadro 1. Descritores utilizados em busca estrutura segundo base de dados utilizada.

RELATO DE EXPERIÊNCIA COM GRUPO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO HOMEM

Data de aceite: 02/08/2021

João Antônio de Amorim

<http://lattes.cnpq.br/3154802812039596>

RESUMO: Nos últimos anos, surge no Brasil forte preocupação com a saúde da população masculina, que se expressa em inúmeras iniciativas locais, regionais e nacionais de abordagem à questão, destacando-se aqui, por sua óbvia importância a Política Nacional de Promoção e Atenção Integral a Saúde do Homem, conduzida pelo Ministério da Saúde brasileiro. Baseado no fato da existência de poucos trabalhos voltados a saúde masculina, torna-se necessário desenvolver temas que demonstrem intervenções para esta população. Neste trabalho é relatado a experiência e análise com um grupo de atenção básica voltada para a saúde masculina, que foi dado início em junho de 2008, no Município de Campinas / SP. O grupo é uma importante estratégia na promoção de saúde do homem, facilitada pelo fluxo de encaminhamento, periodicidade e localização, porém há necessidade de compreender a dificuldade na adesão dos integrantes ao mesmo. O trabalho tem um caráter exploratório, descritivo e analítico. O sexo masculino é historicamente muito exposto e vulnerável a agentes diversos agressores a saúde. Considerando que minha experiência apresenta bons resultados, achei importante divulgá-la.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Homem; Grupos de educação em saúde; Experiências com

grupos; Política Nacional de Promoção e Atenção Integral a Saúde do Homem.

REPORT OF EXPERIENCE WITH GROUP HUMAN HEALTHCARE

ABSTRACT: In recent years, Brazil sees strong concern for the health of the male population, which is expressed in numerous local, regional and national approach to the question, especially here, for its obvious importance the National Policy of promotion and integrated man's healthcare, led by the Ministry of Health. Based on the fact that few studies related to health male become necessary to develop themes those demonstrate interventions for this population. This experience is reported and analyzed in a group of primary health-oriented male who was given beginning in June 2008. Held in Campinas / SP, the work has an exploratory, descriptive and analytical character. The group is an important strategy in promoting human health, facilitated by the flow routing, timing and location, although it needs to understand the difficulty of adherence of members to it. Men are historically very exposed and vulnerable to various agents aggressors health. Considering that my experience shows good results, thought it important to disclose it.

KEYWORDS: Men's Health; Groups of health education; Experiences with groups; National Policy of promotion and integrated man's healthcare.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde lançou em 27/08/2009, em Brasília, a Política Nacional

de Saúde do Homem, que tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. Esta política surgiu como resposta à observação de que os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública. A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevados (BRASIL, 2010a).

Segundo Keijzer(2003), incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de, em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens. Por outro lado, alguns quando promovem o cuidado de seu corpo apresentam um extremo fisiculturismo, quando o cuidado de si transforma-se em risco de adoecimento.

Gomes e keijzer (2003), advertem que a reivindicação de uma política de saúde mais integral voltada para a população masculina poderia, a primeira vista, ser tomada como um movimento contrário ao empenho de promover programas de gênero destinados a saúde da mulher. No entanto, é a partir da própria dimensão de gênero que se advoga uma abordagem também do masculino, uma vez que tanto homens quanto mulheres necessitam ser vistos em sua singularidade e em sua diversidade no âmbito das relações que estabelecem.

A Política Nacional de Saúde do Homem parte da constatação de que os homens, por uma série de questões culturais e educacionais, só procuram o serviço de saúde quando perderam sua capacidade de trabalho. Com isso, perde-se um tempo precioso de diagnóstico precoce ou de prevenção, já que chegam ao serviço de saúde em situações limites (BRASIL, 2010a).

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (NARDI ET ALL,2007; COURTENAY,2007;IDB,2006;LAURENT ET ALL,2005; LUCK ET ALL, 2000).

Como a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada do sistema público de saúde e está mais próxima aos usuários, este espaço torna-se de relevante importância para a organização e implementação de ações junto a população masculina.

Diante do panorama apresentado e a observação de poucas pesquisas envolvendo esta temática, foi organizado um grupo de atenção a saúde do homem, tendo este trabalho o objetivo de relatar o processo de organização e realização de atividades, num contexto de promoção e educação em saúde.

OBJETIVOS

Geral: Relatar a experiência de formação de grupo, voltado para a atenção à saúde do homem.

Específicos: Descrever as características gerais do grupo de participantes; Apontar os fatores facilitadores e dificultadores para a formação, desenvolvimento e manutenção do grupo.

MÉTODOS

Este estudo trata-se de relato de experiência sobre um grupo de atenção à saúde do homem realizado no Município de Campinas/SP, vinculado a Unidade Básica de Saúde Dr. Pedro Agápio de Aquino Neto. Para fundamentação teórica, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados: Lilacs, Scielo, Medline e nas bibliotecas Bireme, PubMed e Pe. Inocente Radrizzani do Centro Universitário São Camilo, no período correspondente aos anos de 2000 a 2010, com a utilização dos seguintes descritores: Saúde do Homem; Grupos de educação em saúde; Experiências exitosas com grupos; Programa Paidéia de Saúde da Família.

Os encontros do grupo relatado aconteceram de agosto de 2008 a maio de 2010 na Igreja São Paulo Apóstolo, localizada próximo à UBS a qual a equipe profissional era vinculada. A procura de um espaço fora da UBS para realização do grupo aconteceu por consenso da equipe, considerando a indisponibilidade física da UBS. A escolha da igreja aconteceu porque nela eram realizadas outras atividades vinculadas à UBS, esta era conhecida entre a população e de fácil acesso.

DESENVOLVIMENTO

O Sistema Único de Saúde – SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros (BRASIL, 2010b).

A partir de então foram definidas como diretrizes: a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Ao ser desenvolvido sobre esses princípios, o processo de construção do Sistema Único de Saúde visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira. (BRASIL, 2010b)

O SUS é destinado a todos os cidadãos e tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente

do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde (BRASIL, 2010b)

A Estratégia Saúde da Família – ESF

Ao longo dos anos, diversas pesquisas indicaram que unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, de forma resolutiva, oportuna e humanizada, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população. O restante das pessoas precisará, em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar (BRASIL, 2010b).

Analisando todo esse contexto e visando, enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, como resposta intencional a essa conjuntura, a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF. Em alguns contextos, ela se motivou mais pelo resgate de valores profissionais; em outros, pela capacidade de melhorar os indicadores de saúde e reordenar o modelo assistencial (BRASIL, 2010b).

A ESF representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2010b).

Uma das principais estratégias da ESF é sua capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, entre outras (BRASIL, 2010b).

A política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

Esta política coloca o Brasil na vanguarda das ações voltadas para a saúde do homem. O país será o primeiro da América Latina e o segundo do continente americano a implementar uma política nacional de atenção integral à saúde do Homem. O primeiro foi o Canadá. A política está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde para promover um novo padrão de desenvolvimento focado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro (BRASIL, 2010a)

As ações desta Política buscam romper os obstáculos que impedem os homens de freqüentar os consultórios médicos. Entre os seus subsídios está uma pesquisa feita com sociedades médicas brasileiras e conselhos de saúde. Divulgado em 2008, o levantamento ouviu cerca de 250 especialistas e mostrou que a população masculina não procura o

médico por conta de barreiras culturais, entre outras. “Eles foram educados para não chorar e para manter a couraça de que são ‘machos’. Também alegam que são os provedores e têm medo de que se descubram doenças, mas hoje as mulheres são tão provedoras quanto eles. (BRASIL, 2010a)

Na maioria das vezes, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada. Assim, em vez de serem atendidos no posto de saúde, perto de sua casa, eles precisam procurar um especialista, o que gera maior custo para o SUS e, sobretudo, sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família. (BRASIL, 2010a)

Metodologias de trabalho em grupo

O ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, uma constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social. Um conjunto de pessoas constitui um grupo, um conjunto de grupos constitui uma comunidade e um conjunto interativo das comunidades configura uma sociedade. (BION, 2010)

Assim, como o mundo interior e o exterior são a continuidade um do outro, da mesma forma o individual e o social não existem separadamente, pelo contrário, eles se diluem, interpenetram, completam e confundem entre si. É muito vaga e imprecisa a definição do termo “grupo”, porquanto ele pode designar conceituações muito dispersas num amplo leque de acepções. (BION, 2010)

A palavra “grupo” tanto define, concretamente, um conjunto de três pessoas, como também pode conceituar uma família, uma turma ou gangue de formação espontânea; uma composição artificial de grupos como, por exemplo, o de uma classe de aula ou a de um grupo terapêutico; uma fila de ônibus; um auditório; uma torcida num estádio; uma multidão reunida num comício, etc. seja de natureza operativa ou terapêutica, preenche as seguintes condições básicas mínimas, está caracterizado:

Um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Todos os integrantes do grupo estão reunidos, face a face, em torno de uma tarefa e de um objetivo comuns ao interesse deles. É inerente à conceituação de grupo a existência entre os membros de alguma forma de interação afetiva, a qual costuma assumir as mais variadas e múltiplas formas. Nos grupos sempre vai existir uma hierárquica distribuição de posições e de papéis, de distintas modalidades. (BION, 2010)

RESULTADOS

Relato de Experiência

Foi realizado entre os meses de junho e julho de 2008, reuniões com Agentes

Comunitários de Saúde (ACS) e os outros integrantes das equipes da UBS, a fim de discutir a necessidade da criação de um grupo voltado para atenção a saúde do Homem. Foi unânime a aceitação da proposta, visto que a unidade já desenvolvia grupos contínuos tratando de várias outras temáticas como: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Etilismo, Tabagismo e Adolescentes. Oferecendo estratégias como Caminhada, Lian Cong, Dança circular, entre outras. Em todas estas atividades, observou-se o predomínio do gênero feminino entre os participantes.

Confirmado a necessidade do grupo, definiu-se um ACS do sexo masculino, para acompanhar na organização e acompanhamento do grupo.

Criou-se um projeto, tendo participação do enfermeiro e ACS da equipe, pensando-se sobre a periodicidade dos encontros. Foi definido que seria realizado quinzenalmente no horário de 10:00 às 11:30 horas, para que pudesse ocorrer um acolhimento da população masculina em qualquer faixa etária. A decisão do local foi dada basicamente pela ausência de espaço estrutural em nossa UBS, então optou-se por procurar um local na área de abrangência. Estando pronto o projeto, foi apresentado a gerente da Unidade, que após analisá-lo, foi favorável.

Junto com um ACS, este referência da micro-área onde se localiza a Igreja São Paulo Apóstolo, reuniu-se com um dos responsáveis pela Igreja, foi lhe apresentado o interesse pelo local com o propósito do grupo, e após analisar, o pedido foi aceito. O fato dos encontros ocorrerem no saguão de uma igreja Católica, não parecia incomodá-los, no mesmo lugar aconteciam outras atividades vinculadas à Unidade.

Organizou-se a agenda de trabalho, para adequar ao novo compromisso.

Iniciou-se o processo de divulgação pelos próprios ACS e outros profissionais das equipes através de cartazes na própria Unidade de Saúde e nas atividades casa a casa.

Fluxo de encaminhamento de usuários para o grupo

Não havia critérios estabelecidos para participação no grupo, visto que inicialmente o objetivo era atrair o maior número de participantes possível.

Os pacientes Hipertensos ou Diabéticos, preferencialmente era importante que estivessem compensados, para participarem e poderem usufruir das atividades propostas.

Não havia formulário próprio para encaminhar novos participantes ao grupo, poderia por exemplo, ser feito o encaminhamento em receituário, contendo identificação do usuário, breve histórico deste, e identificação do profissional que lhe encaminhou.

Composição do Grupo

Foram incluídos no grupo inicialmente 12 homens, dos quais apenas 6 permaneceram assíduos, comprometidos e muito otimistas em contribuir para permanência do trabalho. Muitos outros foram encaminhados por profissionais da unidade, compareceram em alguns encontros e desistiram sem nos comunicar o motivo da desistência.

Quanto ao perfil dos participantes, 90% eram hipertensos, em tratamento medicamentoso, e encontravam-se estáveis clinicamente. Estes também participavam de outras atividades na Unidade de Saúde como grupo de caminhada, hipertensão arterial, diabetes.

A idade variou de 47 a 82 anos.

Desenvolvimento do Grupo

O Grupo acontecia quinzenalmente, às quartas-feiras, com duração de uma hora e meia (das 10:00 às 11:30 horas). Além da participação no grupo, todos também foram cadastrados através dos instrumentos a seguir:

- HIPERDIA – paciente que tenha hipertensão ou diabete e/ou as duas doenças. O cadastro possuía questões como: dados pessoais, dados da saúde, medicação em uso, antecedentes familiares relacionados a problemas de saúde e hábitos de vida.
- SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem, trabalho ainda de difícil implementação na prática da atenção básica no Município, mas todos os pacientes do grupo forma sistematizados e eram evoluídos a cada encontro.

Após o levantamento e discussão sobre os assuntos a serem tratados pelo grupo, em forma de votação, foi estabelecido o melhor dia da semana, horário e periodicidade dos encontros.

A cada encontro ficou estabelecido que:

- A partir de então, eram realizados alongamentos ativos, de membros superiores e inferiores, orientados pelo enfermeiro e o ACS, sendo adotadas, posturas adequadas às condições físico-funcionais individuais, como forma de prepará-los para os exercícios subseqüentes, sendo mantidos por 30 segundos em cada posição. Qualquer sinal de desconforto era imediatamente avaliado pelo enfermeiro e se necessário encaminhado ao serviço de saúde de referência da região.
- Para finalizar eram realizadas auto-massagens, exercícios respiratórios ou relaxamento induzido através de comandos verbais e música.
- Conversava-se coletivamente, era um momento para cada um falar como tinha passado no período entre os encontros;
- Verificava-se a pressão arterial, e no momento, conversava-se individualmente, apresentando um retorno sobre o nível pressórico aferido e reforçava-se as orientações sobre os cuidados diários necessários. Quando era observado um paciente com a prescrição médica dos medicamentos de uso contínuo, próximo do vencimento, orientava-se este, quanto ao agendamento de consulta com o Enfermeiro para a avaliação, seguimento do “protocolo/consenso de hipertensão”, e renovação da receita conforme a última (prescrição médica). O Enfermeiro que os atenderia na unidade, normalmente era o mesmo que os

acompanhava no grupo, o que parecia ser um facilitador, devido ao relacionamento/vínculo existente. Se o paciente estivesse necessitando de atendimento médico, também era sinalizado e orientado o agendamento.

- Falava-se de um tema, este as vezes programado pelos profissionais, em outras vezes, falava-se de assuntos apontados pelos participantes. Os temas variavam desde promoção da saúde, saúde, qualidade de vida, as doenças, problemas/afecções comuns ao gênero masculino, na faixa etária dos participantes. Falava-se de temas sociais como educação, economia, meio ambiente, política e até da morte, dentre outros temas as vezes em evidência.
- Ao término de um encontro, o usuário deixava o local levando no seu cartão de participante, o registro do próximo encontro (data e horário), como forma de lembrá-los do retorno.

No período agosto de 2008 a maio de 2010 foram realizados um total de 38 encontros. A frequência do grupo variou de 6 a 12 participantes, sendo que destes somente 6 completaram integralmente o cronograma proposto.

Em maio de 2010 por razão de mudança de Município de trabalho, o profissional de saúde responsável pelo grupo precisou interrompê-lo “temporariamente”, mas a gerência da UBS, ficou com a programação de funcionamento do grupo, a ata de todos os encontros, e com os contatos dos participantes, afim de retomá-lo com outra equipe profissional.

Situações facilitadoras

Com relação às situações que favoreciam ao grupo, toda a equipe da UBS estava bem informada sobre a existência do mesmo, o fluxo de encaminhamento, periodicidade e localização, o que nos favorecia, pois sempre tínhamos novos participantes, nos trazendo novas indagações.

O fato de tratar-se de um grupo voltado apenas para o gênero masculino era um fator primordial, pois nunca houve grupos voltados para este sexo nesta UBS, com a finalidade de promover saúde à uma população tão vulnerável e tão resistente.

Por ser uma atividade realizada quinzenalmente e apresentar apenas uma hora e meia de duração, os participantes assíduos aguardavam ansiosamente os encontros afim de buscar novos conhecimentos com os temas discutidos.

O fácil acesso ao local, e por ser fora da UBS era considerado um fator favorável, visto que dentro da Unidade não existe nada voltado à saúde masculina, e o homem não se sente muito confortável diante das prioridades na saúde, que são: gestantes, crianças e idosos.

Não era necessário muitos recursos materiais para realização do grupo, era iniciado com alongamento, verificação de pressão arterial e glicemia capilar, e um bom bate papo surgia naturalmente, muitas vezes com novas sugestões dadas pelos participantes.

Situações dificultadoras

A maior dificuldade com certeza era manter a aderência dos participantes no grupo, pois o fato de ser durante a semana e no período da manhã fazia com que somente os aposentados e desempregados pudessem participar das discussões.

Os encontros aconteciam quinzenalmente, talvez contribuindo para que os novos participantes perdessem um pouco o interesse pelo grupo.

Alguns participantes referiam dificuldade em comparecer, por não ter com quem deixar as esposas, estas normalmente idosas e/ou dependentes.

DISCUSSÃO

No campo da saúde coletiva, a masculinidade ou o ser homem é associado a numerosos assuntos, predominando porém, os trabalhos que os relacionam a HIV/Aids (mais de 26% do total), baseado em levantamento realizado na base SCIELO (www.scielo.com.br). Este achado sem dúvida, fala da relevância contemporânea da saúde sexual e, ainda, aponta para o tema que tem sido o grande referencial do campo médico e sanitário, representado pelas infecções sexualmente transmissíveis e em particular pela Aids. Isto nos mostra que ainda existe uma grande preocupação do sexo masculino voltada para a saúde curativa, e não preventiva. Já neste trabalho foi observado que a maioria dos temas discutidos estavam voltados à doenças, principalmente as sexualmente transmissíveis.

Embora sexualidade, reprodução e violência constituam, sem dúvida, eixos instigantes dos estudos contemporâneos acerca da saúde de homens, existem agravos que, há muito, são vinculados aos “indivíduos do sexo masculino”, constituindo um terceiro eixo examinado: a temática da morbi-mortalidade nessas populações.

Como Laurent (1998) já demonstrou existem quatro grupos de doenças que oscilam entre os países das Américas, mas sempre estão presentes como principais causas de morte de indivíduos do sexo masculino.

Constituem um dos aspectos da vulnerabilidade dos homens diante de agravos: 1) neoplasias malignas (cânceres de estômago, pulmão e próstata); 2) as doenças isquêmicas do coração; 3) as doenças cerebrovasculares e 4) as causas externas (destacando-se os acidentes de carro e os homicídios). Correlacionando estes dados com o trabalho em questão, notou-se que o homem apresenta interesse em adquirir conhecimento sobre tais patologias, o que foi observado nas reuniões do grupo, no entanto ignora sua vulnerabilidade diante das mesmas.

Em trabalho realizado cujo tema estava voltado ao porque da pouca procura do sexo masculino pelos serviços de saúde, foi concluído que o ser homem apresenta dificuldade na adoção de práticas de auto-cuidado, pois a medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo a fraqueza, medo e insegurança, aproximando-o das fraquezas do universo

feminino. Fato este, que também foi relatado pela maioria dos integrantes deste grupo. Notava-se até mesmo a preocupação dos participantes em não divulgar as discussões internas do grupo, ou seja os seus questionamentos com seus familiares, principalmente companheiras.

Ao analisar o trabalho “A influência de um programa de educação na saúde do homem” (CASTRO, et al. 2010): Observou-se que o programa foi composto por 06 (seis) palestras abordando temas de educação em saúde, estas foram levadas ao local de trabalho dos indivíduos pesquisados durante suas jornadas de trabalho. Enquanto nesta experiência, a programação dos encontros, atendeu a disponibilidade da UBS a qual éramos vinculados, e o usuário adequava seu tempo/disponibilidade para participar. Porém, em ambas as experiências, verificou-se “algum prejuízo” no que se refere à adesão dos homens ao que lhe foi ofertado de educação em saúde, caracterizado pela não continuidade de alguns no programa.

Um fator de grande relevância no desenvolvimento e adesão deste grupo foi o princípio da humanização que esteve presente em todas as reuniões. Visto também em relato de experiência feito por Simone Bernardi (2008), onde a mesma relata o aumento da adesão a um grupo realizado com hipertensos e diabéticos após criação de oficinas e temas escolhidos pelos participantes. Neste trabalho os temas eram discutidos de acordo com seus interesses, no qual eram focados não somente as doenças mas seus conflitos pessoais diante das mesmas.

De acordo com Jorge Ilha Guimarães, presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a população masculina é muito ansiosa para ser paciente. “Quando eles chegam aos postos de saúde, além de não encontrarem nenhum cartaz sobre o universo dele pregado na parede, precisam esperar primeiro as crianças serem atendidas, depois as mulheres, em seguida os idosos, para só então terem vez”, sugerindo que uma das formas de aproximar os homens da saúde seria a criação de postos específicos para eles, ou ambiente que se sintam mais familiarizados. Em nossa pesquisa, o fato das reuniões serem realizadas em uma igreja fora do ambiente da UBS, fez com que a adesão ao grupo não oscilasse muito.

No campo da Saúde Pública as pesquisas que giram em torno de questões ligadas ao Programa de Saúde da Família, em geral abordam as condições de vida das mulheres, em especial das gestantes, das crianças e também de idosos, estes são tópicos frequentemente esmiuçados pelos trabalhos (BRENTANI, 2009). Observa-se mais uma vez que o homem poucas vezes é alvo de interesse das ações de saúde e até de pesquisas na área da saúde/saúde pública.

CONCLUSÕES

Falar da Saúde do Homem, é sem dúvida alguma, uma temática muito importante,

e uma área muito fértil para se trabalhar, infelizmente pouco explorada na prática, do Brasil e de outros países. Percebe-se que há muito para se fazer, pensando em dar atenção a Saúde do Homem.

Sabendo-se que o gênero masculino, expõe-se, adoce e morre tanto, por causas diversas, tantas delas evitáveis, acredita-se que é preciso dar muito mais seriedade ao tema. O Brasil deu o que acreditamos ter sido o primeiro passo, quando o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, vê-se que os trabalhos na prática para executar o programa, ainda estão muito tímidos. Mas, deseja-se que tal iniciativa favoreça o desencadeamento de tantos outros trabalhos pensando em melhorar a realidade.

As atividades realizadas com o grupo mostrou-se como uma importante estratégia para promoção da saúde do homem, uma vez que aproximou esta população na busca pela saúde, facilitada pelos fatores localização, pois o mesmo era feito fora do ambiente da Unidade de Saúde, interação com os profissionais educadores, periodicidade.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a saúde do homem. [Internet]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde. [Internet]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=29178&janela=1>. Acesso em: 15 out. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. [Internet]. Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: 01 jul. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. [Internet]. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2010.

CASTRO, Paulo Roberto de et al. A influência de um programa de educação na saúde do homem. *Rev. O Mundo da Saúde*. 2010, v. 34, n. 1, p. 50-55, mar.2010.

BION, W.R. *O homem e seu pertencer a grupos, s/l, s/d*. [on line]. Disponível: <http://www.artebagaco.vilabol.uol.com.br/bazar/teatro/grupo.htm> [capturado em 24 out. 2010].

Figueredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 105-9.

Schraiber L.B; Gomes R; Couto M.T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10, (1).

Gomes R; Nascimento E.F; Araújo F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad saúde pública*. 2007; 23(3).

Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc e saúde coletiva*, 2003; 8(3); 825-29.

BRENTANI, Alexandra. Projeto da Faculdade de Medicina da USP incentiva a formação do médico de família e procura formas de aprimorar o SUS. *Rev. Pesquisa FAPESP*. 2009, n. 164, p.37-39, out. 2009.

CAPÍTULO 28

AÇÃO EDUCATIVA COMO INSTRUMENTO DO CONHECIMENTO À POPULAÇÃO SOBRE HANSENÍASE

Data de aceite: 02/08/2021

Amanda Guimarães Cunha

Centro Universitário Fibra
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0002-0893-3281>

Ana Karina Rodrigues Coelho

Centro Universitário Fibra
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/6046937984516972>

Tirça Naiara da Silva Iúdice

Universidade do Estado do Pará
Belém - PA
<https://orcid.org/0000-0002-1456-6158>

Ana Paula de Souza Mendes

Universidade do Estado do Pará
Belém - PA
<https://orcid.org/0000-0002-1831-541X>

Tamires Costa Franco

Universidade da Amazônia
Belém - PA
<http://lattes.cnpq.br/1033174352966972>

Barbara Maria Neves Mendonça Luz

Centro Universitário do Estado do Pará
Belém - PA
<https://orcid.org/0000-0001-7907-9337>

Denize Cardoso Portilho

Universidade do Estado do Pará
Belém - PA
<https://orcid.org/0000-0003-1754-1498>

Iasmim Ianne Sousa Tavares

Faculdade de Ensino Superior da Amazônia
Reunida
Belém - PA
<https://orcid.org/0000-0003-2350-874X>

Natasha Cristina Rangel Rodrigues

Belém - PA
Universidade Federal do Pará
<http://lattes.cnpq.br/8364554060370395>

Fernanda Maria Ribeiro Batista

Belém - PA
Universidade Federal do Pará
<http://lattes.cnpq.br/2127890766568070>

Suely Patricia Perdigão

Belém - PA
Universidade da Amazônia
<https://orcid.org/0000-0001-9802-6943>

Danielle Cardoso Portilho

Belém - PA
Universidade federal do Amapá
<https://orcid.org/0000-0001-5905-0609>

RESUMO: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que atinge o sistema nervoso periférico (SNP), provocando alterações sensitivas e tegumentares que podem causar importantes incapacidades físicas e evoluir para deformidades definitivas. É considerada uma das doenças mais antigas que acometem a humanidade, e por ser uma causa importante de sequelas permanentes e estigma social, constitui-se um problema de saúde pública,

especialmente em países de baixo e médio desenvolvimento. O objetivo deste estudo é relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem diante de uma ação educativa sobre hanseníase a partir de uma roda de conversa em uma Unidade Municipal de Saúde. Esta pesquisa trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizada a partir de uma atividade em educação em saúde com pacientes que encontravam-se em sala de espera aguardando consulta. Como integrante da equipe multiprofissional na atenção básica, o enfermeiro deve assistir o paciente hanseniano desde o momento do diagnóstico, até o acompanhamento pós-alta, com uma assistência individualizada e sistematizada, possibilitando melhor interação com o cliente, maior adesão ao tratamento, promoção do autocuidado e redução das incapacidades físicas consequentes à doença. Com base na dinâmica desenvolvida pode-se observar a falta de informação sobre a hanseníase, e o dever que os profissionais de saúde devem ter com os usuários que não são acometidos pela doença e com os portadores da mesma, para que se informem e desmistifiquem a ideia de que a hanseníase é uma doença irreversível, pois a mesma tem cura e tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Atenção Primária à Saúde; Assistência de Enfermagem.

EDUCATIONAL ACTION AS AN INSTRUMENT OF KNOWLEDGE TO THE POPULATION ABOUT LEPROSY

ABSTRACT: Leprosy is an infectious contagious disease caused by the bacterium *Mycobacterium leprae*, which affects the peripheral nervous system (PNS), causing sensory and integumentary alterations that can cause important physical disabilities and progress to permanent deformities. It is considered one of the oldest diseases that affect humanity, and because it is an important cause of permanent sequelae and social stigma, it constitutes a public health problem, especially in low- and medium-developed countries. The aim of this study is to report the experience of nursing students in front of an educational action on leprosy from a conversation circle in a Municipal Health Unit. This research is an experience report, with a qualitative approach, carried out to from an activity in health education with patients who were in the waiting room awaiting consultation. As a member of the multidisciplinary team in primary care, the nurse must assist the leprosy patient from the moment of diagnosis, to post-discharge follow-up, with individualized and systematic care, enabling better interaction with the client, greater adherence to treatment, promotion of self-care and reduction of physical disabilities resulting from the disease. Based on the dynamics developed, one can observe the lack of information about leprosy, and the duty that health professionals must have with users who are not affected by the disease and with its carriers, to inform themselves and demystify the idea that leprosy is an irreversible disease, as it has a cure and treatment.

KEYWORDS: Leprosy; Primary Health Care; Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que atinge o sistema nervoso periférico (SNP), provocando alterações sensitivas e tegumentares que podem causar importantes incapacidades físicas e evoluir para deformidades definitivas. É considerada uma das doenças mais antigas que acometem a

humanidade, e por ser uma causa importante de sequelas permanentes e estigma social, constitui-se um problema de saúde pública, especialmente em países de baixo e médio desenvolvimento (OPAS, 2010).

Segundo a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), em 2016, o coeficiente de detecção de novos casos na população geral do Brasil foi de 9.47/100.000 habitantes. Em 2015, de acordo com o departamento de informática do Sistema Único de Saúde (SUS), foram identificados 29.257 novos casos de hanseníase. Esses números indicam a magnitude do problema da hanseníase no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Este bacilo possui alto poder infectante e baixo poder patogênico, então sua entrada no organismo, se dá sem ocorrer sua destruição, logo, este irá se localizar nas células de Schwann e na pele. Sua disseminação para outros tecidos pode ocorrer nas formas mais graves da doença, nas quais o agente infectante não encontra resistência contra a sua multiplicação (ARAÚJO, 2003).

A transmissão da hanseníase se dá por meio de uma pessoa doente, sem tratamento, que pelas vias aéreas superiores elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que uma parcela da população que entra em contato com a bactéria manifesta a doença, que acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, mas também se manifesta de forma sistêmica (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

A doença acomete os nervos superficiais da pele e troncos dos nervos periféricos, localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos, mas também pode afetar os olhos e órgãos internos como: mucosa, testículos, ossos, baço e fígado (GUIA PRÁTICO SOBRE A HANSENÍASE, 2017).

No Brasil, a partir dos anos de 1950 teve início a utilização de medicamentos eficazes no combate a hanseníase, desta forma, desenvolveu-se a certeza de que o relacionamento social não trazia riscos para a população e os benefícios para o doente eram enormes, permitindo uma reintegração à sociedade (Luna e Alves, 2010).

O tratamento da hanseníase recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é realizado por três antimicrobianos: rifampicina, dapsona e clofazimina que são denominados poliquimioterapia (PQT), o qual foi implantado no Brasil em 1991 como esquema único para o tratamento (SAÚDE, 2019).

Em 2016, a OMS lançou a Estratégia Global com o propósito de priorizar a detecção precoce da hanseníase e o tratamento imediato de modo a evitar incapacidades e reduzir a transmissão. A estratégia também propicia maior visibilidade e relevância aos aspectos humanos e sociais. (Santos e Ignotti, 2020).

A hanseníase está no rol das doenças globais tidas como negligenciadas, pois não só prevalece em condições de pobreza, mas também contribui para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representa forte entrave ao desenvolvimento dos países (LUSTOSA et al., 2011).

Assim, a educação em saúde figura como uma importante oportunidade de atuação

do Enfermeiro, no sentido de promover a saúde e prevenir agravos, além de acarretar na autonomia dos usuários. Entretanto, é importante ressaltar que estas ações devem ser operacionalizadas de modo horizontalizado com base na escuta e no relacionamento humanizado, superando a mera transmissão dos conteúdos (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

Portanto, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem diante de uma ação educativa sobre hanseníase a partir de uma roda de conversa em uma Unidade Municipal de Saúde (UMS).

2 | METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizada a partir de uma atividade em educação em saúde com pacientes que encontravam-se em sala de espera aguardando consulta em uma UMS referência no atendimento de doenças infecciosas, localizada na cidade de Belém no Estado do Pará.

Durante o estágio curricular supervisionado de acadêmicas de enfermagem no mês de Janeiro de 2021, planejou-se uma ação educativa para a população, porém, como estava-se no mês de alusão ao janeiro roxo, relacionado a hanseníase, aproveitou-se a oportunidade para promover rodas de conversa, visando a elucidação de dúvidas e questionamentos. Utilizou-se como auxílio para apresentação um banner ilustrativo, e ao todo 14 pessoas participaram na interação da ação.

A explanação sobre a temática foi feita de maneira acessível à população, de forma curta e breve, além do mais aproveitou-se as imagens que continham no banner para que a didática fosse mais interessante para quem assistia, a fim de informar as pessoas sobre a hanseníase, os cuidados, e sobre o estigma que ainda é imposto pela sociedade com quem é portador da doença. Tal qual o uso de plaquinhas com verdadeiro e falso, para uma interação ao final da explicação.

A atividade ocorreu no espaço interno cedido pela UMS, contando com o auxílio da enfermeira e responsável pelo estágio na unidade de saúde, de modo a contribuir na ação.

3 | RESULTADOS

A apresentação sucedeu-se de maneira sucinta, já que objetivou-se realizar uma explanação com os principais tópicos sobre a doença, como também verificou-se que por vezes algumas pessoas não conseguiam assistir toda a palestra por ser chamada para a consulta que aguardava.

Sendo assim, a apresentação era realizada como uma conversa, onde a todo momento as acadêmicas buscavam a participação dos que estavam presentes, de maneira a incentivá-los a participar da ação. Desta forma, no decorrer da apresentação pelas salas de espera com os pacientes, houve interação dos mesmos a respeito da hanseníase,

se há tratamento, se há cura, quais são os meios de prevenção e em especial sobre a transmissão.

Notou-se que mesmo com o passar dos anos e com o acesso maior às informações, alguns tabus sobre a hanseníase perduram até os dias de hoje, principalmente entre a população idosa, os quais citaram algumas afirmações como por exemplo que a doença era associada à impureza, pecado e transmitida pelo contato interpessoal direto e até sexual.

De fato, certificou-se a necessidade da comunicação do profissional enfermeiro com a comunidade, portanto, explicou-se que a transmissão da hanseníase se dá por meio de uma pessoa doente, sem tratamento, que pelas vias áreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que somente uma parcela da população que entra em contato com a bactéria manifeste a doença (BRASIL, 2008).

Outrossim, ratificou-se a importância de reconhecer os sinais e sintomas da doença e a existência de tratamento e cura. A prevenção baseia-se no exame dermato-neurológico e aplicação da vacina BCG em todas as pessoas que compartilham o mesmo domicílio com o portador da doença. E o tratamento é feito nas unidades de saúde e é gratuito. A cura é mais fácil e rápida quanto mais precoce for o diagnóstico. O tratamento é via oral, constituído pela associação de dois ou três medicamentos e é denominado poliquimioterapia.

Ao final houve uma maior interação, na qual foram distribuídas plaquinhas aos usuários para que participassem da dinâmica proposta e respondessem aos mitos e verdades sobre a hanseníase. A dinâmica era composta por sete perguntas básicas no qual envolviam ao tema discutido, além de proporcionar uma auto reflexão sobre a hanseníase.

Com base na palestra desenvolvida, os usuários foram participativos diante o tema, mesmo tendo em vista que o mesmo ainda é considerado e encarado de forma preconceituosa.

4 | DISCUSSÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelaram que, em 2018, 208.619 novos casos da doença foram detectados globalmente, distribuídos em 161 países, com taxa de detecção de 2,74 casos por 100 mil habitantes e prevalência de 0,29 caso por 10 mil habitantes. Em comparação ao ano anterior, a taxa global de prevalência teve decréscimo de 4%, mas países das Américas, do Mediterrâneo e do Pacífico Ocidental apresentaram aumentos nas taxas, chegando a 0,58 caso por 10 mil habitantes.

Em decorrência da magnitude da hanseníase como problema de saúde pública brasileira, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde preconizou que as ações de controle da doença fossem descentralizadas para a Atenção Primária à Saúde (APS) e coordenadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de facilitar o acesso da população aos serviços, garantir a qualidade da assistência e reduzir

os níveis endêmicos da doença (SAVASSI; MODENA, 2015).

Apesar dessa normativa, a prática clínica e as investigações científicas continuam suscitando dificuldades para a realização do diagnóstico precoce e tratamento oportuno da doença, da prevenção e do monitoramento das incapacidades físicas, além da vigilância dos contatos, o que tem acarretado sequelas motoras e neurológicas na população acometida (NETA et al., 2017).

A hanseníase é um problema de saúde pública que impacta a vida dos portadores, causando prejuízos para a vida diária e as relações interpessoais, provocando sofrimento que ultrapassa a dor e o mal estar, como impacto social e psicológico (MARTIN et al., 2008).

Como integrante da equipe multiprofissional na atenção básica, o enfermeiro deve assistir o paciente hanseniano desde o momento do diagnóstico, até o acompanhamento pós-alta, com uma assistência individualizada e sistematizada, possibilitando melhor interação com o cliente, maior adesão ao tratamento, promoção do autocuidado e redução das incapacidades físicas consequentes à doença (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

Segundo o Comitê de Consulta de Enfermagem esta é uma atividade prestada pelo enfermeiro ao usuário, na qual são identificados problemas de saúde e também outras doenças; são prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do doente. Além disso, favorece a saúde do indivíduo, melhora a adesão ao tratamento, acelera o restabelecimento do paciente, reduz o custo da assistência, possibilita o diagnóstico de necessidades, permite cuidados resolutivos e qualificados, e direciona as ações de enfermagem prestadas.

5 | CONCLUSÃO

Conforme explicado, notou-se certa desinformação em relação a hanseníase, ademais a educação em saúde proposta foi obtida com êxito pelo fato da conversa ser simples e direta, a fim de tirar dúvidas e desmistificar tabus.

Com base na palestra desenvolvida pôde-se perceber alguns estigmas dos usuários que acompanhavam a palestra, posto isso, é importante que haja nas UMS uma conversa simples para que todos possam entender sobre a doença, sem que haja preconceito.

Para mais, torna-se importante abordar principalmente na atenção primária, atividades multidisciplinares ao paciente, para que conversem mais sobre o assunto, como também pode-se minimizar a prevenção de incapacidades causada pela hanseníase, além de estimular o paciente com hanseníase a adesão do tratamento e combate ao preconceito no qual ainda se tem em relação à hanseníase.

Com base na dinâmica desenvolvida pode-se observar a falta de informação sobre a hanseníase, e o dever que os profissionais de saúde devem ter com os usuários que não são acometidos pela doença e com os portadores da mesma, para que se informem e desmistifiquem a ideia de que a hanseníase é uma doença irreversível, pois a mesma tem cura e tratamento.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Marcelo Grossi. **Hanseníase no Brasil**. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 36, ed. 3, p.373-382, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/335vHvt6zgPfyXb7vnChvQJ/abstract/?lang=pt>
- Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2ª ed. rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; AYRES, Jairo Aparecido; SIMONETTI, Janete Pessuto. **Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária**. Texto contexto - enferm., v. 18, ed. 1, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/zz8sXNg4jDK4qsCXLLpBdzF/abstract/?format=html&lang=pt>.
- ENFERMAGEM, Revista Brasileira de. **COMITÊ DE CONSULTA DE ENFERMAGEM**. 1979. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tYfqcFD85NgdkXW43YnxCLG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 jul. 2021.
- Luna, I. T., & Alves, M. D. S. (2010). Adesão ao tratamento Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 6, 983-990.
- LUSTOSA, Anselmo Alves; NOGUEIRA, Lídyia Tolstenko; PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes; CAMPELO, Viriato. **The impact of leprosy on health-related quality of life**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*, v. 44, ed. 5, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/LX9H99vrH3FYHCbDtx8TLWH/?lang=en>.
- Martins, B. D. L., Torres, F. N., & Oliveira, M. L. W. d. (2008). Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. *Investigação Clínica, Epidemiológica, Laboratorial e Terapêutica*, 1, 39-43.
- Ministério da Saúde (BR), **DATASUS/SAGE**. Situação de saúde, indicadores de morbidade, hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- NETA, Odete Andrade Girão; ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares; CARVALHO, Mariza Maria Barbosa; GADELHA, Raimunda Rosilene Magalhães. **Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na estratégia saúde da família**. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, ed. 2, p. 239-248, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40851821012.pdf>.
- NUNES, Joyce Mazza; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Hanseníase: Conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas**. *Ciênc. saúde coletiva*, 16, 1311-1318, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vmXbwQcryhyhknfjF9Zj/?lang=pt>
- Organização Pan-Americana da Saúde. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015 : diretrizes operacionais (atualizadas)**. Unidade Técnica Informação em Saúde, Gestão do Conhecimento e Comun da OPAS/OMS – Represent do Bras [Internet]. 2010;1a edição: 69. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1045&Itemid=965

ROECKER, Simone; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; MARCON, Sonia Silva. **Trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família: dificuldades e perspectivas de mudanças**. Rev. esc. enferm., v. 46, ed. 3, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/rjreeusp/a/ggZqRyZvXzhhgfqhVbh4j/?lang=pt>.

SAÚDE, Ministério da. **ESTRATÉGIA NACIONAL PARA ENFRENTAMENTO DA HANSENÍASE**. 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/22/estrategia-nacional-de-hanseniose-2019-2022-web.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2021.

SAÚDE, Ministério da. **GUIA PRÁTICO SOBRE A HANSENÍASE**. 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniose-WEB.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2021

Santos, A. R. d., & Ignotti, E. (2020). Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, (10), 3731-3744.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; MODENA, Celina Maria. **Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes**. Hansen. int , [s. l.], v. 40, ed. 2, p. 2-16, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-831080>.

World Health Organization (WHO). Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy free world. *Wkly Epidemiol Rec* [Internet]. 2019, 94(35;36): 389. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326776>

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CERQUEIRA SOUSA - Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) Ceará, com Especializações em: Saúde Pública e Coletiva (UNINASSAU), Psicopedagogia na Universidade Federal do Ceará (UFC), Desenvolvimento Neuropsicomotor no Instituto Brasileiro de Reeducação Motora (IBRM) no Rio de Janeiro, Pós-graduação Lato sensu em NeuroAprendizagem no Centro Universitário (UNICHRISTUS). Mestrado em Educação Especial na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Como Terapeuta Ocupacional trabalhou durante 12 anos na área do desenvolvimento de crianças e jovens com déficit intelectual na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais APAE de Fortaleza, e atuou também com atendimentos clínicos e Terapia Ocupacional domiciliar. Como docente ministrou disciplinas na área da Educação Especial/inclusiva em Cursos de Especialização na Universidade Vale do Acaraú (UVA Ceará), foi também professora convidada na Universidade Estadual do Ceará e na Universidade de Fortaleza. No Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) trabalhou com gestão educacional como Supervisora Acadêmica e Operacional durante 12 anos nos cursos da saúde, e atuou também como: parecerista do Comitê e Ética e Pesquisa (CEP), e foi membro da Comissão Própria de Avaliação institucional (CPA). É orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) nas áreas da educação e saúde (UNICHRISTUS). Consultora científica na Coordenação dos cursos de Pós-graduação lato sensu em Psicopedagogia Clínica e Escolar do Centro Universitário 7 de Setembro (UNI 7) e na Pós-graduação em Desenvolvimento infantil (Unichristus) em Fortaleza-CE. Atualmente por ocasião do Doutorado em Saúde Coletiva (UNIFOR) participa do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde nos Espaços Educacionais (NEPSEE), cadastrado na Plataforma de Pesquisa do CNPq. É Revisora ad hoc da Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). É avaliadora de periódicos no segmento de educação e saúde, membro do Conselho Técnico Científico e revisora de E-books da Atena Editora. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/9927536298829197>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5131-3395>. E-mail: isabellecerq@yahoo.com.br.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente vascular cerebral 185, 193, 237, 238, 242, 246, 247

Agentes comunitários 12, 13, 67, 95, 96, 97, 103, 104, 264

Atenção básica à saúde 30, 237

C

Cuidados paliativos 2, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 124, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134

D

Dermatologia 173, 174, 175, 176, 177

Diabetes mellitus 8, 29, 51, 53, 74, 79, 207, 208, 209, 247, 265

Doenças crônicas na atenção primária à saúde 248

E

Enfermeiros 1, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 54, 68, 74, 75, 78, 117, 254, 255

Escuta ativa 46, 47, 55, 56, 110

Estratégia e saúde da família 58, 61, 172

F

Fisioterapia 124, 125, 126, 127, 128, 129, 132, 133, 134

Fonoaudiologia 105, 106, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 237

H

Hanseníase 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 176, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279

Hepatites virais 137, 138, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163

Hipertensão na atenção primária à saúde 46

HIV 135, 137, 138, 142, 160, 161, 162, 163, 268

I

Infarto agudo do miocárdio 185, 223, 224, 225

Insegurança alimentar e nutricional 81, 83, 86, 93, 94

M

Médicos 1, 3, 4, 5, 6, 7, 48, 54, 61, 69, 75, 101, 117, 173, 174, 175, 219, 253, 254, 255,

256, 263, 279

P

Perfil epidemiológico 152, 154, 159, 160, 164, 165, 172, 177, 178, 179, 183, 184, 187, 188, 246

Perfil socioprofissional 1, 3, 8

Plantas medicinais 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80

Política de atenção básica na saúde 58

Práticas integrativas e complementares 65, 68, 78

S

Saúde do homem 61, 260, 261, 262, 263, 269, 270, 271

Saúde mental 53, 54, 55, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 144, 148

Sífilis 136, 137, 138, 142, 160, 162, 176, 219

T

Tabagismo na atenção primária à saúde 190

Trabalhadores rurais sem terra 81, 83, 92

V

Visitas domiciliares 9, 11, 12, 17, 22, 30, 49, 50, 51, 52, 54, 84, 118, 194

Vulnerabilidade social 21, 23, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 44, 45, 51, 82, 83, 86, 165



As ciências da saúde desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021



As ciências da saúde desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2021