DESAFIOS E CONQUISTAS NA CONSTRUÇAO DE UMA SAÚDE MULTIDISCIPLINAR,

Inclusiva e Plural

ORGANIZADORES:

JOSUÉ DA SILVA BRITO

JASSIARA SOARES DA SILVA

SABRINA ALVES MAIA

EDITORA INOVAR

DESAFIOS E CONQUISTAS NA CONSTRUÇÃO DE UMA SAÚDE MULTIDISCIPLINAR, INCLUSIVA E PLURAL

Editora Inovar

Josué da Silva Brito
Jassiara Soares da Silva
Sabrina Alves Maia
(Organizadores)

DESAFIOS E CONQUISTAS NA CONSTRUÇÃO DE UMA SAÚDE MULTIDISCIPLINAR, INCLUSIVA E PLURAL

1.ª edição

Editora Inovar

Copyright © das autoras e dos autores.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons Internacional (CC BY-NC 4.0).

Desafios e conquistas na construção de uma saúde multidisciplinar, inclusiva e plural / Josué da Silva Brito, Jassiara Soares da Silva, Sabrina Alves Maia. (Organizadores) – Campo Grande, MS: Editora Inovar, 2021.

e-book

355 p., il.

ISBN: 978-65-86212-76-1
DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-76-1

1. Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Congresso. 4. Pesquisas. I. Brito, Josué da Silva. II. Silva, Jassiara Soares da. III. Maia, Sabrina Alves. IV. Título.

CDD 610

As ideias veiculadas e opiniões emitidas nos capítulos, bem como a revisão dos mesmos, são de inteira responsabilidade das autoras e dos autores.

Conselho Científico da Editora Inovar:

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

Editora Inovar
www.editorainovar.com.br
79002-401 - Campo Grande – MS
2021

ORGANIZADORES:

Josué da Silva Brito - Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Atenas. Diretor científico do I Congresso Interdisciplinar de medicina.

Jassiara Soares da Silva - Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Atenas. Diretora científica do I Congresso Interdisciplinar de medicina.

Sabrina Alves Maia - Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Atenas. Presidente do I Congresso Interdisciplinar de medicina.

CONSELHO EDITORIAL – *DOCENTE:*

Cinara Araújo Faria Neiva - Graduada em Ciência Biológicas pela Universidade Federal de Uberlândia. Mestrado em Botânica pela Universidade de Brasília. Docente em Botânica.

Crisna Rodrigues Pereira - Graduada em História pela Faculdade do Noroeste de Minas. Especializada em Docência pela Universidade Federal de Uberlândia. Mestre em Gestão de Pessoas pela Universidade Metodista de Piracicaba. Docente de História da Medicina no Centro Universitário Atenas.

Cristhyano Pimenta Marques - Graduação em Educação física pela Universidade de Rio Verde. Doutor em Biologia Buco-dental pela Universidade de Campinas. Docente de Bases Morfofuncionais.

Danielle Dias Pinto Novais - Possui graduação em Ciências e mestrado em Ensino de Ciências e Matemática pela Pontifícia Universidade de Minas Gerais.

Iury Camargos Nery Ferreira - Médico e Cirurgião geral pelo Centro Universitário Atenas. Docente de Clínica Cirúrgica.

Lidiane Aparecida Silva - Engenheira Agrônoma pela Universidade Federal de Viçosa - UFV. Doutora em Genética e Melhoramento pela UFV.

Mariana Batista de Andrade Oliveira – Graduada em enfermagem pela Faculdade de Saúde Tecsoma. Mestre em Gestão de Pessoas pela Universidade Metodista de Piracicaba/SP.

Pollyanna Ferreira Martins Garcia Pimenta - Fisioterapeuta pela Universidade de Rio Verde. Docente da área da saúde no Centro Universitário Atenas.

Renato Philipe de Sousa - Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário de Volta Redonda. Especialista em Auditoria do Sistema de Saúde. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Robson Ferreira dos Santos - Graduado em Psicologia pela Universidade José do Rosário Vellano. Mestre em Administração de Empresas pela Faculdade de Estudos Administrativos de Minas (FEAD-MG).

Talitha Araújo Velôso Faria - Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Uberlândia. Mestre e Zoologia pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Docente de Bases Morfofuncionais.

Valter Paz do Nascimento Júnior - Farmacêutico pelo Centro Universitário de Patos de Minas. Residência em Urgência e Emergência pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Mestrando em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília. Docente no Centro Universitário Atenas.

CONSELHO EDITORIAL – *DISCENTE*

Beatriz Lemos Baptistela - Graduando em Medicina pela Faculdade Atenas

Gabriela Teixeira - Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Atenas.

Isabela Ranieri Sillos - Graduando em Medicina pela Faculdade Atenas

Isabela Simões Mendes - Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Atenas.

Isadora Andrade Porto Campos - Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Atenas.

Jassiara Soares da Silva - Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Atenas.

Josué da Silva Brito - Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Atenas.

Matheus Damas Campos - Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Atenas.

Rhafael de Santana Fernandes - Graduando em Medicina pela Faculdade Atenas.

Talita de Oliveira Soares - Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Atenas.

AUTORES

Adélia Rocha Simeoni - Médica especialista em Anestesiologia. Docente no curso de medicina do Centro Universitário de Mineiros – UNIFIMES, Trindade/GO, Brasil.

Alessandro Chaves Corrêa - Graduando em medicina na Univaço

Alex Sandro Rolland Souza - *Professor* do Departamento Materno Infantil da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE; Professor do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP; Professor da Pós-graduação stricto sensu do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Alice Slongo - Graduanda em Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ

Alice T. L. F. da Silva - Acadêmica de medicina da Universidade Regional de Blumenau

Aline Custódio Silva - Graduanda em Medicina em Centro Universitário de Várzea Grande

Amanda Moreira Lima - Graduando em Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana

Ana Carolina Veronese Silva - Acadêmica de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Ana Caroline Gusmão de Matos - Graduanda de Medicina da Universidade Tiradentes

Ana Clara Vieira Ferreira - Graduanda em Medicina na Faculdade de Medicina de Barbacena (FUNJOBE).

Ana Luiza Antony Gomes de Matos da Costa e Silva - Graduando em Medicina no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)

Ana Luiza Machado Costa - Graduanda em Medicina na Faculdade de Medicina de Barbacena (FUNJOBE).

Analice Aparecida dos Santos - Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São João del Rei. Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas – UniAtenas.

Anderson de Almeida Rocha - Médico no Hospital Márcio Cunha

Anderson Júnior Silva Lopes - Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE, Recife, Pernambuco, Brasil

Andreza Resende Neiva - Graduanda em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF

Angela Thereza Zuffo Yabrude - Acadêmica de medicina da Universidade Regional de Blumenau

Antonio Rodrigues da Silva Neto - Graduado em Química e Mestrando em Química pela Universidade Estadual do Piauí- UESPI.

Aramys Silva Dos Reis - Docente de medicina da Universidade Federal do Maranhão

Arely Guerra Mesa - Médica na Unidade Básica de Saúde "Síntia Teixeira dos Reis" na cidade de Confins-MG. Formada pela universidade ISCM Serafín Ruíz de Zárate Ruíz (Cuba). Diploma revalidado, no Brasil, pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP – MG).

Aylla Corrêa Gonçalves -Graduanda em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora –FCMS/JF

Bárbara Bizzo Castelo - Graduanda em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Bárbara Vieira Sardi - Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Paraná

Beatriz Almeida Fernandes - Graduanda em Medicina da Universidade Católica de Brasília

Beatriz Gallo Teixeira - Graduanda em Medicina na Pontifícia Universidade Católica

Beatriz Gomes Dalla Justina - Graduanda em medicina em Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)

Beatriz Lemos Baptistela - Graduanda em Medicina na Faculdade Atenas - Campus Passos

Bethânia Silva Barros- Graduanda em Medicina da Universidade Nove de Julho - UNINOVE, Garulhos/SP, Brasil.

Betina Alves Ferreira de Andrade - Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOB

Bianka Santana dos Santos - Professora Adjunto do Curso de Medicina do Núcleo de Ciências da Vida, Campus Agreste, da Universidade Federal de Pernambuco

Brenda Alves Barnabé - Graduando em Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana

Bruna Carla Lima de Albuquerque - Graduanda em Medicina na Universidade Federal de Pernambuco

Bruna Maria Ávila Azevedo - Graduanda em Medicina na Universidade Federal de Pernambuco

Camila Carolina Canedo Campos - Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

Camila Froes Correa - Estudante de medicina da Universidade de Cuiabá-UNIC.

Camila Nishimura - Graduanda em Medicina em Centro Universitário de Várzea Grande

Carmem Isaura Salles do Nascimento - Graduanda de Medicina da Universidade Tiradentes

Carolina Bohn Faccio - Graduanda em Medicina em Universidade Luterana no Brasil

Caroline Silva de Araujo Lima - Acadêmica de Medicina da Faculdade Dinâmica Vale do Piranga, Ponte Nova-MG.

Carolinne Camila de Souza Scarcela - Graduando em Medicina de Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)

Cecília Sofhia Alexandre Soares de Lima - Estudante do curso de Medicina na Faculdade Tiradentes, Jaboatão dos Guararapes – PE.

Christine Bouwmann - Acadêmica de medicina da Universidade Regional de Blumenau

Cristina Amaral Calixto - Graduanda em Medicina na Universidade Federal de São João del Rei

Cyntia Rodrigues de Araújo Estrela - Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA

Daniel Lopes Marques de Araújo - Graduando em Medicina no Centro Universitário Atenas

Danielle Rodrigues Vendramini - Acadêmica de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Débora Biffi - Doutora em Ciências Médicas na faculdade de medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Denis Gonçalves Ferreira - Professor do departamento de medicina do Centro Universitário de Várzea Grande

Domingos Alves de Santana Neto - Graduanda em medicina em Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Eduarda Faria do Nascimento - Graduanda em Medicina em Universidade Luterana no Brasil

Eduardo Henrique Antunes Mann – Acadêmico de Medicina pelo Centro Universitário Atenas.

Eduardo Siqueira Fernandes - Universidade José do Rosário Vellano

Eliana Mendonça Vilar Trindade - Doutora em Psicologia Clínica

Éllyda Vitória de Lima - Graduanda em Medicina na Universidade Federal de Pernambuco

Eloá Fátima Ferreira de Medeiro s- Docente da Universidade Católica de Brasília. Coordenadora e Tutora do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde da Universidade Católica de Brasília (PET-UCB).

Emily da Silva Eberhardt - Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC)

Eryka Regina de Lima - Graduanda em Medicina da Universidade Católica de Brasília

Fabíola Mirellys da Silva Ferreira - Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE, Recife, Pernambuco, Brasil

Fabyane Pereira Barbosa - Graduada em Psicologia em Centro Universitário Maurício de Nassau

Fernanda Costa Carvalho - Graduando em medicina na Univaço

Filipe Marques Rodrigues - Graduando em Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana

Filipe Pivato Brizon - Graduando em Medicina na Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS BH

Francisco Jucianno Rodrigues da Silva - Acadêmico de medicina da Universidade Federal do Maranhão

Gabriel Kewen da Costa - Graduando em Medicina na Faculdade Atenas - Campus Passos

Gabriel Luiz de Jesus Ribeiro - Estudante do curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas – UniAtenas

Gabriela de Souza Melo - Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

Gabriela Ferreira da Silva - Graduanda em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Gabriela Mendonça Vilar Trindade - Médica Generalista

Gabriella de Almeida Figueredo Praciano - Graduando de medicina da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Gabriella de Almeida Figueredo Praciano - Graduando de medicina da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Gabrielly Alves Mota - Graduanda em Medicina no Centro Universitário FIPMoc - UNIFIPMoc

George da Silva Ney Jr - Professor do departamento de Psiquiatria do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica

Geovana Torres de Souza - Graduanda em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Geovanna Karolliny Marques Moreira - Graduando de medicina do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, Trindade/GO, Brasil.

Giovana Almeida Pultrini de Oliveira - Graduando de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica

Graduando de medicina da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Gustavo Fonseca de Albuquerque Souza - Graduando de medicina da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Gustavo Fonseca de Albuquerque Souza - Graduando de medicina da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Gustavo Henrique Pedroso - Graduando em Medicina no Centro Universitário Atenas

Gustavo Henrique Pedroso - Graduando em Medicina no Centro Universitário Atenas

Gustavo Machado Trigueiro- Graduando em Medicina do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, Trindade/GO, Brasil.

Hakayna Calegaro Salgado. Médica Ginecologista e Obstetra pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Mestranda em Saúde Brasileira pela UFJF

Henrique Guimarães Barbosa Coelho - Graduando de medicina da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Hugo Zaghetto Diniz - Graduando em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF

Hyalla Kayoma Fernandez Roussenq - Graduando em Medicina em 2017.

Idomeu Parente Primo Júnior - Graduando em Medicina na Universidade Federal de Pernambuco

Isabela Martins Ferreira Mansur - Graduanda em Medicina em Universidade Luterana no Brasil

Isabella Alvarenga Abreu - Graduando em Medicina em Instituto Metropolitano de Ensino Superior

Isabelle Gualberto Souza - Graduanda em Medicina no Centro Universitário FIPMoc (UNIFIPMoc)

Isadora Estefânio Coelho - Graduanda em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora –FCMS/JF

Isadora Melo Viana - Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Isadora Melo Viana - Graduando de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica

Ívena Botelho Fiuza - Graduanda em Medicina em Centro Universitário de Várzea Grande

Jade Guimarães Fulber - Graduanda em Medicina em Universidade Luterana no Brasil

Janinne Gualberto Souza - Pós-Graduada em Direito do Trabalho e Direito Previdenciário pela FADIVALE

Jassiara Soares da Silva – Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário Atenas.

Jessica Maria Ferreira de Araújo - Graduanda em medicina na UNICEPLAC

João Christopher Ribeiro Santos - Universidade Federal de Minas Gerais

João Vitor Cardozo Rodrigues - Graduando em enfermagem no Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC)

José Ronaldo Alves - Diretor técnico da Santa Casa de Misericordia de Passos e docente na Faculdade Atenas - Campus Passos

Josué da Silva Brito - Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário Atenas.

Julia Harumi Takume Minoda - Universidade José do Rosário Vellano

Juliana Almeida Lima - Graduanda em Medicina da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança

Juliene Azevedo Oliveira - Professora do Departamento de Programa Integrado Serviço Saúde e Comunidade IV na UNICEPLAC

Kallita Marques da Silva - Graduanda em Medicina no Centro Universitário Atenas

Kauanny Fernandes Lima - Estudante de medicina da Universidade de Cuiabá-UNIC.

Laís Munhoz Soares - Orientadora, professora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais.

Lara Vívian Paixão Fernandes - Graduanda em Medicina no Centro Universitário FIPMoc - UNIFIPMoc

Larissa Carneiro - Acadêmica de medicina da Universidade Regional de Blumenau

Larissa de Souza da Silva - Professora Esp. Em Universidade Pitágoras UNOPAR

Larissa Griffo Gonçalves - Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

Larissa Maia Lemos Barreto - Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOB

Larissa Rezende Lima Pereira - Graduanda em Medicina no Centro Universitário de Caratinga – UNEC

Laura M.G. Soares - Médica formada pela Universidade Regional de Blumenau

Laura Marçal Silva - Graduanda em Medicina na Faculdade Atenas - Campus Passos

Letícia Silva de Melo Lima - Estudante do curso de Medicina na Faculdade Tiradentes, Jaboatão dos Guararapes – PE.

Levy Vilas Boas Fukuoka - Médico

Lidiane Assunção de Vasconcelos - Professora Msc. em Universidade Federal do Pará

Lindercy Francisco Tomé de Souza Lins - Professor do Departamento de História e do Programa de Pós Graduação em Ciências Humanas e Sociais- UERN. Doutor em Ciências – USP. Graduação em Medicina (UERN) em andamento.

Lorena Rezende Lima Azevedo - Médica na Prefeitura Municipal de Inhapim/MG

Lorena Sipauba Pitanga - Graduanda em medicina na UNICEPLAC

Lorenna Layary Marques Moreira - Acadêmica do curso de medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC, Porto Nacional/TO, Brasil.

Luana Godinho Maynard - Professora do curso de Medicina da Universidade de Tiradentes

Luana Miranda Santos - Graduanda em Medicina na Faculdade de Medicina de Barbacena (FUNJOBE).

Lucélia Caroline Cardoso - Mestre em Saúde e desenvolvimento humano na Universidade - La Salle

Luciana Colares Maia - Professora do departamento de Medicina do Centro Universitário FIPMoc – UNIFIPMoc

Luciana Marques da Silva - Docente do curso de medicina da universidade de Cuiabá – UNIC.

Luciane Teixeira Passos Giarola - Professora do Departamento de Matemática e Estatística da Universidade Federal de São João del Rei

Ludmila Limpias Terrazas Binkowski - Graduanda em Medicina em Universidade Luterana no Brasil

Luís Gustavo Antunes Miranda - Graduando em Medicina no Centro Universitário FIPMoc (UNIFIPMoc)

Luiz Felipe Falcão de Souza - Graduando em Medicina de Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)

Luiza Ferreira Calil - Graduando em medicina na Univaço

Luna Gonçalves Giati - Graduanda em Medicina no Centro Universitário Atenas

Lydice Marise Cesar Gomes - Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA

Maíra Moura Lopes - Graduando em Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana

Marcella Alvarenga Abreu - Graduando em Medicina em Centro Universitário Governador Ozanam Coelho

Marcelo Daudt von der Heyde - Preceptor da Residência de Psiquiatria no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Marco Antônio Ferraz Junqueira - Professor no Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

Marcone de Souza Oliveira - Professor do departamento de medicina da Univaço

Maria Carolina Rodrigues Lopes - Graduanda em Medicina no Centro Universitário de Caratinga – UNEC

Maria Cristina Araújo Estrela - Discente do curso de Medicina no Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA

Maria Eduarda Silva Caetano - Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA

Maria Isabelle Barbosa da Silva Brito - Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE, Recife, Pernambuco, Brasil

Maria Izabel de Azevedo Ferreira - Graduanda em Medicina no Centro Universitário FIPMoc - UNIFIPMoc

Maria Luiza Vieira dos Santos - Acadêmica de medicina da Universidade Federal do Maranhão

Mariana Anselmo Cardoso - Graduanda em Medicina na Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT

Mariana Bezerra de Gusmão Medeiros - Graduando de medicina da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Mariana Bezerra de Gusmão Medeiros - Graduando de medicina da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Mariana Evaristo Leite - Graduanda em medicina em Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)

Mariana Zinato Cária - Graduanda em Medicina na Faculdade de Medicina de Barbacena (FUNJOBE).

Marina Nakao Calmeto - Médica pela Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOB

Matheus Henrique Mendes de Oliveira - Discente do curso de Medicina no Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Matheus Souza da Silva - Graduando em Medicina na Universidade Federal do Pará

Mayra Loures de Oliveira - Graduanda em Medicina no Centro Universitário de Caratinga – UNEC

Michely Mika Hirota - Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Paraná

Mireli Rayane da Silva Oliveira - Graduada em Psicologia em Centro Universitário Maurício de Nassau

Mirjhenyfer Lúcia Martins - Graduanda em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) Hakayna Calegaro Salgado. Médica Ginecologista e Obstetra pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Mestranda em Saúde Brasileira pela UFJF

Narayana Silva Paiva - Graduanda em medicina em Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

Natália Aires Ribeiro - Graduanda em Medicina da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança

Natália Quintão Barros - Graduando em Medicina em Instituto Metropolitano de Ensino Superior

Natally Stephani Nobre da Fonseca Guedes - Estudante do curso de Medicina na Faculdade Tiradentes, Jaboatão dos Guararapes – PE.

Nathália Carolinne Rabêlo de Souza - Discente do curso de Medicina no Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA

Nathalia Costa Macedo Noronha - Graduanda de Medicina da Universidade Tiradentes

Nathália de Carvalho Barros Silva - Graduanda em Medicina no Centro Universitário Atenas

Nathália Macedo Marteletto - Graduanda em Medicina na Universidade Federal de São João del Rei

Nicolli Bellotti da Silva – Doutora em Ciências. Orientadora científica.

Paola Beatriz de Almeida Carvalho - Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH.

Paula Gabriella Pereira Brandão - Graduando de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica

Pedro Filgueiras de Campos - Graduando em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH.

Priscila Totarelli Monteforte - Professora do Departamento de Ciências Naturais da Universidade Federal de São João del Rei

Rafael Alves Carvalho - Cirurgião Vascular e Médico Socorrista do SAMU - CIRSU - Centro-Sul - MG

Rafael Araujo Ponce de Leon - Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Rafael Fonseca Silvestre - Graduando em Medicina na Faculdade Atenas - Campus Passos

Raisa Natalia Dotto - Acadêmica de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Rayanne Barbosa Gomes da Silva - Graduada em Psicologia em Centro Universitário Maurício de Nassau

Regina Célia de Oliveira - Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil

Rita de Cássia Hoffmann Leão - Médica e preceptora da graduação em Medicina e da Residência Médica na Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal do Recife e docente do curso de medicina da Faculdade Tiradentes

Roberta Evelyn Furtado - Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOB

Rodrigo De Martin Almeida - Farmacêutico no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF e Graduando em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF

Rúbia Mariano da Silva - Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA

Sabrina Alves Maia – Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário Atenas.

Solena Ziemer Kusma Fidalski - Professora titular do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Tainá Cristine Carloto - Acadêmica de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Tainara Almeida Chaves - Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA

Tainara Almeida Chaves - Graduando de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica

Talitha Araújo Velôso Faria - Professora de Medicina no Centro Universitário Atenas

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa - Doutora em Saúde Coletiva, Professora do DCOS/CCS/UFPB

Tathianne Rayssa Lima Veloso - Graduada em Enfermagem em Universidade de Pernambuco

Tatiana de Paula Santana da Silva - Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Thaísa Mariá Ferreira da Luz - Graduanda em Psicologia em Centro Universitário Maurício de Nassau

Thayná Oliveira Coutinho - Estudante do curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas – UniAtenas.

Thiago Gonçalves Araújo e Silva - Acadêmico de medicina da Universidade Federal do Maranhão

Tullyo Mychel Fernandes Ramos - Médico residente de Clínica Médica da FURG.

Valéria Midori Gutoski Yuki - Graduanda em Medicina na Pontifícia Universidade Católica

Vitor Amaral Nunes da Silva - Médico da Estratégia Saúde da Família no município de Lagoa Santa, MG

Vitória Lopes Dornelas de Carvalho - Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

SUMÁRIO

Prefácio 16

Reflexões sobre o passado, o presente e o futuro da saúde pública no Brasil 17

Leviatã contra Esculápio: violência do Estado e o papel do SUS na mitigação desse efeito (leitura crítica) 24

Desigualdade do acesso à saúde da população brasileira: uma revisão integrativa 31

Sistema Único de Saúde: o desafio da gestão pública e da participação popular 41

Atenção domiciliar: importância e desafios para a construção de uma saúde mais inclusiva e humanizada no Brasil 46

O conservadorismo e a hermenêutica da internação psiquiátrica no século XX: uma análise do hospital colônia de Barbacena 54

Pluralismo entre culturas: estigmas e encalhes na assistência à saúde do paciente indígena 63

Mães de Rua: Assistência do SUS no atendimento pré-natal 69

Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em pacientes de um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS 75

Dificuldades e desafios no controle da tuberculose no sistema prisional brasileiro: revisão integrativa 85

A complexa vulnerabilidade da população em situação de rua: manejo clínico multidisciplinar e estratégias de saúde 91

Caracterização das práticas sociais inclusivas e plurais promotoras de saúde entre universitários pernambucanos: um relato de experiência 97

Medicina narrativa e o desenvolvimento da empatia no futuro médico: relato de experiência 102

Telessaúde e telemedicina: da implantação a expansão do uso durante a crise do sistema de saúde do Brasil em 2020 112

A educação interprofissional como método de construção da identidade profissional 118

Telessaúde como ferramenta multidisciplinar na atenção primária à saúde 122

Potencialidade da arte e música como métodos terapêuticos adjuvantes facilitadores da inclusão 127

Saúde mental dos estudantes de medicina: prevalência de transtornos mentais comuns e automedicação 134

Estudantes de medicina como palhaços de hospital: um relato de experiência. 144

A abordagem da espiritualidade na prática clínica e sua importância para uma saúde integral 150

A importância da espiritualidade nas consultas médicas: um relato de experiência 156

Integralidade em saúde: os desafios enfrentados pela população LGBT 161

Identidade de Gênero e Atenção à Saúde do Paciente Transexual no Sistema Único de Saúde 169

Transgeneridade, atenção à saúde e CID11: a necessária transformação da saúde brasileira 176

Dificuldades da população LGBTQIA+ para o alcance da saúde universalizada na atenção primária 185

As sombras do arco-íris: interface entre negligência à saúde LGBTQIA+, progressos e impasses frente ao corpo, à subjetividade e à multidisciplinaridade do cuidado 193

Os desafios do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) 202

Violência Homoafetiva: A invisibilidade do relacionamento abusivo entre casais de lésbicas 208

Comunicação não verbal na assistência multidisciplinar: revisão de literatura narrativa 216
Desafios da equipe multiprofissional no contexto da saúde pública 223
A importância de uma saúde multidisciplinar para o tratamento de distúrbios mentais nos estudantes e profissionais da saúde durante a pandemia pela COVID-19 230
Implicações na saúde mental e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar em tempos de pandemia 239
Atenção multidisciplinar no tratamento do paciente com Covid-19: uma revisão de literatura sobre as atuações, dificuldades e desafios dos diversos profissionais de saúde 246
O papel do atendimento multiprofissional na prevenção do suicídio por métodos violentos: uma revisão integrativa 255
Polifarmácia: um desafio para o cuidado multidisciplinar do paciente geriátrico 263
A importância da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente pediátrico em cuidados paliativos 270
Relato de experiência: atendimento multidisciplinar, uma visão inclusiva na atenção hospitalar durante a residência de clínica médica 278
Revisão sistemática dos distúrbios psiquiátricos em pacientes com psoríase e a importância da abordagem multidisciplinar em dermatologia 282
Abordagem multidisciplinar no transtorno do espectro autista: entre os avanços e os impasses do cuidar. ... 288
Os desafios da atuação interdisciplinar na atenção primária: uma revisão narrativa 296
Uma abordagem abrangente e multidisciplinar para dor torácica: uma revisão integrativa 302
A importância da multidisciplinaridade e da inclusão no transtorno do espectro autista 311
Impactos da pandemia do covid-19 sobre as vulnerabilidades da população indígena latino-americana: um reflexo das limitações da garantia do direito à saúde dessa população 318
Absenteísmo na enfermagem e seus impactos na gestão e na qualidade dos serviços de saúde 326
Desafios da atuação dos serviços farmacêuticos no âmbito da atenção primária à saúde 333
Desafios do atendimento pré-hospitalar em primeiros socorros por equipe multidisciplinar 341

Prefácio

Saúde é a ausência do medo
Sergio Arouca

A saúde brasileira é única desde a sua origem. A conquista de um sistema universal, integral e igualitário foi resultante de lutas populares e reflexões de grandes sanitaristas. Contudo, esse sistema ainda possui grandes desafios em seu processo de afirmação.

O momento histórico atual exige que reflexões profundas, sobre o passado, o presente e o futuro, sejam feitas. É preciso compreender o processo de conquista de direitos e dele extrair lições para garantir que o Sistema Único de Saúde (SUS) persista forte e resistente às pressões.

Este livro, nascido do I Congresso Interdisciplinar da Área da Saúde (CIAM), busca contribuir para uma visão atemporal e multidisciplinar do SUS ao refletir sobre o histórico da saúde, as conquistas que o sistema trouxe e os desafios para conquistar o sistema desejado, pondo-se, portanto, como uma ferramenta para compreensão do presente e do futuro do sistema sanitário e, outrossim, para a sociedade brasileira.

Nós queremos um sistema de saúde multidisciplinar, inclusivo e plural e cada um desses capítulos apontam os caminhos que seguiremos.

Os organizadores,
Paracatu-MG, 8 de janeiro de 2021.

Reflexões sobre o passado, o presente e o futuro da saúde pública no Brasil

Josué da Silva Brito
Jassiara Soares da Silva
Sabrina Alves Maia
Eduardo Henrique Antunes Mann
Nicolli Bellotti da Silva

Resumo

A saúde pública brasileira possui um histórico marcado por desorganização, dificuldade no acesso, sobreposição de funções, ausência de cobertura de demandas essenciais e exclusão de diferentes povos, por razões étnicas e culturais e aspectos socioeconômico. Antes de 1988, quando o Brasil conquista um sistema de saúde unificado voltado a demandas preventivas e curativas, público e acessível a todos os brasileiros e brasileiras, imperava ora a ausência de políticas públicas de saúde, ora políticas ineficazes e restritivas. Ancorado nas lutas pela cidadania ocorridas nas décadas de 1970 e 1980, o Sistema Único de Saúde (SUS ampara-se nos princípios democráticos e antagoniza-se, portanto, com um histórico de epidemias múltiplas e ineficiência do Estado, afirmando a universalidade, a integralidade e a equidade como regras basilares da sua atuação. Contudo, há desafios históricos que precisam ser encarados e superados para a garantia da vitalidade do próprio sistema. Este artigo, revisita a história da saúde pública brasileira e analisa os desafios atuais e futuros para a consolidação de uma saúde universal.

Palavras-chave: saúde pública; história da saúde pública; programas nacionais de saúde; história da medicina.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta diversas barreiras, apesar de seus mais de 30 anos de implementação. Afinal, embora a Constituição de 1988 assegure que seu acesso seja universal e pautado pela igualdade, a lei por si só não é capaz de garantir essa igualdade. Ainda há diversas limitações associadas a fatores sociais, culturais e econômicos, limitantes impostos por aspectos geográficos e uma oferta muito menor do que a demanda. O sistema também sofre com a incompreensão do seu papel advinda de concepções individualistas avessas à coletividade e a equidade, que atuam até mesmo no parlamento[1,2,3].

Mesmo limitado, contudo, o SUS ainda é visto como um ponto de ruptura histórica e representante legitimo da virada democrática que ocorreu no Brasil, advinda da luta social dos anos 1970 e 1980. Antes do sistema, a saúde pública era marcada por negligências, por acesso difícil e, por vezes, impossível e sistemas desorganizados precarizados diante de crises no financiamento, que sobrepunham em algumas demandas e se ausentavam completamente em outras[4,5,6].

O SUS, portanto, ao mesmo que se consolida como um elemento de superação histórica, demonstra diversas fragilidades que podem ameaçar o seu futuro[7]. Neste artigo, refletimos sobre o passado, o presente e o futuro da saúde pública brasileira, buscando elucidar quais os próximos desafios e como superá-los.

Metodologia

Este trabalho possui natureza revisional e reflexiva. Para tanto, realizou-se pesquisa bibliográfica nas bases SciELO, Lilacs e bibliotecas de dissertações e teses de universidades brasileiras, utilizando-se os termos “Sistemas Únicos de Saúde”, “Saúde Pública”, “História”, “História do Brasil”, “História da Saúde”, “Desafios”, “Financiamento”, “Gastos”, “Orçamento” e “Teto de Gastos”. A pesquisa foi complementada com busca pela legislação sanitária brasileira e manuais e notas técnicas de órgãos da administração pública.

Resultados e discussão

Período colonial (1530-1822) e o império (1822-1889): a saúde ditada pelas epidemias

A saúde brasileira evoluiu lentamente nos 488 anos que antecederam a Constituição Federal de 1988. No período colonial, já estava bastante delimitada a situação que perduraria por boa parte do período histórico.

As medidas de saúde pública eram escassas e ligadas aos ambientes de produção. A insalubridade das vias públicas e dos portos, o deteriorado ambiente de trabalho e as péssimas condições de vida resultaram em epidemias e endemias de escorbuto, bouba, sarampo, varíola, febre tifoide, peste bubônica e malária[8-11].

No século XVII, as epidemias de varíola e febre amarela, nas atuais províncias da atual região nordeste, acarretaram mortes de escravos e, em alguns engenhos, a parada completa da produção de açúcar. Essa repercussão econômica foi o estopim para o surgimento de uma das primeiras campanhas sanitárias da história, a introdução da vacinação para varíola no país[12,13].

A chegada da família real portuguesa, em 1808, e a subsequente elevação do país a Reino Unido, levou a pequenas transformações no estado sanitário do país, sendo criadas diversas instituições de controle, como juntas municipais, que exerciam controle sobre os portos e os navios. Também foram criadas escolas de medicina no país, aumentando, por conseguinte, o número de médicos formais na capital. Porém, não trouxe modificações significativas para a maior parte da população[9,14].

O estado sanitário periclitante da colônia não era, contudo, algo desconhecido pelos governantes. Foi diversas vezes denunciado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, fundada em 1829. Essa rivalizava a uma medicina desorganizada, colonial e obscurantista, servindo como órgão consultivo nas questões de higiene pública. Sua atuação no império incluiu apontamentos sobre a carência de hospitais, insalubridade das casas, saneamento deficitário e falta de regulamentação de serviços de saúde. Contudo, vários desgastes políticos e modificações da organização interna acabou levando ao isolamento da instituição e seu enfraquecimento[15,16].

No reinado de Dom Pedro II, o estado sanitário do país e, principalmente da capital, se tornou uma preocupação do governo central, razão pela qual nesse ciclo histórico houve transferência de responsabilidade da saúde dos portos para o governo central, houve investimentos no abastecimento de água e na gestão de esgotos. O higienismo começou a dar norte as políticas estatais, levando a fundação da Junta Central de Higiene Pública e o Instituto Vacínio do Império, assim como a decretação da vacinação obrigatória para varíola[17,18,19].

No âmbito individual, todo o período foi marcado por um processo excludente. A medicina formal era reservada para um pequeno número de indivíduos. A maioria da população branca era tratada por hospitais de caridade, como as Santas Casas de Misericórdia, enquanto que os negros e pardos acompanhados pela medicina informal representada por curandeiros e boticários[20].

República velha (1889-1930) e na era Vargas (1930-1945): o nascimento do sanitarismo campanhista

Nos anos iniciais da república, os erros sanitários cometidos nas administrações anteriores foram repetidos. Não houve a criação de um plano de enfrentamento das epidemias, embora fosse consensual a necessidade, nem mesmo uma racionalização na administração da estrutura sanitárias. Contudo, a ameaça que as endemias provocavam a uma economia baseada na exportação de café levou ao fomento de medidas coercitivas e baseadas na estratégia militar no combate às doenças, resultando na adoção do modelo sanitário campanhista[21,22].

O modelo sanitário campanhista, embora tenha conseguido grandes feitos, não conseguiu unanimidade. Reforçava os preceitos autoritários dos governos centrais e se coadunava às políticas de repressão e limpeza social[21,23]. Mesmo com essas controvérsias, o modelo persistiu após a revolta da vacina de 1904, momento em que suas contradições foram mais expostas e investigadas. Na década de 1920, a reforma sanitária trouxe novas perspectivas ao modelo, visto que fortaleceu a propaganda sanitária, a promoção da higiene e o combate de endemias e epidemias nas áreas rurais[21]. Veio também dessa reforma a criação de carreiras científicas voltadas para ensino e pesquisa na área biomédica, por influência da Fundação Rockefeller, e a adoção de uma política sanitária centralizada[24].

Já na década final da república velha, ocorre o avanço sanitário mais significativo daquele período, a aprovação da Lei Eloy Chaves, em 1923, que iniciava um sistema previdenciário no país ao criar as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), também responsáveis por prestar serviços médicos e funerários. Todavia, já nascem com claros problemas e fomentando desigualdades. Não havia garantia de acesso a todas as categorias nem igualdade entre elas. Valorizam, outrossim, um modelo privado e curativo da medicina[25,26].

No governo Vargas, as CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Porém, em vez de trazer melhoras e redução nas desigualdades, essas instituições perpetuaram-nas. Cada instituto possuía seu orçamento e prestação diferente e, portanto, a prestação de serviços diferia. A modificação apenas trouxe maior centralização a gestão[24,27].

Mesmo com os seus equívocos, houvera avanços importantes na saúde brasileira, como a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública e o reconhecimento, pela primeira vez, do direito à saúde, na Constituição de 1934 — carta constitucional que virou somente por 3 anos —, formulando a obrigação dos Estados e Da União no cuidado à saúde e a garantia à assistência pública[21,28]. Também foi fundando o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável por atuar nas regiões norte, nordeste e do vale do Rio Doce — locais de extração de matérias-primas para o esforço bélico americano. O SESP garantiu melhoria no treinamento de médicos, engenheiros sanitários e enfermeiros, uma das maiores carências do país[29].

A reinvenção do sanitarismo durante a república democrática (1945 – 1964)

O período de 1945 a 1964 foi marcando por uma reinvenção do sanitarismo. Enquanto a corrente campanhista foi enfraquecendo, o modelo desenvolvimentista, que alinhava o modelo sanitário ao bem-estar social, foi se afirmando. Esse modelo buscava industrialização, urbanização e avanço tecnológico como forma de garantir saúde[30]. Combinava-se melhor com um cenário de desenvolvimento do capital, e a modificação do padrão sanitário nos quais as doenças crônicas degenerativas e os acidentes de trabalho e trânsito assumiram o protagonismo das doenças infectocontagiosas[3].

Em dois momentos de protagonismo do legislativo, foi criado o Ministério da Saúde e criada uma nova lei previdenciária. A fundação do MS, embora tenha mantido as políticas públicas de saúde no mesmo patamar, teve um significado político importante[31,32]. Já a Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960, unificou os benefícios e deveres dos assegurados por diferentes institutos, sendo um passo importante para redução das desigualdades na prestação de serviços. A prestação de serviços de saúde continuava, apesar dessas ações, centrada na figura dos trabalhadores e nas afecções advindas do trabalho, em um país de grande informalidade e desemprego[33].

A reformulação da previdência e das estruturas sanitárias durante a ditadura militar (1964 – 1985)

Durante a ditadura militar, a assistência previdenciária foi reformulada diversas vezes, buscando enfrentar os déficits de financiamento e a desorganização. Em um primeiro momento, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS aglutinou seis institutos, assumindo para si o compromisso de oferecer assistência médica aos trabalhos urbanos formais, porém, essa cobertura era inferior a 10%[33].

Em uma reformulação posterior, foram criados o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e o Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), sendo aquele uma consolidação de todos os serviços previdenciários e esse instituído para centralizar e gerir a assistência médica aos assegurados[33,34].

Essa reorganização, tornou o Estado o principal provedor da saúde privada. Com o seu modelo previdenciário, eximia-se da sua responsabilidade pela saúde pública e deixava milhões desassistidos. Privilegiava-se um modelo curativista, procedimentos de alto custo e se incentiva a construção de hospitais privados para atender a previdência. Nesse arranjo, o Ministério da Saúde, com seu baixo orçamento, e seu compromisso com à saúde coletiva e preventiva tinham papel secundário e quase irrelevante[34,35].

O contexto geral era de desorganização, os serviços eram descoordenados, as atribuições eram pouco claras, e a centralização no nível federal dificultava ainda mais a organização. Perpetuavam-se o autoritarismo, a carência de políticas sociais e a falta de sensibilidade quanto as necessidades sociais[35,36].

A criação do SUS e os seus antecedentes

O cenário político brasileiro ensejou a resistência de diversos setores sociais. Diversas organizações passaram a defender a saúde como direito dos trabalhos e dever do Estado, superando a visão de favor

estatal. Esse movimento em busca da universalização e da construção de um sistema único e estatal consistiu no Movimento pela Reforma Sanitária, sendo determinante na constituição do atual sistema[37,38].

Em 1985, já sob a égide de um regime democrático, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março do ano seguinte. A CNS serviu como momento de reflexão para encarar as carências do passado e se formular as diretrizes do futuro da saúde pública. Nela, foi proposta a reformulação do sistema nacional de saúde, financiamento tripartite, hierarquização e descentralização como princípios da saúde. A participação popular e a ampliação do conceito de saúde foram os grandes marcos[39,40].

A partir da conferência, implantou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), primeiro empreendimento baseado nos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária. Esse seria um percursor do Sistema Único de Saúde, inaugurado pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990[41,42].

O SUS foi moldado dentro dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, regionalização, descentralização, hierarquização, participação popular, direito à informação, resolutividade e complementariedade do setor privado. Um sistema amplo, complexo e sob a égide do controle social[43].

O SUS em seus 32 anos

Em seus 32 anos, o SUS enfrentou três grandes desafios: a burocratização, o subfinanciamento e a dificuldade de implementar a participação popular. A complexidade do sistema e as necessidades políticas acabou gerando a necessidade de inúmeras emendas constitucionais, leis ordinárias e complementares, pactos, normas operacionais e portarias. Esse arcabouço jurídico complexo dificulta a gestação do sistema e produz ineficiências. Recentemente, a criação de Portarias de Consolidação visou revisar mais de 20 mil portarias ministeriais, buscando dar clareza aos gestores[44].

O financiamento, depois de 32 anos, continua deficitário. Todas as vezes em que houve alguma tentativa de reparação, as verbas foram destinadas para outro fim, como a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), ou foram insuficientes para as demandas. A agenda política liberal corrompeu vários movimentos em defesa do SUS e de um financiamento mais compatível às necessidades sanitárias do país[45,46].

Também o SUS falhou em construir pontes com a população. Não conseguiu mantê-la envolvida e organizada em defesa do sistema. Pelo contrário, o que perpetua é a incompreensão quanto ao funcionamento do sistema, sua hierarquização e a regionalização. Essa desconexão acaba também por fomentar um outro desafio do presente e do futuro, a judicialização da saúde[47].

O futuro do SUS

A política brasileira e os arranjos sociais sofrem com grande imprevisibilidade, contudo alguns elementos atuais permitem prever alguns dos desafios que o SUS irá enfrentar. Elementos da história da saúde pública e a recente aprovação do Teto de Gastos, demonstram que o financiamento deve persistir como um problema patente. Até 2036, os gastos em saúde não terão um aumento real, visto que aumento nos gastos de uma área só serão possíveis com cortes em outras[48].

O Teto de Gastos não considera o aumento da demanda causada pela transição demográfica e, a consequente, maior carga gerada por doenças crônicas não transmissíveis, o crescimento populacional, a necessidade de expandir a rede pública e se incorporar novas tecnologias. Ele estrangula qualquer possibilidade de expansão e ameaça até o pagamento de obrigações assumidas. Representa um verdadeiro retrocesso social[48,49]. É um desfinanciamento que se soma a um estado de subfinanciamento crônica. Uma opção política. Mesmo que haja um crescimento do produto interno bruto do país, o conjunto das despesas primárias, o que inclui os gastos com SUS, não podem crescer[49].

Esse cenário se torna mais sombrio ao se observar que crescem os incentivos para os setores privados, fortalecendo os planos de saúde, que se expandem até mesmo entre a classe C[50].

> Como consequências do estrangulamento fiscal, do ponto de vista da organização do sistema de cuidados tornaram-se evidentes tendências ao acirramento da competição entre os entes federados e, nestes, entre os prestadores; à inviabilização de organização em rede dos serviços com fragmentação

> e segmentação dos cuidados; à redução dos investimentos em novas capacidades; e à queda da qualidade e segurança dos serviços. No setor privado, se tornaram visíveis a expansão de novos arranjos assistenciais como as clínicas de vizinhança e clínicas populares, bem como o desenvolvimento e fortalecimento de novas modalidades de pré-pagamento: planos populares, VGBL Saúde e franquias. É de se prever um aumento da desigualdade territorial por riqueza e da estratificação do atendimento e, da mesma forma, da concentração das inversões e inovações no setor privado de ponta[50].

Não houve, diante de quadro semelhante, mobilização social e popular suficiente para pressionar parlamentares e conseguir uma reversão desse quadro[51]. Contudo, só a participação popular parece ser capaz de mudar os rumos que a política liberal impôs à saúde. E essa reação esperada começa a surgir. Diversas instituições se organizam em defesa do SUS e de seus princípios. Resta a dúvida, todavia, de qual o verdadeiro poder dessas articulações diante de um parlamento cada vez mais insensível às demandas sociais[52].

Em outra vertente, o baixo financiamento deixará mais visíveis as falhas no sistema de saúde e a dificuldade de consolidar os princípios e diretrizes do SUS. A consequência direta disso já é vista no atual cenário. Haverá uma judicialização maior das demandas, trazendo impactos econômicos e pouco benefício coletivo[53].

Consolidando essas previsões, o próprio SUS e seus valores constitucionais estarão ameaçados. Sendo necessária uma inflexão das atuais políticas liberais. Resta saber se a sociedade brasileira conseguirá cumprir com esse desafio.

Conclusão

O SUS é uma conquista civilizatória, baseada nos valores da democracia e da república, sendo uma ruptura ao descaso institucional histórico. Contudo, esse sistema ainda possui desafios presentes e futuros que não distanciam da história anterior. O financiamento deficitário é um processo antigo e se trata de uma escolha política que ignora as necessidades e aspirações sociais. Ademais, o SUS sofre com distanciamento da população e burocratização excessiva e prejudicial. Portanto, é preciso se iniciar novamente os debates sobre a saúde pública que se almeja e os caminhos para se chegar até ela.

Referências

1. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc. saúde coletiva. 2012 Nov; 17(11): 2865-2875.
2. Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. Saude soc. 2015; 24(Suppl 1): 205-218. http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015s01018.
3. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(6):1723-1728. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018.
4. Cordeiro H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuições à história do SUS. Physis. 2004, 4(2):343-362. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000200009.
5. Nunes ED. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. Ciênc. saúde coletiva. 2000; 5(2): 251-264. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200004.
6. Brasil. Constituição Federal. Brasília: Senado Federal; 1988.
7. Souza GCA; Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saude soc. 2010; 19(3):509-517. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004.
8. Escore S, Teixeira LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império desenvolvimentismo populista. In: Giovanella L. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. P. 333-384.9
9. Schwarcz LM, Starling HM. Brasil: Uma biografia. São Paulo: Companhia das Letras; 2015

10. Carvalho MJM, Albuquerque AEB. Os desembarques de cativos africanos e as rotinas médicas no porto de Recife antes de 1831. Almanack. 2016; 12:44-64. http://dx.doi.org/10.1590/2236-463320161204.1
11. Gurgel CFM, Rosa CAP, Camercini TF. A Varíola nos tempos de Dom Pedro II. Cad. Hist. Ciência; 2011; 7(1): 55-69.12- 15
12. Hochman G. Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2011, 16(2):375-386.
13. Lisboa BAV. Uma elite em crise: açucarocracia de Pernambuco e a Câmara Municipal de Olinda nas primeiras décadas do século XVIII. Dissertação de mestrado em História. Recife: Universidade Federal de Recife; 2011.
14. Oliveira JC. D. João VI e a cultura científica. Rio de Janeiro: EMC Edições; 2008
15. Sá MPC. Educação médica no Brasil: do regime bom será a residência médica. Monografia. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes; 2007.
16. Ferreira LO; Maio MC; Azevedo N. The Rio de Janeiro Medical and Surgical Society: the genesis of an alternative institutional network. Hist. cienc. Saúde-Manguinhos. 1997, 4(3):475-491. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701997000300004.
17. Brasil. Collecção das leis do Império do Brasil. Tomo XI. Parte I. Rio de Janeiro: Typographia Nacional; 1850.
18. Delamarque EV. Junta central de higiene pública: vigilância e polícia sanitária (antecedentes e principais debates). Dissertação de mestrado em História das Ciências e da Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz; 2011.
19. Murtha NA; Castro JE; Heller L. Uma perspectiva histórica das primeiras políticas públicas de saneamento e de recursos hídricos no Brasil. Ambiente & sociedade. 2015, 18(3):193-210.
20. Viotti ACC. As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808). Dissertação de mestrado em História. São Paulo: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista; 2012.
21. Bertolozzi MR, Grego RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Rev.Esc.Enf.Usp. 1996; 30(3):380-398.
22. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Schere MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Cienc. saúde coletiva. 2015; 20(6):1869-1878. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014.
23. Buss PM; Gadelha P. Fundação Oswaldo Cruz: experiência centenária em biologia e saúde pública. 2002;16(4):73-83.
24. Lima ALGS; Pinto MS. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. Hist. cienc. saúde - Manguinhos. 2003; 10(3):1037-1051. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000300012.
25. Paiva CHA; Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist. cienc. saúde - Manguinhos.. 2014, 21(1):15-35.
26. Xavier LCN. Social Previdência Social: Uma Questão de Direito. Monografia de conclusão de curso. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2015.
27. Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. Hist. cienc. saúde - Manguinhos. 2014; 21(1):77-92.
28. Silva MEA. Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. Rev digital Constituição e Garantia de Direitos. 2017, 9(2):4-22.
29. Campos ALV. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. Cienc. saúde coletiva. 2008, 13(3):879-888. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300010.
30. Escorel S; Magalhães M. Desenvolvimento é saúde. Cienc. saúde coletiva. 2015, 20(8):2453-2460. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.09072015.31-

31. Hamilton W, Fonseca C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2003; 10(3):791-825.
32. Benchimol JL. Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
33. Oliveira FEB; Beltrão K. The Brazilian social security system. Rio de Janeiro: Ipea; 2000.
34. Escorel S. Contexto: o sistema nacional de saúde. In: Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. p. 51-65.
35. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009. 248 p.
36. Berenger MM. Descentralização ou Desconcentração: AIS - SUDS - SUS. Dissertação de mestrado em administração pública. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1996.
37. Paim JS. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Cad. Saúde Pública. 1986 2(2):167-183. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000200005.
38. Dowbor M. Sergio Arouca, construtor de instituições e inovador democrático. Ciênc. saúde coletiva. 2019, 24(4):1431-1438.
39. Brasil. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987
40. Sophia DC. Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate. Saúde debate. 2012, 36(95):554-561. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400007.
41. Cohn A. Caminhos da Reforma Santiária. Lua nova. 1989; 19:123-140.
42. Bueno C. 30 anos da Constituição Cidadã. Cienc. Cult. 2018; 70(4):11-13. http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602018000400004., 2018
43. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. Estud. av. 2013; 27(78):7-26.. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002.
44. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS; 2007.
45. Vieira FS. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2016; 40(109):187-199. http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610915.
46. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? Ciênc. saúde coletiva. 2018, 23(6):1707-1714. http://dx.doi.org/10.1590/141381232018236.05582018.
47. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde debate. 2016, 40(spe): 122-135. http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042016s11.
48. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Rev. Investig. Const. 2017; 4(1): 259-281.
49. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC, O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Ensaios. 2020; 46(spe5): 58-70.
50. Noronha JC, Noronha GS, Pereira TR, Costa AM. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(6):2051-2060.
51. Paim JS. O futuro do SUS. Cad. Saúde Pública. 2012 Apr; 28(4): 612-612.
52. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Plenária reúne mais de 100 entidades comprometidas com defesa do SUS. 2020 [acesso em dez. 2020]. Disponível em: http://cebes.org.br/2020/12/plenaria-reune-mais-de-100-entidades-comprometidas-com-a-defesa-do-sus/
53. Freitas BC, Fonseca EP, Queluz DP. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. 2020; 24: e190345. https://dx.doi.org/10.1590/Interface.190345.

Leviatã contra Esculápio: violência do Estado e o papel do SUS na mitigação desse efeito (leitura crítica)

Lindercy Francisco Tomé de Souza Lins

Resumo

Quando se observa o histórico epidemiológico do Brasil, exceto pela pandemia de Covid-19, iniciada em 2020, são três as primeiras causas de mortalidade: enfermidades cardiovasculares, violências de toda monta e neoplasias, nessa ordem. Diante disso, objetiva-se analisar, sob perspectiva sócio-histórica, uma das causas de mortes no Brasil: a violência, mormente, a praticada por agentes do Estado contra as comunidades carentes, principalmente, as consideradas negras no Brasil. Outrossim, foi elaborado breve histórico do Sistema Único de Saúde para reflexão de seu papel como mitigador dos efeitos deletérios dos atos violentos praticados por agentes do Estado para com as minorias. A pesquisa adota método qualitativo em que se utilizou dois tipos documentais: análise de artigos da grande imprensa e bibliografia das áreas de História e Ciência Política e Saúde, seja em livros, seja em artigos da plataforma *Scielo*. Destarte, conclui-se que não basta adoção de uma cultura de paz ou de escamotear a violência como forma de controlá-la, é necessário, desde já, cobrar dos governantes uma política eficaz para uma cultura de não violenta, assim como um orçamento consolidado na saúde e educação.

Palavras-chave: violência; racismo; SUS.

Introdução

Tudo parecida tranquilo na noite do dia primeiro de dezembro de 2019. Centenas de jovens se divertiam no baile da DZ7, na favela de Paraisópolis, zona sul da cidade de São Paulo. Como um trovão apocalíptico, uma horda de policiais paulistas invadiu as ruas da comunidade em busca de supostos criminosos. O tumulto logo se formou resultando numa tragédia: a morte de 9 jovens pisoteados em meio à correria daquela ação desastrosa[1].

Segundo os frequentadores, era mais uma ação de sufocamento do Estado contra as diversões populares, a junção da violência física e simbólica representada pelo autoritarismo do governador do estado de São Paulo, João Dória, defensor da moral nas paragens da Serra do Mar. Para os defensores da ação, como o músico Roger Moreira, líder da banda "Ultraje a Rigor", a polícia teria revidado ao ataque de bandidos. "Segundo ele, os PMs teriam sido atacados antes da confusão começar, mas a Globo "omitiu" parte de um vídeo que mostra a agressão"[2].

Alguns meses depois, e dezenas de casos de brutalidade racista, em junho de 2020, após comoção internacional pelo assassinato do afro-americano George Floyd[3], reacendeu-se reflexões em torno da violência policial no Brasil. Nas terras banhadas pelo Atlântico, são inúmeros Floyd´s[4][5] (Guilherme, Miguel, João Pedro) que perecem todos os dias[6], vítimas do descaso do governo brasileiro para com as vidas das minorias. Essa violação de direitos demonstra falência do modelo democrático liberal brasileiro[7].

Max Weber, provavelmente, não atentou para os perigos do monopólio da violência. Para ele: "o Estado é uma comunidade humana que reivindica com sucesso o monopólio do uso legítimo da violência física em determinado território"[8]. Tal assertiva foi expressa num contexto de violência exacerbada de vários agrupamentos pelo poder. Evidentemente, o Estado teria toda liberdade de reprimir esse tipo de manifestação em nome do interesse coletivo.

Diante do contexto dos massacres diários contra as populações vulneráveis no Brasil[9], teria o Estado direito de exacerbamento da violência contra os grupos populares, seja qual for o motivo? E qual o papel do sistema de saúde nesse processo?

Métodos

Trata-se de uma nota histórica que objetiva analisar, sob perspectiva sócio-histórica, acerca da violência praticada por agentes do Estado contra as comunidades carentes, mormente, as consideradas negras no

Brasil. Outrossim, foi elaborado breve histórico do Sistema Único de Saúde para reflexão de seu papel como mitigador dos efeitos deletérios do estado para com as minorias. A pesquisa adota método qualitativo, baseado em Minayo[10], em que se utilizou dois tipos documentais: análise de artigos da grande imprensa e literatura das áreas de História, Sociologia, Ciência Política e Saúde, tanto por meio de pesquisa bibliográfica quanto em consulta na plataforma *Scielo,* em língua portuguesa, que tratam sobre violência e sistema de saúde de 2000 a 2020. Dos 165 artigos elencados, cujo critério de inclusão fosse o resumo contendo palavras "violência" e "SUS". Como exclusão, foram desconsiderados trabalhos que versassem sobre casos de violência entre sujeitos, gênero, doméstica, acidentes de trabalho, faixa etária, médico-procedimental (a exemplo da obstétrica), orientação sexual, de ordem simbólica, digital e substâncias psicoativas. Do corpus levantado, foram selecionados 12 para consulta e referenciar este estudo que estudassem a relação da violência dos aparelhos estatais contra a população e o papel do sistema de saúde.

Resultados

Estado violento, povo infeliz

Muitos autores, ao longo do tempo, definiram o Estado como produto instrumental de um grupo político exercendo poder sobre outro por meio da política, como pode ser visto em Remond[11]. O que se percebe, nos países com processo civilizatório avançado[12], é o uso racional e localizado da violência no combate aos desviantes que podem provocar algum prejuízo aos cidadãos, a exemplo de extremistas políticos de toda monta. Em outros locais, porém, as forças estatais são utilizadas para debelar quaisquer tipos de manifestações populares desviantes ao padrão do governante por serem enquadradas na criminalidade.

No Brasil não é novidade. Desde a profissionalização da polícia, no século XIX, esse instrumento foi utilizado para perseguir escravizados forros, ex-escravizados, capoeiristas e toda uma monta de populares que desafiassem a ordem reinante num padrão europeizado, pois

> Estas questões ideológicas e raciais repercutiram entre as etnias, gerando preconceitos e segregações entre negros e brancos. Assim, no, Rio de Janeiro ao longo do século XIX e da Primeira República, é não menos relevante para o fato de que essas rivalidades nacionais e raciais são reativas e até reelaboradas pela classe trabalhadora dentro do contexto mais amplo da transição para a ordem burguesa na cidade no período pós-abolição[13].

Como assevera Sidney Chalhoub, a ordem é atacar as massas populares sob discurso das classes perigosas, como se a multidão, per se, fosse responsável por todas as mazelas sociais. Daí, sob alegação da higiene e civilização, milhares de pobres foram despejados de habitações populares para aformoseamento das metrópoles ao longo do século XX, a exemplo da proibição do Carnaval ou Revolta da Vacina, no início do século passado[14]. Para Foucault "os sujeitos seriam moldados, de acordo com os interesses dos estados nacionais capitalistas que tornavam seus corpos dóceis", adestrados pelas instituições sociais em que a disciplina estaria presente"[15].

Ainda em Foucault, as instituições sociais, como: "conventos, exércitos, fábricas, escolas, hospitais"[16], desempenharam suas funções de controles sociais a fim de vigiar e punir comportamento desviante de cada um[17]. Assim, no século XX

> Os trabalhadores passaram a ser vigiados por sentinelas. Tarefa que no final do século XX passou a cargo das câmeras, dispostas em quase todos os espaços sociais. Gradativamente, o Estado Moderno, evoluiu suas técnicas de vigiar e disciplinar os indivíduos, controlando as ações por dispositivos que atualmente estão disseminados por toda a sociedade[18].

Conforme o século ia avançando, os dirigentes do Estado aprimoraram técnicas de repressão, desde o uso de equipamentos "não-letais" ao uso de sofisticados sistemas de vigilância com objetivo de controlar os hábitos e corpos da população para destituir o *eros* das massas[19]. Essa constatação é asseverada pelos números: a taxa de homicídio entre jovens brancos do sexo masculino é de 63,5 por 100 mil. Entre jovens negros, é de 185 por 100 mil[20].

Para além das evidentes mortes e estados de morbidade dos moradores de regiões periféricas[21] e em seu entorno[22] há um estrago geracional: a desconfiança contra o Estado e a política, o que só retroalimenta os discursos de ódio demagógicos de vários políticos. Ainda mais grave é o impacto na saúde mental dessa população perseguida em que se observa quadros de insônia, ansiedade e depressão, muito semelhantes a episódios de estresse pós-traumático de vítimas de guerras[23] [24].

O que o SUS tem a ver com isso?

As trajetórias do Sistema Único de Saúde – SUS e da história do Brasil se entrelaçam. São disputas de projetos e de visões sobre o papel do Estado na vida da coletividade. A Primeira República brasileira, 1889-1930, se consagrou como um regime de concepção liberal *lato sens*u, ou seja, ao Estado cabia apenas a regulação das forças sociais por meio do uso da violência da política e forças armadas[25]. Serviços que hoje consideramos essenciais, como saúde e educação, ficava a cargo da iniciativa privada para quem tivesse recursos.

Aos pobres, ou a caridade ou um "caso de polícia", conforme apontava o então presidente da república Washington Luiz. Foi necessário a chamada Revolução de 1930 para acabar com a lógica liberal e iniciar outra maneira de tratar a *res*-pública. Assim, o sistema público de saúde, sob administração de Gustavo Capanema, no governo Getúlio Vargas, inaugurou-se uma prática vigente por muitas décadas: a distinção entre a assistência à saúde prestada pelos dois ministérios da época, o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), ou seja, sistema entre a medicina previdenciária e a saúde pública estatal[26]. A primeira, destinada à saúde individual dos trabalhadores formais da zona urbana, ficando sob responsabilidade dos institutos de pensão. A segunda, sob direção do Ministério da Saúde, foi direcionada à zona rural e aos setores mais pauperizados da população, com atividades de caráter preventivo.

A política getulista de saúde teria contribuído para a construção do Estado nacional. Duas décadas depois, no período da ditadura militar, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cujo papel foi centralizar e privatizar a saúde brasileira, desmantelando as conquistas oriundas do governo Getúlio Vargas[27].

No período, foi incentivada expansão desenfreada do setor privado, tendo o Estado como mero contratante dos serviços hospitalares privados ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde ao INPS. O crédito governamental serviu para enriquecimento dos empresários ligados aos setores da saúde: donos de hospitais, empresários do setor farmacêutico e de equipamentos médicos, diga-se de passagem, conglomerados transnacionais. O resultado dessa política foi a paulatina retirada de recursos estatais no setor de saúde, com agravamento de doenças endêmicas no país.

A ditadura militar, ciosa pela oposição ao regime, na década de 1970, lançou o segundo Plano Nacional de Desenvolvimento, que empregou também ações na área da saúde. Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, pela Lei n. 6.229. Em 1977, houve separação entre a Assistência Social e a Saúde, por meio do Sistema da Previdência e Assistência Social (Sinpas), que ficou a cargo do INPS – e a saúde atribuída ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Embora houvesse melhoria, essa dicotomia aumentou mais ainda a privatização na saúde, abandonando ações de saúde coletiva. Esse modelo dual público e privado ainda prevalece. Houve, no entanto, grande avanço com a Constituição da República de 1988, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios: regionalização; hierarquização; descentralização; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e controle social.

A Lei n. 8.080/1990, a qual operacionalizou o SUS, resultou de um movimento democrático em favor da reforma sanitária, no contexto da abertura política do país, tendo como objetivo reverter o quadro privatizante, curativo e elitista da saúde brasileira em favor de uma medicina preventiva, universal e pública. É perceptível a vitória dessas concepções democratizantes na construção do SUS na época. O grande problema para o sistema de saúde era adaptar a estrutura do atendimento e criar fontes perenes de financiamento. Assim, a luta contra o sucateamento do SUS se iniciou logo após seu nascedouro.

Apenas em 2000, ainda sob auspícios do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, por meio da Emenda Constitucional Nº. 29, houve vinculação de receita ao SUS, determinando que União, Estados e Municípios aplicassem recursos mínimos na saúde em cima de alíquotas de impostos de cada esfera. Essa sistemática conferiu aumento significativo de atendimentos, incluindo também a formação continuada de profissionais de saúde, sendo o grande trunfo dos governos petistas de 2002 ao golpe de 2016[28].

O golpe jurídico parlamentar de 2016 pôs o plano neoliberal de volta ao poder. Com isso, sob discurso de crise econômica, o governo Temer aprovou a PEC 55 que congela os gastos públicos com as políticas sociais pelos próximos 20 anos.

Tal fato, se nada for feito, vai destruir o sistema de saúde brasileiro, tendo em vista os altos custos da saúde na contemporaneidade. A partir desse prisma, é factível avaliar o SUS como fundamental à dignidade humana do brasileiro, pois é por ele que perpassa todo atendimento em saúde, do mais simples na Unidade Básica de Saúde a complexos transplantes na rede terciária. Isso faz do SUS o maior "plano de saúde" público do mundo, experiência consagrada nesses mais de trinta anos de existência.

Discussão

Ao se observar as principais causas de mortalidade no país, exceto pela pandemia da Covid-19, são três as causas: as enfermidades cardiovasculares, as violências e os acidentes, e as neoplasias, nessa ordem[29]. O crescente aumento da violência urbana exige do sistema público de saúde esforço em vários flancos: seja na urgência e emergência para o atendimento dos feridos na guerra urbana brasileira, seja na atenção básica e Centros de apoio psicossocial (CAPS) onde se vê inúmeros usuários requerendo atendimento psicológico, muitos deles, travestidos de patologias cotidianas, assim como o sofrimento de profissionais de saúde frente ao problema colossal da desigualdade[30].

Os desafios do SUS são inúmeros: a começar pelo financiamento para arcar os custos da violência brasileira, em que se é exigido sistemas hospitalares complexos, mormente tratamentos sofisticados da medicina moderna. Além disso, é necessário criar uma lógica de plano de saúde no sistema, ou seja, dotar cada cidadão de um cartão do SUS com informações de todos os procedimentos, bem como da avaliação e perícia para melhor controle de gastos.

Acima de tudo, deve ser valorizado a atenção básica, por meio da estratégia de saúde da família, considerada porta de entrada do SUS, pois é desse serviço que o profissional de saúde tem acesso às demandas da população[31], podendo ser responsável, inclusive, pela notificação de violência[32] aliada a uma política vigorosa de saneamento básico e educação para a saúde nas escolas.

Conclusão

Assim, na atual situação, em que governador pedem para "atirar na cabecinha"[33] de moradores de favelas, as classes populares ficam à mercê dos caprichos masoquistas dos chefes de polícia, milicianos, líderes religiosos aproveitadores, muitos deles apresentadores de programas televisivos, além de uma miríade de sujeitos parasitários da fé e erários públicos.

É importante ressaltar ações das próprias comunidades com objetivos de modificar tal cena de horror. Os bailes funk de Paraisópolis retomaram seu fluxo habitual, o luto está sendo vivido e a luta entrando em cena, nesse momento, interrompidos pela pandemia de Covid-19 em que um novo tipo de genocídio se faz presente[34]. Infelizmente, a questão da violência é estrutural, pois é oriunda do processo de colonização e pós-abolição dos escravizados, sendo assim de difícil resolução a médio prazo.

Possivelmente, a chave para a resolução nos conflitos sociais, dentro do sistema político, está num novo acordo de elites com setores populares, como ocorreu em 1988, resultando na criação da "Constituição do remorso", em que foi construído o SUS, o voto dos analfabetos, o INSS, a frívola execução da reforma agrária etc. Apenas com um novo processo de luto do país é que conseguiremos reerguer nossa sociedade corroída por ódios ancestrais, doente terminal num manicômio abandonado na floresta escura e fria, como era Clevelândia[35].

Nunca é admitido a grande violência ocorrida com o golpe de 2016 em que pôs o plano neoliberal oriundo da década de 1970 de volta ao poder. Com isso, sob discurso de crise econômica, o governo Temer

aprovou a PEC 55 que congela os gastos públicos com as políticas sociais pelos próximos 20 anos[36]. Tal fato, se nada for feito, vai destruir o sistema de saúde brasileiro, tendo em vista os altos custos da saúde na contemporaneidade.

A partir desse prisma, não basta adotar uma cultura de paz ou de escamotear a violência como forma de controlá-la. Há que se perceber que a cultura de violência propagada pela grande imprensa ajuda a intoxicar a sociedade porque gera onda de medo. Além disso, é necessário, desde já, cobrar dos governantes uma política eficaz para uma cultura de não violenta, assim como um orçamento consolidado na saúde e educação.

Em suma, para além de quaisquer planos mirabolantes, é tarefa de todos, desde a infância[37], a defesa incondicional e permanente do SUS como a única alternativa de saúde no país, pois são nas portas das unidades de saúde onde se flagram os resultados da necropolítica estatal. O SUS foi e é a melhor política pública estatal deste país, fruto da vida de muitos lutadores com espírito público. Que sejam televisadas também histórias de superação de pacientes bem atendidos pelo SUS. É necessário recriar uma contra hegemonia nessa cultura de violência doente.

Referências

1. Vice Brasil. [internet]. Massacre de Paraisópolis e o ápice das políticas anti-funk do estado. [cited 2019 Dec 10]. Available from: https://www.vice.com/pt_br/article/a35xy4/massacre-de-paraisopolis-e-o-apice-das-politicas-anti-funk-do-estado.
2. Revista Fórum. [internet]. PM foi agredido primeiro diz Roger Moreira sobre ação que-matou 9 jovens em Paraisópolis. [cited 2019 Dec 10]. Available from: https://revistaforum.com.br/brasil/pm-foi-agredido-primeiro-diz-roger-moreira-sobre-acao-que-matou-9-jovens-em-paraisopolis
3. El Pais Brasil. [internet]. Entre a vida e a morte sob tortura, violência policial se estende por todo o Brasil, blindada pela impunidade. [cited 2020 July 25]. Available from: https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-30/entre-a-vida-e-a-morte-sob-tortura-violencia-policial-se-estende-por-todo-o-brasil-blindada-pela-impunidade.html
4. El Pais Brasil. [internet]. Adolescente negro é encontrado morto após ser sequestrado e família suspeita de PMs. [cited 2020 July 25]. Available from: https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-16/adolescente-negro-e-encontrado-morto-apos-ser-sequestrado-e-familia-suspeita-de-pms.html
5. G1 Pernambuco. [internet]. Caso Miguel: imagens inéditas mostram o que aconteceu no prédio de onde menino caiu minutos após a queda. [cited 2020 July 25]. Available from: https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/06/14/caso-miguel-imagens-ineditas-mostram-o-que-aconteceu-no-predio-de-onde-menino-caiu-minutos-apos-a-queda.ghtml
6. R7 São Paulo. [internet]. Em São Paulo, PM mata um negro por dia e protestos são frequentes. [cited 2020 July 20]. Available from: https://noticias.r7.com/sao-paulo/em-sao-paulo-pm-mata-um-negro-por-dia-e-protestos-sao-frequentes-03062020
7. Revista Piauí. [internet]. Cartas Raciais. O racismo e a imprensa brasileira. [cited 2020 July 24]. Available from: https://piaui.folha.uol.com.br/materia/racismo-e-a-imprensa-brasileira/
8. Weber M. Ensaios de sociologia. 5 ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
9. Andrade T de, Castilho M de S. Estamos em guerra: da retórica ao enfrentamento num cotidiano militarizado . Psicolestud [Internet]. 28º de abril de 2020 [cited 2020 July 13]; 250. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/45469
10. Minayo MC. Pesquisa social. teoria, método e criatividade. 34 ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
11. Remond R. Por uma história política. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2003.
12. Elias N. O Processor civilizador. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1994.
13. Chalhoub S. Trabalho, lar e botequim: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque. 2ed. São Paulo: Editora da UNICAMP; 2001.
14. Chalhoub S. Cidade Febril: Cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
15. Foucault M. Vigiar e punir: o nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.
16. Foucault M. Vigiar e punir: o nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.

17. Foucault M. Vigiar e punir: o nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.
18. Bernaski J, Sochodolak H. História da violência e sociedade brasileira. Oficina do Hist. [Internet]. 29 de julho de 2018 [cited 2020 July 06]; 11(1):43-60. Available from: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/oficinadohistoriador/article/view/24181
19. Birman J. Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2017.
20. Revista Piauí. [internet]. Cartas Raciais. O racismo e a imprensa brasileira. [cited 2020 July 24]. Available from: https://piaui.folha.uol.com.br/materia/racismo-e-a-imprensa-brasileira/
21. Figueiredo Gustavo de Oliveira. Los jóvenes en favelas de Rio de Janeiro, Brasil: de la vulnerabilidad social a las oportunidades para el desarrollo humano. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Aug [cited 2020 July 27]; 21(8):2437-2450. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802437&lng=en. https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.01622015.
22. Barcellos C, Zaluar A. Homicídios e disputas territoriais nas favelas do Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2014 Feb [cited 2020 July 27]; 48 (1): 94-102. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100094&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004822.
23. Jornal O Globo. [internet]. Violência faz a favela ficar doente São condições que afetam principalmente a população negra. [cited 2020 July 20]. Available from: https://oglobo.globo.com/opiniao/violencia-faz-favela-ficar-doente-23896970; Acesso em: 10 dez. 2019
24. Agência Pública. [internet]. Sob o domínio do medo. Em 14 meses de operações comandadas por militares, moradores da Rocinha sofrem com tiroteios e choram mortes de parentes e vizinhos; sintomas de doenças mentais decorrentes da violência cotidiana são cada vez mais frequentes. [cited 2019 Aug 18]. Available from: https://apublica.org/2018/11/sob-o-dominio-do-medo/
25. Carvalho JM. Os Bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.
26. Fausto B. Getúlio Vargas: o poder e o sorriso. São Paulo: Cia das Letras; 2006.
27. Fonseca C. Saúde No Governo Vargas (1930-1945): Dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007
28. Mattos, H; Bessone T; Mamigonian B (orgs.) Historiadores pela Democracia: o Golpe de 2016 e a Força do Passado. São Paulo: Alameda; 2016.
29. Minayo, MC. (2005). Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, 29(1), 55-63. Epub 22 de abril de 2020.https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.1-009.
30. Cardoso C, Pereira MO, Moreira D, Tibães H, Ramos F, Brito MJ. Moral Distress in Family Health Strategy: experiences expressed by daily life. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2016 June [cited 2020 July 27]; 50 (spe): 89-95. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016001100089&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300013.
31. Santos R, Mourão L, Almeida A, Santos K. Conflito armado na atenção básica: desafios para a formação e prática profissional. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2020 July 22]; 73(2): e20180179. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200180&lng=en. Epub Mar 30, 2020. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0179.
32. Oliveira B, Freire I, Assis C, Sena E, Boery R, Yarid S. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. Rev. Bioét. [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 July 27]; 26(3): 403-411. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000300403&lng=en. https://doi.org/10.1590/1983-80422018263260.
33. Revista Veja [internet] Wilson Witzel: a polícia vai mirar na cabecinha e fogo [cited 2020 July 27]. Available from: https://veja.abril.com.br/politica/wilson-witzel-a-policia-vai-mirar-na-cabecinha-e-fogo/. Acesso em: 10 dez. 2019.
34. Revista Piauí. [internet]. A desumanização. A pandemia amplia a violência contra os presos (e os negros) no Brasil. [cited 2020 July 27]. Available from: https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-desumanizacao/

35. Romani C. Clevelândia (Oiapoque): colônia penal ou campo de concentração? Revista Verve, 2003;4:112-130.
36. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [internet]. 30 anos de SUS: debatendo avanços, dificuldades e perspectivas. [cited 2019 Oct 10]. Available from: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/271-30-anos-de-susdebatendo-avancos-dificuldades-e-perspectivas.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.

Desigualdade do acesso à saúde da população brasileira: uma revisão integrativa

Alice T. L. F. da Silva
Angela Thereza Zuffo Yabrude
Christine Bouwmann
Larissa Carneiro
Laura M.G. Soares

Resumo

A revisão integrativa da literatura objetivou responder a seguinte pergunta: Quais são as disparidades encontradas no acesso à saúde da população brasileira? A busca de dados ocorreu a partir das seguintes fontes Scielo, Pubmed, DATASUS, base de dados de livre acesso do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) e o material demografia médica, por meio de descritores e palavras-chave. A amostra foi constituída de 21 artigos, os quais foram lidos, analisados e resumidos. Os resultados reforçam que a distribuição de recursos financeiros e humanos destinados à saúde são desiguais no país, sendo as regiões mais desenvolvidas economicamente e os grandes centros, os locais com os maiores benefícios. Além disso, a acessibilidade aos serviços de saúde em cidades menos desenvolvidas economicamente e/ou regiões mais carentes possui maiores entraves. Conclui-se que a atuação em conjunto do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e órgãos de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico são imprescindíveis para a gestão em saúde pública nas diferentes esferas e realidades do Brasil, para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde e minimizar as disparidades encontradas nas regiões do país, assim como a melhoria de disponibilidade dos serviços nas diversas áreas da saúde.

Palavras-chave: saúde pública, acessibilidade, disparidade, iniquidade.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, determinando que o Estado deve garantir saúde para toda a população brasileira. O movimento sanitário que deu origem ao SUS, iniciou-se em meados dos anos 70 e 80 e tinha como meta alcançar um sistema público direcionado aos problemas de atendimento à população defendendo o direito universal à saúde. Em 1990, com a lei Orgânica da Saúde, os cidadãos brasileiros passaram a ter o direito à saúde universal e gratuita e os preceitos da universalidade, integralidade e equidade são os preceitos que já vigoram há 30 anos e sustentam as decisões e direcionamento de gestores e profissionais [1].

A acessibilidade é definida como a capacidade de produzir ofertas e responder às necessidades de saúde de uma determinada população, observando-se as características dos serviços e dos recursos de saúde que auxiliam ou são obstáculos para a utilização pelos indivíduos contribuindo para que as populações cheguem aos serviços ofertados pelo sistema público e sejam atendidas. Tal pressuposto está relacionado com a disponibilidade e capacidade de atenção ao primeiro contato [2].

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) quando bem planejada e estruturada tem sido associada aos benefícios sobre a equidade de acesso a saúde e melhor vínculo entre os usuários e equipes de saúde, se tornando a principal referência de cuidados quando necessário. A barreira ao acesso são os obstáculos que se interpõe entre a população e os serviços, em conjunto com as disparidades relacionadas as regiões do país e entre as cidades classificadas como de grande e médio porte e as de pequeno porte. A quantidade de profissionais disponíveis em cada região, assim como a atuação da gestão pública e a distribuição de recursos também influenciam na facilidade do acesso à saúde. Podem ser designadas como barreiras: geográfica, econômica, organizacional e cultural/simbólica/psico/sociocultural [2].

Considerando as dificuldades de acesso à saúde, serão abordadas para discussão no presente trabalho, a gestão e distribuição de recursos, o acesso à saúde multidisciplinar incluindo as diversas esferas de atuação do SUS e as iniquidades regionais e os impactos no acesso à saúde.

Métodos

Essa revisão integrativa visa responder a seguinte pergunta: “Quais são as disparidades encontradas no acesso à saúde da população brasileira?”.

Os critérios de inclusão foram artigos em português e inglês de variados desenhos de estudo, entre os anos de 2012 e 2020 e que abordaram temas através dos quais pudéssemos responder à pergunta norteadora como a situação financeira do SUS, o acesso as especialidades diversas no sistema público e o serviço multiprofissional na saúde pública. Foram excluídos da pesquisa artigos que, embora estivessem dentro da temática, não auxiliavam a responder a pergunta em questão.

A coleta de dados foi realizada no período de 01 de maio a 30 de junho de 2020 nas bases de dado Scielo, Pubmed e o DATASUS, base de dados de livre acesso do Sistema Único de Saúde brasileiro, ainda para material de apoio foi utilizado o material demografia médica.

Os descritores utilizados foram: odontologia em saúde pública, sistemas de saúde pública, iniquidade, regiões, capital, interior, distribuição geográfica, repasses do SUS, financiamento do SUS e “programa mais médicos.

Resultados

Tabela 1: Estudos e bases de dados

BASE DE DADOS	Achados	Filtrados	Selecionados ao final
Scielo	943	118	12
Pubmed	230	35	9

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 2: Características e resumo dos resultados dos estudos incluídos na revisão

Autor do Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo e local do estudo	Resultados
Figueiredo DCMM, Shimizu HE, Ramalho WM.	Descritivo transversal	Descrever, através da avaliação dos usuários que participaram da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, em 2012 as dimensões da acessibilidade nas macrorregiões do país.	Tanto a acessibilidade organizacional, quanto geográfica estão mais comprometidas nas regiões norte e nordeste do país. Ainda, observou-se que grande parte dos usuários não consegue resolver as demandas urgentes na unidade básica de saúde.
Pereira BLS et al.	Descritivo	Discutir acerca dos desafios nos recursos do SUS baseando-se na portaria 3292/2017 que traz a autonomia da esfera municipal e estadual em gerir os recursos.	Descreve como embora a portaria 3292/2017 tenha dado autonomia aos estados ainda há um desafio de saber utilizar essa autonomia dada aos estados para gerir os recursos federais.
Ferreira AJL, Capel NP.	Revisão de literatura	Levantar dados sobre o conhecimento disponível sobre o estágio atual de efetivação das principais políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde, além de que revisar estudos que avaliaram o impacto sobre a ampliação da desigualdade na experiência de cárie dentária	A presente revisão ao levantar dados sobre a fluoretação e sobre o acesso a saúde dentária da população e assim contribuir para o aumento dessas medidas pelo poder público. Ainda propôs adoção de estratégias focais, direcionando o benefício preferencialmente para as áreas onde se faça mais necessária, e que contribua de modo efetivo para a redução das desigualdades na distribuição da cárie.
Viacava et al.	Revisão de literatura	Demonstrar a importância do SUS na atenção à saúde da população brasileira, e o caráter fundamental desse patrimônio.	O número de estabelecimento de saúde cresceu de maneira muito relevante entre 1981 e 2017 sendo que o total de estabelecimentos aumentou de 21.532 para 129.544. A relação entre os serviços público e privado manteve-se ao longo do

			período de implantação e expansão do SUS nos últimos 30 anos. O número de médicos aumentou de cerca de 111 mil em 1980 para 447 mil em 2017. O CNES registra que o número de enfermeiros foi de cerca de 90 mil em 2007 para 230 mil em 2017, enquanto que o de dentistas foi de 78 mil em 2007 para 127 mil em 10 anos. Especialmente entre enfermeiros e médicos, a participação dos profissionais no SUS é elevada, sendo superior a 80% entre os primeiros e a 70% entre os últimos já em relação aos dentistas no SUS, em relação ao total de profissionais houve uma importante redução no período. O acesso aos serviços de saúde aumentou entre as décadas estudadas.
Leitão MHA et al.	Descritivo transversal	Descrever as dimensões da acessibilidade na atenção básica na avaliação dos usuários que participaram da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, em 2012, nas macrorregiões do país.	Observaram que tanto a acessibilidade geográfica como a organizacional estão mais comprometidas nas regiões Norte e Nordeste; já barreiras de acessibilidade organizacional viram que são a forma de agendamento das consultas, a falta de possibilidade de escolha dos profissionais e os horários de atendimento restritos. Ainda observaram que boa parte dos usuários não consegue resolver as urgências na Unidade Básica de Saúde.
Teles AS, Coelho TCB, Ferreira MPs.	Descritivo	Analisar a distribuição dos recursos financeiros federais para os municípios do estado da Bahia, em 2010, na perspectiva da equidade.	O governo federal transfere para as cidades tem como objetivo ampliar os gastos em saúde. O valor per capita mostra a distribuição igualitária e ao mesmo tempo ignora as diferentes necessidades de saúde entre municípios e regiões de saúde enquanto oculta as desigualdades existentes nos serviços de saúde.
Santos Neto JA, Mendes AN, Pereira AP, Paranhos LR	Descritivo	Analisar o financiamento e o gasto do SUS dos sete municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo no período de 2009 a 2012.	A receita disponível per capita de Barueri é quase dez vezes maior que a de Carapicuíba, e Barueri gasta em saúde, por habitante, mais que o dobro da média regional, e quase cinco vezes mais que Carapicuíba. A União, responde por 95,4% de todos os repasses realizados para os municípios. Grande parte da receita disponível dos municípios da região é composta por impostos próprios e repasses estaduais. Todos os municípios apresentaram uma evolução positiva significativa tanto da receita disponível quanto dos gastos em saúde.
Oliveira FP et al.	Descritivo	Examinar a quantidade de profissionais de saúde na Austrália, nos Estados Unidos da América e no Brasil	O êxito das iniciativas de política pública no Brasil, como o programa mais médicos, depende da continuidade da articulação entre os países, de políticas regulatórias de estado, bem como, de monitoramento e aprimoramento dos programas.
Albuquerque et al	Descritivo	Analisar como as transformações socioeconômicas, de oferta e de complexidades dos serviços de Saúde se evidenciaram nas diferentes regiões do Brasil. Para isso foi identificado as diferenças e composições das cinco regiões brasileiras comparando entre 2000 e 2016.	Os grupos de saúde foram divididos em 5 grupos baseando-se no desenvolvimento socioeconômico. Comparando 2000 e 2016 pode-se ver que em todas regiões houve uma grande evolução na oferta de serviços e nos níveis socioeconômicos. Porém, apesar de ter tido melhora nos índices, a desigualdade entre as regiões persistem. O local de estudo foi o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2000 e 2016,

			dados do DATASUS e sistema de contas regionais do IBGE.
Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C.	Exploratório epidemiológico	Tem como objetivo investigar as redes estabelecidas no Brasil para diferentes tipos de serviços de saúde, desde os mais simples aos mais complexos no Sistema Unico de Saúde brasileiro.	Esse estudo mostrou que 75 % das internações no país ocorreram no município de residência no ano do estudo em questão (2000). Ainda, mostrou que tem uma grande desigualdade a nível regional, em especial nos níveis de mais alta complexidade. Identificou-se que a rede de atenção básica está em quase todos os municípios do território brasileiro, enquanto nos serviços de alta complexidade apenas metade das cidades.
Viana ALD, Elias PEM, Rocha JSY, Ibañez N.	Exploratório epidemiológico	Analisar as transformações socioeconômicas, de oferta e complexidades dos serviços de saúde nas cinco regiões brasileiras para planejamento, negociação e gestão das esferas governamentais do SUS, através do censo demográfico realizado pelo IBGE em 2000 e 2016, dados do DATASUS e sistema de contas regionais do IBGE.	Os grupos de saúde foram divididos em 5 grupos baseando-se no desenvolvimento socioeconômico. Comparando 2000 e 2016 pode-se ver que em todas regiões houve uma grande evolução na oferta de serviços e nos níveis socioeconômicos. Porém, apesar de ter tido melhora nos índices, a desigualdade entre as regiões persiste. O local de estudo foi o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2000 e 2016, dados do DATASUS e sistema de contas regionais do IBGE.
Vasconcelos MC, Silva CL da.	Emprico quantitativo	Avaliar através da técnica DEA a eficiência do serviço de saúde pública nas grandes Capitais Brasileiras no período de 2008 a 2015, através de dados do DATASUS.	O menor valor médio das internações foi na cidade de Boa Vista, enquanto Palmas teve a menor permanência em hospital. São Paulo e Rio de Janeiro tem a maior quantidade de leitos, enquanto Macapá é o município que tem a menor quantidade de leitos. Em relação a eficiência dos municípios o município que teve menor redução de eficiência foi Porto Velho, enquanto Boa Vista e São Paulo foram as mais eficientes. Em relação as regiões a região com mais cidades eficientes é a região Norte com 68,18 % do total.
Albuquerque FJB de, Melo CF.	Descritivo exploratório	Avaliar o serviço prestado por ESFs, centros de referência públicos e policlínica privada de duas cidades nordestinas baseando-se na avaliação dos usuários desses serviços por "Escala de Avaliação do Programa Saúde da Família pelos Usuários". Ainda objetiva comparar os serviços prestados em cada uma das cidades.	Foram realizadas entrevistas com 180 mulheres entre 25 e 45 anos. Nas clínicas privadas observou-se que 96,7% das entrevistadas não tinham plano de saúde e comprovou-se que gastavam mais de 15% da renda familiar mensal com essas consultas por ter mais agilidade, quando comparado as consultas em ESFs e centros de referências públicos.
de Campos Francisco Eduardo, et al.	Exploratório epidemiológico	Discutir a expansão dos programas de saúde da família no Brasil	Segundo dados do ministério da saúde as equipes de ESF encontram-se concentradas em municípios com população entre 5 e 250 mil habitantes e em municípios com mais de 500 mil habitantes têm uma presença quase nula. A falta de ESFs deve-se a estrutura deficiente do sistema de saúde, ausência de mecanismo de controle social dos mesmos, o impacto que essa implantação causa na força de trabalho ativa, o impacto nos serviços públicos e privados, nas corporações e conselhos profissionais, comunidade e problemas advindos da urbanização desordenada. Em contrapartida os pontos que

			facilitam a implantação das ESFs são: o impacto na força de trabalho em formação, sobre os meios acadêmicos e sobre a comunidade.
Campos FE, Machado MH, Girardi SN.	Revisão narrativa	Aborda o problema das iniquidades regionais em saúde e descreve políticas públicas voltadas para esse enfrentamento.	Conclui-se que a mudança da disparidade da saúde pública brasileira é um processo a longo prazo, sendo importante constituir políticas públicas que se tornem verdadeiramente políticas de Estado para atender os preceitos constitucionais que amparam o SUS. Além disso trazem como estratégias para melhora: refinanciamento de dívidas educativas em troca do exercício em áreas desassistidas, a concessão de bolsas de estudos a estudantes e residentes em troca de compromisso de exercício nestas áreas, por igual número de anos, sob contratos expressos, e, tem como principal estratégia a criação da carreira nacional.
Nogueira PTA, Bezerra AFB, Leite AFBL, Carvalho IMS, Gonçalves F, Brito-Silva KS	Descritivo, transversal e quantitativo	Analisar a distribuição de profissionais do Mais Médicos alocados na região Nordeste Brasileira através da coleta de dados do Ministério da Saúde.	Foram encontrados 4.716 médicos que passaram a integrar equipes de saúde em 1.294 municípios e seis Distritos Sanitários Indígenas entre agosto de 2013 e dezembro de 2014.O estado que mais recebeu médicos foi a Bahia e os que menos receberam foram Alagoas e Sergipe. Entre 2012 e 2014 a relação de médicos no programa mais médicos por 1000 habitantes passaram de 1,23 para 1,34, sendo os municípios mais beneficiados aqueles classificados como abaixo da pobreza que receberam 63 % do total alocado. Quanto ao perfil de vulnerabilidade os mais atingidos foram os da região semiárido nordestina que receberam 53 % dos médicos, o que corresponde a 2500 profissionais. Com relação a análise populacional, municípios com mais de 50 mil habitantes receberam 88% dos médicos. Com relação ao sexo, 57% eram do sexo feminino e com relação a idade entre 24% estava entre 45 e 49 anos.
Rodrigues Filho WC, Ribeiro VCB	Descritivo transversal	Discutir sobre a escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina	Mostra que a escolha precoce da especialidade faz com que o aluno tenha uma formação inadequada do exercício profissional pois foca em apenas um assunto, aprofundando-se desse em relação aos demais assuntos.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

A Constituição Federal de 1988 determinou que o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) seria realizado pelos três níveis de governo: federal, estadual e municipal [3]. E a Lei Complementar nº 141 de 2012 definiu que os municípios devem investir 15% de suas receitas na saúde, os estados 12% de suas receitas e para a União ficou deliberado que o investimento deve ser o valor do ano anterior adicionado da variação do Produto Interno Bruto (PIB)[4,5].

Anteriormente o repasse de recursos era efetuado em concordância com a portaria 204 de 2007, na qual a transferência era segmentada em seis blocos de financiamento, que eram: I- Atenção Básica; II- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III-Vigilância em saúde; IV-Assistência Farmacêutica; V-

Gestão do SUS e VI- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Porém quando este modelo estava vigente os gestores municipais alegavam que o mesmo limitava a atuação, pois precisavam empregar os recursos conforme estavam atrelados a cada bloco, não permitindo a utilização dos mesmos de acordo com as necessidades da saúde local [6].

Diante deste cenário, em 28 de dezembro de 2017 o Ministério da Saúde publicou a portaria 1.992, a qual mudou a forma de repasse dos recursos da União para os estados e municípios[4]. Tal feito objetivou fornecer aos gestores locais uma maior autonomia na condução do dinheiro conforme as demandas da população. De acordo com a nova portaria foi estabelecido que a transferência de recursos da União aos demais entes federados passaria a ser realizada por meio de dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimentos na Rede Pública de Saúde[6,7]. Diante disto, após a validação da Portaria 3.992/2017, o número de contas correntes que receberam recursos do Ministério da Saúde reduziu significativamente, essa informação fica evidente quando se observa que no ano de 2016 os municípios chegaram a gerenciar 34.458 contas e que no ano de 2018 até março o número de contas já havia diminuído para somente 11.136[7].

A desigualdade em relação a distribuição de recursos financeiros está fortemente presente no Brasil. Um estudo foi realizado na Bahia com a finalidade de analisar a partilha de recursos da União para os municípios do estado no ano de 2010. Por meio deste estudo, foi observado que as transferências federais somaram R$ 2 bilhões de reais, sendo que 20% dessa quantidade foi dirigida aos 219 municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e 60% aos 37 municípios com maior IDHM. Então ficou evidente a presença de uma grande disparidade em relação a distribuição dos meios financeiros pelo estado da Bahia, sendo que uma relevante parte dos recursos foram destinadas a poucos municípios que apresentavam altos IDHM e que grande parte dos municípios com menores IDHM foram contemplados com recursos proporcionalmente inferiores às suas necessidades de saúde[8].

O controle em relação ao cumprimento da ordem constitucional que estabelece o emprego mínimo de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) é extremamente importantes e para este objetivo existe um instrumento informatizado e de livre acesso à população denominado Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)[3]. À vista disso, o acompanhamento das despesas e dos investimentos em saúde de cada uma das unidades político-administrativas é essencial, e isto fica evidente quando levamos em conta as informações apresentadas por meio do estudo desenvolvidos na Bahia, o qual mostra a forte desigualdade na distribuição dos recursos financeiros[8].

Com base na universalização das ações e serviços de saúde, nas últimas décadas, duas importantes medidas foram implementadas no país com o intuito de melhorar a saúde bucal da população, a fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do SUS. No entanto, a adição de flúor à água para consumo, uma medida considerada de baixo custo e efetiva para prevenção da cárie, se propagou de forma desigual no Brasil, com um avanço maior nos estados do Sul e Sudeste, nos quais se concentra a maior parte da riqueza do país, sendo insuficiente nas regiões Norte e Nordeste[9].

Em relação ao atendimento odontológico na rede pública do SUS, um grande impasse é expandir esse serviço para além do tradicional grupo materno-infantil, consequência de recursos insuficientes para prover todas as potenciais necessidades da população. Assim, tornou-se necessário focar os esforços em metas prioritárias, no atendimento de crianças, gestantes e de urgência odontológica, com esses serviços sendo realizados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelos Centros de Especialidade Odontológica (CEO) sendo fundamentais para efetivar o atendimento. A ESF possibilitou a promoção da saúde bucal na atenção primária, com educação em saúde, ações preventivas e levantamentos epidemiológicos, e o CEO ampliou a possibilidade de procedimentos protéticos, de endodontia e radiologia odontológica [9].

Em relação ao total de profissionais dentistas que mantém vínculo empregatício com o SUS, segundo o Ministério da Saúde/DATASUS e o Conselho Federal de Odontologia, em 2008, 44,6% no Norte, 59% no Nordeste, 42,4% no Centro-Oeste, 29,5% no Sudeste e 41,7% no Sul, demonstrando que há um esforço em propiciar maior acesso ao atendimento odontológico público em regiões de maior necessidade[9].

A evolução do SUS nos últimos anos tem forte relação com o aumento dos recursos humanos. Com mais profissionais trabalhando nas unidades de Atenção Básica (UBS) há o aumento da oferta desses

serviços. Segundo o artigo SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos, o número de médicos aumentou de 111 mil em 1980 para 447 mil em 2017, o número de enfermeiros foi de 90 mil em 2007 para 230 mil em 2017, enquanto o de dentistas foi de 78 mil em 2007 para 127 mil em 2017, concluindo que há uma participação maior do número total de médicos e enfermeiros que trabalham no Sistema Público em relação aos dentistas, persistindo uma carência desses profissionais, demonstrando o importante desafio que é a saúde bucal na rede pública, influenciando o acesso aos cuidados odontológicos, diminuindo as chances da população de realizarem esse cuidado, em especial a de baixa renda[10].

Com base na universalização das ações e serviços de saúde, nas últimas décadas, duas importantes medidas foram implementadas no país com o intuito de melhorar a saúde bucal da população, a fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do SUS. No entanto, a adição de flúor à água para consumo, uma medida considerada de baixo custo e efetiva para prevenção da cárie, se propagou de forma desigual no Brasil, com um avanço maior nos estados do Sul e Sudeste, nos quais se concentra a maior parte da riqueza do país, sendo insuficiente nas regiões Norte e Nordeste[9].

Em relação ao atendimento odontológico na rede pública do SUS, um grande impasse é expandir esse serviço para além do tradicional grupo materno-infantil, consequência de recursos insuficientes para prover todas as potenciais necessidades da população. Assim, tornou-se necessário focar os esforços em metas prioritárias, no atendimento de crianças, gestantes e de urgência odontológica, com esses serviços sendo realizados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelos Centros de Especialidade Odontológica (CEO) sendo fundamentais para efetivar o atendimento. A ESF possibilitou a promoção da saúde bucal na atenção primária, com educação em saúde, ações preventivas e levantamentos epidemiológicos, e o CEO ampliou a possibilidade de procedimentos protéticos, de endodontia e radiologia odontológica[9].

Em relação ao total de profissionais dentistas que mantém vínculo empregatício com o SUS, segundo o Ministério da Saúde/DATASUS e o Conselho Federal de Odontologia, em 2008, 44,6% no Norte, 59 % no Nordeste, 42,4% no Centro-Oeste, 29,5% no Sudeste e 41,7% no Sul, demonstrando que há um esforço em propiciar maior acesso ao atendimento odontológico público em regiões de maior necessidade[9].

A evolução do SUS nos últimos anos tem forte relação com o aumento dos recursos humanos. Com mais profissionais trabalhando nas unidades de Atenção Básica (UBS) há o aumento da oferta desses serviços. Segundo o artigo SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos, o número de médicos aumentou de 111 mil em 1980 para 447 mil em 2017, o número de enfermeiros foi de 90 mil em 2007 para 230 mil em 2017, enquanto o de dentistas foi de 78 mil em 2007 para 127 mil em 2017, concluindo que há uma participação maior do número total de médicos e enfermeiros que trabalham no Sistema Público em relação aos dentistas, persistindo uma carência desses profissionais, demonstrando o importante desafio que é a saúde bucal na rede pública, influenciando o acesso aos cuidados odontológicos, diminuindo as chances da população de realizarem esse cuidado, em especial a de baixa renda[10].

A disposição e fixação de médicos é um problema antigo em áreas mais desfavorecidas e com menos recursos no país, ocorrendo uma concentração de profissionais em áreas urbanas e regiões de melhor poder aquisitivo, e escassez nas regiões Norte e Nordeste, em especial na APS. Com isso, o SUS tenta estruturar ações que priorizam a atenção básica, e o Estado Brasileiro tem realizado ao longo dos anos medidas para a contratação emergencial de profissionais da saúde, como por exemplo o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) que tem como metas planejar uma melhor distribuição dos médicos pelo país, segundo critérios de equidade, vulnerabilidade social e demandas de populações específicas, com o principal intuito de aumentar a disponibilidade desses profissionais em áreas com baixo número de médicos por habitante. Após a implementação do PMM em 2013, foi observada uma redução de 53,5% dos municípios com escassez de médicos pelo país em 2014, com apenas um ano de manutenção do programa. Sendo observado no artigo Provimento médico na atenção primária à saúde no estado da Paraíba por meio do Programa Mais Médicos que o governo desempenha um papel importante na tentativa de solucionar a falta de médicos nos serviços públicos em áreas desassistidas[11].

No estudo sobre a Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários, foi constatado dificuldade de acesso da população ao médico durante os horários de funcionamento das unidades de saúde, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. É destacada a importância da implementação do Programa Mais

Médicos para essa população, ajudando a suprir as carências, notadamente em áreas remotas, sendo observado um aumento de municípios com mais de um médico por 1000 habitantes, de 163 para 348 no período de 2013 a 2015, auxiliando também no atendimento em todos os dias e horários[12].

As mudanças estruturais que ocorreram nas últimas décadas decorrentes do processo de globalização do país têm impacto direto no sistema de saúde e nas iniquidades regionais. O processo de industrialização de distribuição de verbas públicas e privadas gera um crescimento das cidades tornando o acesso à saúde mais descentralizado, ou seja, passa-se a observar atendimento de médicos tanto em cidades de pequeno e médio porte como em grandes metrópoles. Apesar das redistribuições, as iniquidades de acesso aos recursos permanecem inerentes à sociedade podendo ser atribuída a concentração do poder e dos investimentos na mão de determinados grupos em determinadas regiões do país[13].

A distribuição de recursos em saúde ocorre de acordo com as atividades de desenvolvimento econômico das regiões o que, por sua vez, suscita as desigualdades de acesso à saúde pelo mapa brasileiro[14]. Esse cenário sofreu inúmeras mudanças nas últimas décadas e se observou que regiões mais pobres do país recebem maior investimento na área de saúde da família, em detrimento das regiões metropolitanas[15]. No entanto, quando se aborda os recursos em saúde de média e alta complexidade como equipamentos tecnológicos, esses se mantiveram concentrados em capitais, metrópoles e alguns polos regionais corroborando a disparidade abordada[16].

Segundos dados da pesquisa Demografia médica Brasileira o número de médicos no Brasil aumentou 665,8% nas últimas décadas, porém ainda assim a população brasileira sofre com a falta de médicos, principalmente especialistas, no interior do Brasil, o que se justifica pela carência de recursos em saúde para a prática médica segura em determinadas regiões do Brasil [17] .Quando se analisa um panorama geral do Brasil, percebe-se uma irregularidade quanto a distribuição dos serviços do Sistema Único de Saúde nas capitais, variando a qualidade e quantidade de unidades em cada região . Pesquisas apontam que a região Norte possui o maior número de capitais eficientes, correspondendo a 68,18% do total, enquanto a região Centro Oeste é a que tem menos capitais eficientes [18] . Isso deve-se, possivelmente, ao nível de investimento governamental em cada região, uma vez que a região Norte por ser um local de carência econômica provavelmente recebeu mais investimentos com a finalidade de melhorar seus serviços de saúde [19].

Outro problema recorrente que os usuários dos serviços do Sistema Único de Saúde encontram no dia a dia é na infraestrutura do local de atendimento. Diversas unidades possuem, por exemplo, baixa quantidade de leitos e até mesmo ausência, além de falta de medicamentos e equipamentos com defeito, dificultando a garantia de um bom atendimento médico. Dados de uma pesquisa realizada nas capitais nordestinas apontam com resultado para o quesito "infraestrutura do PSF" nota "boa", tendo média igual a 6,37, o que é uma nota relativamente baixa levando em consideração que a infraestrutura do local é a base para realização de consultas e exames [20]. Esses problemas devem-se muitas vezes por descaso por parte dos governantes locais que não se preocupam e não investem de maneira eficiente na saúde pública, acarretando problemas como atendimentos insalubres ao paciente e aumento da lista de espera por consultas. Além disso, quanto à característica dos médicos 60,47% dos que trabalham nessa área nas capitais brasileiras não possuem especialização com isso, podem vir a ocorrer desfalques no atendimento à população [21].

Além das disparidades observadas nas regiões do brasil e dentro das capitais, também vale ressaltar que no interior do Brasil a escassez de médicos e a falta de acesso à Serviços Especializados, de atenção de Média Complexidade, são um problema eminente no sistema de saúde [22]. Em 2015 existiam 1,95 médico por mil habitantes no Brasil, no entanto, há grande disparidade da distribuição, visto que apesar do crescimento expressivo do número de médicos no Brasil como resultado da abertura de novas escolas médicas e da expansão de vagas de graduação em medicina cresce exponencialmente o número de profissionais no país [23].

Em 2015 apenas 47,3% dos médicos residiam no interior e aproximadamente 42% da população residia em municípios com uma relação inferior a 1 médico para cada 4.000 habitantes, sendo que 7% dos municípios não apresentavam registro de médicos [24] . Devido ao quadro da eminente desigualdade o Governo tem tomado medidas de incentivo que auxiliam educacional, pessoal, profissional ou financeiramente a melhor distribuição de médicos no país [23].

Ademais, a escolha da especialidade médica é feita cada vez mais precocemente, isso devido aos avanços tecnológicos e científicos que faz com que ser especialista seja cada vez mais importante para o mercado de trabalho. Segundo pesquisa realizada com estudantes de uma universidade de São Paulo 62,7 % dos estudantes do 5 º ano já tem a especialidade escolhida precocemente e 46,4 % escolheram a especialidade antes mesmo de entrar na faculdade e tais especialidades são em sua maioria aquelas cercadas de avanço tecnológico por acreditarem ter maior valorização [25].

Outrossim, em um estudo realizado no interior do Rio de Janeiro 90,4 % dos estudantes destinam sua prioridade de futuro a consultório particular, ou seja, mesmo havendo um número expressivo de médicos no Brasil a maioria ainda opta por serviços privados ao invés do sistema público, tendo ainda um grande déficit nesse sistema [25].

Conclusão

É possível concluir que existe uma grande disparidade em relação a distribuição de recursos econômicos e humanos no país, sendo que as regiões mais desenvolvidas economicamente e os grandes centros são mais beneficiados. E os territórios de menor poder aquisitivo são na maioria os que apresentam maior escassez de profissionais, baixa infraestrutura dos locais de atendimento e reduzido financiamento para saúde.

Assim, percebe-se que a distribuição de investimentos em instituições de saúde primária, secundária e terciária fazem parte da missão de suprir as demandas regionais[26] e que deve haver uma articulação entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e órgãos de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico, a fim de realizar a identificação e montar estratégias para realizar uma melhor gestão da saúde pública brasileira em suas divergentes realidades espalhadas por esse país continental. Além disso, o acompanhamento e controle dos gastos e dos investimentos em saúde de cada uma das unidades político-administrativas é essencial.

Referências

1. SUS: 27 anos transformando a história da saúde no Brasil. Blog da Saúde-Ministério da Saúde. 23 de Junho de 2015; acesso 29 de julho de 2020. Disponível em: http://www.blog.saude.gov.br/35647-sus-27-anos-transformando-a-historia-da-saude-no-brasil.

2. Figueiredo DCMM, Shimizu HE, Ramalho WM. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. Cad Saúde Colet, 2020;28(2):288-301; acesso 29 de julho de 2020 .Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288.

3. SIOPS na gestão e financiamento da Saúde. Ministério da saúde. PortalMS - Portal Principal de Notícias da Saúde - Ministério da Saúde. VERSÃO: V-3.7.005. DATA LIBERAÇÃO: 22/11/2017. Acesso em: http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops

4. Pagamentos e Gestão dos Recursos do SUS. PortalFNS - Portal Principal de Notícias do Fundo Nacional da Saúde - Ministério da Saúde. VERSÃO: V-1.0.001. DATA LIBERAÇÃO: 22/11/2017. Acesso em: https://portalfns.saude.gov.br/perguntas-frequentes?view=topic&id=2#:~:text=O%20repasse%20%C3%A9%20feito%20mediante,vale%20cada%20tipo%20de%20procedimento.

5. LEI COMPLEMENTAR 141/2012: novo marco das transferências interfederativas no SUS. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. March 12, 2012. Acesso em: http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/12/lei-complementar-1412012-novo-marco-das-transferencias-interfederativas-no-sus/

6. Neves, J. Ministério da Saúde altera a distribuição de repasses do SUS. ESPJV/Fiocruz. 2020. Acesso em: http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/ministerio-da-saude-altera-a-distribuicao-de-repasses-do-sus

7. Pereira, B. L. S., Oliveira Junior A. C. R., Faleiros D. R. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 53, 58, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-58.pdf

8. Teles A. S., Coelho T.C.B., Ferreira M.P.S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. Saúde Soc. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 786-799, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sausoc/2016.v25n3/786-799/
9. Ferreira AJL, Capel NP. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Revista de Saúde Pública. 2009 Sep 02;(44):360-365.
10. Viacava F., Antunes DOR, de Campos CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 29];(23):1751-1762. DOI 10.1590/1413-81232018236.06022018. Acesso em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf
11. Leitão MHA et al. Provimento médico na atenção primária à saúde no estado da Paraíba por meio do Programa Mais Médicos. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 2, 2020, e00287119. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00287. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000200506&tlng=pt
12. Figueiredo DCMM, Shimizu HE, Ramalho WM. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. Cad Saúde Colet, 2020;28(2):288-301. https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288
13. Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cad Saude Publica 2004, 20(2):386-402.
14. Demografia Médica 2011 [Internet]. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); 2011. Demografia Médica 2011;[acesso em 10 de janeiro de 2020] Disponível em : https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=4
15. de Albuquerque FJB, Melo CF. Avaliação dos Serviços Públicos de Saúde em Duas Capitais Nordestinas do Brasil. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2010;26(2):pp. 323-33
16. Campos FE, et al. O Desafio da Expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras. Revista Saúde Coletiva. 2002
SBMFC [Internet]. SBMFC; 2008. História da SBMFC; [Acesso em 15 de janeiro de 2020]; Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/historia/.
17. Augusto DK et al. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil?. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2018;21
18. Silva CR. Carvalho BG. Cordoni LJ Nunes EFPA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. Ciênc. saúde colet 2017; 22
19. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2015 São Paulo: USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2015.1-285.
20. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulg em Saúde para Debate 2009; 44(6):13-24.
21. Oliveira APC, Gabriel M, Dussault MRD. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde colet. 2017; 22
22. Nogueira PTA, Bezerra AFB, Leite AFBL, Carvalho IMS, Gonçalves F, Brito-Silva KS Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. Ciênc. saúde colet. 2016; 21
23. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo AQ, Matos MFM, Cyrino EQ. "Mais Médicos": um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
24. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o programa mais médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013.
25. Cabral RFW, Brant RVM. A Escolha Precoce da Especialidade pelo Estudante de Medicina: um Desafio para a Educação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2004 Aug 01 [cited 2020 Jul 27]; DOI 1981-5271v28.2-018. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022004000200133&lang=pt

Sistema Único de Saúde: o desafio da gestão pública e da participação popular

Camila Carolina Canedo Campos
Gabriela de Souza Melo
Larissa Griffo Gonçalves
Vitória Lopes Dornelas de Carvalho
Marco Antônio Ferraz Junqueira

Resumo

Em 1988, a saúde tornou-se um direito fundamental do cidadão e dever do Estado. Alguns princípios foram definidos: princípios doutrinários e princípios organizativos – participação popular formada por intermédio dos Conselhos de Saúde deliberativos. Este artigo tem o objetivo de discutir os desafios relacionados à gestão do SUS. Foi realizada revisão de literaturas. O levantamento bibliográfico utilizou as bases eletrônicas Biblioteca Eletrônica Científica Online (Scielo), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline), PubMed e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Em cada base de dados pesquisada foram retirados 5 artigos. No Brasil, destacam-se os recursos financeiros como um dos principais para sustentar o sistema. De acordo com o estudo sobre a Integralidade e as tecnologias de atenção à saúde, há distanciamento entre a formulação de propostas e sua execução. Outro pilar para sustentar o gerenciamento do SUS é a participação popular. Pelo exposto, é necessário dispor de maiores recursos financeiros e de capacitação técnica aos agentes integrantes do sistema. É de suma importância a participação social, por meio da integração aos Conselhos de Saúde, a fim de evitar a falta de organização e fiscalização.
Palavras-chave: Gestão em saúde; Participação popular; Sistema Único de Saúde.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado na década de 70, quando ocorreu uma movimentação populacional em direção aos bairros periféricos das cidades de médio e grande porte, aumentando as tensões sociais e empobrecimento dos cidadãos. Diversos indicadores de saúde (índices de hipertensos, doenças do pré-natal e puerpério), analisados nos idos dos anos 80, ratificaram a eficiência do processo de municipalização, o que fundamentou a defesa das teses apresentadas à 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986[1]. Com a promulgação da Constituição Federal (CF), em 1988, a saúde tornou-se um direito fundamental do cidadão e dever do Estado, conforme previsto nos artigos 196 a 200 da CF, tendo, também, a incorporação dos princípios presentes na reforma sanitária brasileira[2].

Alguns princípios foram definidos na constituição para fundamentar o SUS, são eles: os princípios doutrinários – universalidade, integralidade e igualdade; e os princípios organizativos – participação popular formada por intermédio dos Conselhos de saúde deliberativos nas esferas federais, estaduais e municipais[1], uma organização baseada na descentralização, seguindo um funcionamento regionalizado e hierárquico[3].

Além disso, os objetivos em saúde na esfera municipal, estadual e do Distrito Federal são estabelecidos no processo de elaboração do planejamento regional integrado, no âmbito da Comissão Intergestores Regionais (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal, respectivamente, levando em consideração a realidade de saúde do território[4].

Nos anos 90, a criação dos conselhos gestores de saúde teve como objetivo produzir um ambiente de participação e domínio social. Ademais, foi considerada como uma oportunidade de formação de nova cultura, com intuito de coletivizar as resoluções das políticas públicas de saúde. Vale ressaltar que essa inovação cultural confronta, em muitas regiões brasileiras, práticas regionais obsoletas como o clientelismo e o paternalismo, gerando um desconforto frente às decisões e à realização da coordenação participativa da população. Tal incômodo é criado por interferir em interesses individuais que estão em oposição a uma política de saúde coletiva[5].

No Brasil, o Ministério da Saúde, responsável pela saúde no âmbito federal, propicia o alinhamento da atenção em saúde em toda extensão nacional. Isso é feito por meio de normativas e portarias que orientam a admissão de políticas públicas direcionadas ao serviço de saúde[6]. O SUS promoveu uma amplificação

significativa do acesso da população à Atenção Básica, ao pré-natal, às urgências e emergências, às vacinas, aos serviços especializados e hospitalares; no entanto, vê-se, ainda, que a saúde apresenta um dos grandes problemas enfrentado pelo país[7]. Entre os princípios doutrinários, a integralidade tem sido o maior obstáculo na estruturação dos serviços e organização dos trabalhadores, clientes e da população. Além disso, é essencial para funcionamento pleno da universalidade e equidade na atenção primária[8]. Diante disso, este artigo tem o objetivo de discutir os desafios relacionados à gestão do SUS que tentem explicar tal paradoxo, além de analisar o papel da participação popular para frear a derrocada do sistema público de saúde.

Métodos

Para construção e escrita deste artigo foi realizada revisão de literaturas, consultando artigos publicados na última década. O levantamento bibliográfico utilizou as bases eletrônicas Biblioteca Eletrônica Científica Online (Scielo), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline), PubMed e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Como descritores procurados, foram buscados termos, como: gestão em saúde, SUS, participação popular. Em cada base de dados pesquisada foram retirados 5 artigos, totalizando 20 artigos como fonte para composição do trabalho. Em seguida, foram ordenados, analisados e estudados com intuito de melhor exemplificar e expandir o entendimento do tema proposto.

Resultado e discussão

O Sistema Único de Saúde (SUS) está presente em todo país junto a profissionais de saúde e atende cerca de 174 milhões de pessoas em aproximadamente 5700 hospitais[9]. No Brasil, a implantação e implementação do SUS e do direito universal à saúde são vistos como resultados de diversos agentes, destacando-se o Movimento de Reforma Sanitária como um patrocinador fundamental para essa conquista[5].

Na perspectiva do setor saúde, as ideias de universalidade, integralidade e equidade, sancionados posteriormente como princípios do SUS, foram antecipadas durante a aquisição de experiências na prática da atenção integral de saúde no final dos anos de 1970[1]. Na estruturação deste sistema, a integralidade é um dos princípios do qual os profissionais de saúde buscam realizar, como o estreitamento da relação do médico de encontro com o sofrimento do paciente ou quando um agente comunitário realiza visitas domiciliares e escuta as queixas dos moradores sobre problemas que os incomodam[10].

Desde a criação do SUS, que busca priorizar os cuidados primários, o território brasileiro tem mostrado avanços nos índices de saúde[11]. Nota-se um crescimento desde a atenção básica até os serviços mais especializados e hospitalares, mas, apesar disso, a saúde ainda aparece como um problema no país[5]. A carência de valorização efetiva dos princípios de integralidade e universalidade do acesso à saúde traz à tona a discussão sobre as dificuldades na gestão regionalizada[3].

O juízo de determinar um modo de gestão dos serviços de saúde teve início com a aprovação da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. A gestão descentralizada foi a escolhida para gerir o SUS, responsabilizando cada município por sua gerência. Nesse contexto, aponta-se desejos e interesses dos gestores inseridos na forma de administrar e aplicar as políticas públicas[2]. Posteriormente, criou-se, no Brasil, o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS), do qual estabeleceu normas para o planejamento de gestão[12].

Desde então, no Brasil, evidenciam-se significativos desafios para gerir o SUS, a começar dentro da própria história do sistema, relacionado ao modelo de gestão definido. Dentre eles, a garantia de acesso às necessidades da população ainda não foi alcançada em sua totalidade, principalmente pelo modelo de descentralização não levar em conta a realidade de todos os municípios brasileiros. Processa-se a municipalização com um fornecimento de serviço desagregado e fragmentado[13].

Demais disso, tem-se a subjetividade e a liberdade alcançadas na administração dos serviços de saúde. Nesse contexto, o fato de cada gestor determinar as ações a serem realizadas é um desafio à gestão, uma vez que este poder depende de relações estabelecidas e da elaboração das equipes colaboradoras[2].

Em relação aos pilares necessários para o serviço de saúde, destacam-se os recursos financeiros como um dos principais para sustentar o sistema[7]. A grande parcela dos municípios do país é de pequeno porte, ou

seja, possui população inferior a 20 mil habitantes. Como consequência dessa realidade, apresentam maiores dificuldades em planejamento, tendo em vista que detém, muitas vezes, de menor capacidade técnica, financeira e poder aquisitivo da população para gerenciar o sistema de saúde[13].

Somando-se a isto, em um estudo sobre a contratualização do SUS, realizado em Maringá, no Paraná, identificou-se a questão orçamentária como impasse no quesito da gestão de saúde do município. Embora os governantes tenham ganhado autonomia, há dificuldade em atingir todas as metas pactuadas, como prestação de serviços, contratos e fiscalizações, devido a realidade econômica local[14].

Uma questão também levantada por alguns técnicos e gestores que dificulta a gestão é referente aos profissionais que assumiram cargos recentemente. De acordo com esse estudo, eles possuem maior dificuldade em compreender a dinâmica da Gestão Regional e apontaram como potencialidade a troca de informações e experiências que auxiliam em tal planejamento. Outro fator importante é a disponibilidade dos trabalhadores em participar das reuniões, que, muitas das vezes, é dificultada[12].

De acordo com o estudo sobre a Integralidade e as tecnologias de atenção à saúde, há um distanciamento entre a formulação de propostas e sua execução adequada[8]. À vista disso, enquadra-se a iminência da revisão do projeto de regionalização efetivo. Tal necessidade requer um propósito de estratégias e planejamento realistas e bem estruturados para fazer jus ao projeto do SUS[1].

Nesse quesito, observando a realidade da prestação de serviços de qualidade presente nos países de primeiro mundo, constatou-se que as explicações para o sucesso se referem à adaptação da gerência de saúde de acordo com a realidade socioeconômica local e a participação ativa dos interessados no sistema[15]. Em outra comparação, também com a gerência do exterior, vê-se que há atenção especial para a troca de informações entre o nível do serviço de saúde fornecido e a equidade, além de um direcionamento da verba pública acima de 70% para a saúde[1].

Outro pilar de suma importância para sustentar o gerenciamento do SUS é a participação popular. Manter a sociedade ciente das ações da gestão e abrir um espaço respeitoso para sua atuação é, de fato, efetivar e valorizar a democratização[5].

Diante disso, um acontecimento intrigante e desfavorável para a gestão participativa é a ocupação dos cargos de representantes sociais por indivíduos considerados experientes na participação social, mas vinculadas aos próprios gestores e que na prática não representam verdadeiramente a sociedade. O argumento, comumente utilizado para este acontecimento, é a ausência de atuação dos grupos sociais para indicar seus representantes. Agregando a esse cenário, insinua-se também que há fragmentações, por parte dos próprios movimentos sociais, que dificultam a escolha pactuada da sua representação[16].

Além disso, na visão dos dirigentes do Conselho Nacional de Saúde, outra dificuldade apontada no âmbito estadual e municipal é o excesso de normas acrescentadas ao sistema em um intervalo de tempo não condizente para tomar conhecimento delas. Segundo os gestores, essa rapidez gera um aprendizado desagregado e suprime o envolvimento da sociedade, porque fica mais difícil divulgar as informações e abrir espaço para a opinião social sobre os rumos das ações na saúde pública[6].

Percebe-se, portanto, que a participação social em prol da democratização da saúde no Brasil ainda é uma dificuldade e necessita de explicações em várias questões. Sendo assim, deve-se questionar até que ponto este envolvimento social nas arenas privilegiadas da saúde torna de fato o espaço público fortalecido[16].

Por conseguinte, há uma carência na autoavaliação dos gestores, que são os principais atores nesse serviço[18]. Observa-se que, na prática, os planos da gestão em saúde são vistos em alguns momentos com olhares de progresso, mas em outras ocasiões tem sua imagem limitada à falta de artimanhas das autoridades governamentais[17].

Isto posto, alguns estudos propuseram a criação de um diário de campo, por cada gestor, a fim de registrar suas atividades diárias, para que fosse possível identificar se seu trabalho era adequado a sua função. Dessa forma, tornou-se viável identificar o planejamento do processo de trabalho e propiciar melhorias na qualificação da assistência e da gestão[18]. Há, ainda, outras formas de enfrentar esses desafios, como pelos meios de comunicação em massa, tendo em vista que a mídia pode influenciar um maior entendimento ao público e a formação de políticas[19].

Além disso, uma pesquisa realizada com residentes médicos identificou a educação destes como uma forma de melhoria no processo de planejamento em relação às funções e operações do SUS. É prudente que haja um treinamento a fim de amenizar erros na comunicação e na organização em setores da saúde[15]. Neste sentido, a educação popular em saúde é constituída por produção de saberes sobre a saúde pública[20].

Conclusão

Pelo exposto, infere-se que o Sistema Único de Saúde foi criado com o propósito de assegurar aos cidadãos o acesso à saúde de maneira integral e ininterrupta. Em que pese a Constituição Federal ser de 1988, ainda existem dificuldades no exercício de tal direito, pois o Estado, na maioria das vezes, não consegue cumprir o que foi proposto na legislação, mesmo com o advento do SUS.

Com isso, é necessário que as propostas trazidas com a implementação do SUS sejam efetivadas mediantes políticas públicas e execução de projetos por parte dos gestores e dos dirigentes do país. A exemplo disso seria dispor de maior recursos financeiros e de capacitação técnica aos agentes integrantes do referido sistema, que, por vezes, encontram dificuldades de gerenciamento.

Além do mais, para que haja maior eficiência, é de suma importância a participação social, por meio da integração aos Conselhos de Saúde, a fim de evitar a falta de organização e fiscalização e controlar os recursos destinados à manutenção do SUS.

Assim, é importante transparecer as limitações no processo de cooperação na gestão pública da saúde na época atual, e, este estudo contribui para melhoria do entendimento sobre como é a organização da gestão do SUS.

Referências

1. Santos NR. **SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo.** Ciência e saúde coletiva. 2018;23(6):1729-1736.
2. Sulti ADC, Sulti ADC, Lima RCD, Freitas PSS, Felsky CN, Galavote HS. **O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde.** SAÚDE DEBATE. 2015; 39(104):172-182.
3. Goya N, Andrade LOM. **O sistema único de saúde e o desafio da gestão regionalizada e contratualizada.** Rev Bras Promoç Saúde. 2018; 31(4):1-10.
4. Galvão EL, Bodevan EC, Santos DF**. Gestão regionalizada dos serviços de saúde no estado de minas gerais.** Rev. APS**.** 2015;18(2): 242-247.
5. Paiva FS, Stralen CJV, Costa PHA. **Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema.** Ver. Ciências e saúde coletiva. v.19, n.2, p. 487-498, 2014.
6. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF. **A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental.** Cad. Saúde Pública. 2016; 32(3).
7. Campos GWS. **SUS: o que e como fazer?**. Ciência & Saúde. 2018;23(7):1707-1714.
8. Kalichman AO, Ayres JRCM. **Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS**. Cad. Saúde Pública. 2016;32(8).
9. Younger DS. **Health Care in Brazil Implications for Public Health and Epidemiology**. Neurol Clin. 2016; 34:1071–83.
10. Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. **Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras.** Rev Esc Enferm USP. 2011;45(5): 1135-41.
11. Jenkins LS, Goldraich MA. **Critical reflections on a visit to an inner-city primary health care clinic in Rio de Janeiro.** Afr J Prm Health Care Fam Med. África. 2017; 9(1).
12. Vicentine FB, Delatorre T, Feltrin AFS, Nakata LC, Soares L, Ferreira JBB. **Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde.** Aspectos da gestão que influenciam o planejamento do SUS. 2018;51:1-11.

13. Pinafo E, Nunes EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF, Domingos CM, Silva CR. **Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte**. Ciência & Saúde Coletiva. 2020;25(5):1619-1621.
14. 14. Liberatti VM, Pedro DRC, Costa RG, Pissinati PSC, Marcon SS, Haddad MCFL. **Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde.** Trabalho, Educação e Saúde. 2020;18(3).
15. Juliani C, MacPhee M, Spiri W. **Brazilian Specialists' Perspectives on the Patient Referral Process. Healthcare.** Basiléia(Suíça). 2017;5(4).
16. Cohn A, Bujdoso YL. P**articipação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde.** Tempo Social, revista de sociologia da USP. 2015;27(1);33-47.
17. Ravioli AF, Soárez PC, Scheffer MC. **Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016).** Cad. Saúde Pública. 2018;34(4).
18. Cardoso JR, Oliveira GN, Furlan PG. **Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil**. Cad. Saúde Pública. 2016;32(3).
19. Castanheira D, Clara Faulhaber C, Gerschman S. **O papel da mídia na construção da agenda governamental para o SUS no Rio de Janeiro.** Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2018;12(3):292-309.
20. Machado FCA, Silva JV, Araújo de Almeida GMS, Filgueira ACG, Medeiros IB, Raulino do Nascimento TA. **Construção participativa de uma política de saúde para institutos federais.** Revista Ciência Plural. 2018;4(2):38-59.

Atenção domiciliar: importância e desafios para a construção de uma saúde mais inclusiva e humanizada no Brasil

Rafael Araujo Ponce de Leon
Laís Munhoz Soares

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo avaliar o atendimento domiciliar (AD) como alternativa de suporte ao Sistema Único de Saúde (SUS) na criação de um modelo de saúde mais amplo, inclusivo e descentralizado. Também são analisados os impactos socioeconômicos deste modelo, em um País em plena transição demográfica, bem como as dificuldades para a integralização e a implementação do atendimento domiciliar na rede de atenção à saúde em todos os seus níveis. Trata-se de uma revisão de literatura com análise de dados eletrônicos, cuja amostra final contou com nove artigos selecionados, divididos em duas categorias: "Satisfação do Usuário e modalidade de cuidado promotora de inclusão" e "Viabilidade e restrições do modelo". O atendimento domiciliar é uma modalidade em franca expansão, em consonância com as mudanças clínico-epidemiológicas da população brasileira, suscitando questionamento acerca da sustentabilidade dos tradicionais meios de cuidado centrados nos hospitais para o futuro do sistema de saúde. O trabalho está de acordo com as resoluções CONEP 466/2012, 510/2016 e da Carta Circular 166/2018 CONEP/SECNS/MS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; atenção domiciliar; atendimento domiciliar; assistência domiciliar multidisciplinar.

Introdução

Na Europa do século XVII, antes do advento de hospitais e ambulatórios, já era empregado o atendimento domiciliar como forma de assistência e cuidado[1]. Contudo, a partir do século XIX, com o avanço da medicina cientificista centralizadora, houve a transformação do sujeito enfermo em paciente, o que criou na figura do hospital um lugar físico associado ao doente, que favorecia sua exclusão e abandono pela família e pela sociedade.

Este modelo de organização em saúde centralizado no ambiente hospitalar perdura até os dias atuais, de modo que, mesmo com o avanço de estratégias da saúde em família e atendimento domiciliar na atenção primária, após a criação do SUS, ainda observa-se os cuidados em saúde majoritariamente centralizados em hospitais[2]. A falta de integração e conhecimento dos fluxos de atendimento domiciliar leva à ocupação desnecessária de leitos hospitalares e à alocação de recursos de forma ineficiente[3], que prejudicam a estruturação de um sistema de saúde mais barato, acessível e inclusivo para a população.

O processo de transição demográfica, iniciado na década de 1950, no Brasil, vem mudando o perfil de um País outrora predominantemente jovem, para um com crescente aumento da população acima de 60 anos[4] e com doenças crônicas. Isso ocorreu, também, como reflexo das melhorias no sistema sanitário e da implantação de um Programa Nacional de Imunização eficiente, levando à redução da incidência das doenças infectocontagiosas, dando lugar às doenças crônicas, neoplásicas e coronarianas como maiores causas de morte e debilidade da população[5]. Portanto, a maior longevidade do brasileiro e a mudança no perfil das doenças mais prevalentes tornaram o modelo de cuidado em saúde hierárquico e centralizado em hospitais cada vez mais oneroso e ineficiente ao Estado e à população[6]. Nesse contexto, o atendimento domiciliar - que é definido como "forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia de continuidade do cuidado, e integrada à Rede de Atenção à saúde"[7], segundo Portaria de 2006 do Ministério da Saúde - ganha importância no processo de "desospitalização" e cuidados multidisciplinares aos pacientes com doenças crônicas. Este processo visa reduzir a ocupação de leitos, gastos com exames e despesas hospitalares, de modo a otimizar a alocação de recursos e facilitar o acesso à saúde de forma mais igualitária, como preconiza o princípio de integralidade do SUS[8]. Além disso, o atendimento domiciliar vem ao encontro

do processo de humanização do paciente[9], e propicia melhor conforto e suporte emocional junto às famílias, algo que muitas vezes não é praticado no âmbito hospitalar.

Apesar de se apresentar como um modelo viável para a assistência ao paciente, o processo de inclusão e integralização do atendimento domiciliar na rede de atenção à saúde encontra dificuldades, que incluem aspectos logísticos, sociais e econômicos, tornando-se um desafio a ser discutido para o futuro da saúde no Brasil.

Metodologia

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura no que diz respeito à atenção domiciliar e seus benefícios como alternativa de cuidado integrado SUS, bem como as dificuldades para sua implantação e sua viabilidade como agente promotor da inclusão à saúde. Optou-se pela modalidade de revisão de literatura por ser um método que permite a coleta de informações amplas e completas[10-11], que ajudam a enriquecer o debate sobre os desafios em saúde enfrentados pela sociedade.

A sistematização do estudo[11] se deu em quatro fases: (i) escolha do tema; (ii) pesquisa na literatura; (iii) análise minuciosa dos dados obtidos; e (iv) exposição do artigo de revisão.

Foram pesquisados artigos em três bases de dados distintas: Scielo, Lilacs e Medline. Como critério de inclusão[10-11] foram selecionados os artigos que relacionassem à modalidade AD no contexto do SUS[7-12], relatando a experiência de usuários e trabalhadores, dificuldades enfrentadas na sua implantação e potencial da modalidade na promoção integral da saúde para a população, publicados no período de 2006 a 2020, em Língua Portuguesa.

Os critérios de exclusão[10-11] foram realizados em dupla etapa: primeiro, os artigos que não relacionavam AD como modalidade de cuidado e seus aspectos críticos ou aqueles que não se adequavam à realidade brasileira; na segunda etapa, foram excluídos aqueles que encontravam-se duplicados nas bases de dados.

Os artigos foram lidos e incluídos em Tabela que sistematizava especificações acerca do título, base de dados em que foi obtido, autoria, periódico e ano de publicação e, a partir da análise e leitura rigorosa do conteúdo e metodologia proposta por esses autores, foi estabelecida a divisão em dois grupos de perspectivas sobre AD, os quais norteiam a presente revisão.

Além disso, utilizou-se outras fontes de informação para a discussão, como cartilhas e fluxogramas do Ministério da Saúde, livros e fontes eletrônicas, de modo a ampliar a quantidade de dados obtidos e aprofundar-se no assunto em questão.

Resultados

De acordo com os unitermos e os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados, inicialmente, 98 artigos, nas três bases de dados, procedendo-se para a exclusão, na primeira etapa, daqueles que não se adequavam à temática proposta e, na segunda etapa, aqueles que se encontravam duplicados.

Na base da Scielo foram pesquisados seis artigos, dos quais dois foram descartados na primeira etapa e zero na segunda, selecionando-se quatro artigos. Já na Lilacs inclui-se 88 artigos, com 81 descartados na primeira e dois na segunda etapa, o que totalizou cinco artigos analisados. Na base de dados da Medline, dos cinco artigos selecionados incialmente, todos foram descartados na primeira etapa de seleção, conforme Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 – Número de artigos analisados

BASE DE DADOS	FILTRADOS	ELIMINAÇÃO PRIMEIRA ETAPA	ELIMINAÇÃO SEGUNDA ETAPA	TOTAL
SCIELO	6	2	0	4
LILACS	88	81	2	5
MEDLINE	5	5	0	0

Fonte: Elaboração própria. 2020

Os artigos selecionados foram organizados em quadro sinóptico, de modo a facilitar uma análise minuciosa e sistematizada do conteúdo proposto[10-11]. O Quadro 1 apresenta a ordem dos artigos, a base de dados utilizada, título e autores, o periódico e o ano de publicação:

Quadro 1 – Artigos selecionados

N	BASE DE DADOS	TÍTULO	AUTORIA	PERIÓDICO	ANO
I	SCIELO	A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas	Laura C. M. Feuerwerker; Emerson Elias Merhy	Revista pan-americana de saúde pública	2008
II	LILACS	Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS /	Ana Carolina de Oliveira; Jeronymo Neves; Edna Aparecida Barbosa de Castro; Sibely Rabaça Dias da Costa	Revista UFPR	2016
III	LILACS	Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde	Savassi; Leonardo Cançado Monteiro	Revista brasileira medicina da família e comunidade	2016
IV	SCIELO	Atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades	Laiane Claudia Rodrigues; Clarissa Terenzi; Raquel Souza; Kenia Lara; Mara Lisane de Moraes	Revista Saúde debate	2019
V	SCIELO	Modalidades de atendimento à domicílio do Sistema Único de Saúde (SUS) articuladas às Redes de Atenção à saúde	Juliana Marques de Siqueira Weykamp; Hedi Crecencia Heckler; Diana Cecagno,	Revista eletrônica trimestral de enfermaria	2016
VI	LILACS	Assistência domiciliar de saúde: desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana	Cláudia Mendes de Araújo	Repositório institucional Da fiocruz	2015
VII	LILACS	Visita domiciliar no Sistema Único de Saúde: estratégia da biopolítica	Griebeler Stefanie Oliveira; Maria Henriqueta Kruse Luce; Dayane de	Revista uruguaia de enfermaria	2018

			Aguiar Cicolella; Larroque Kimberly Velleda		
VIII	LILACS	Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional	Caio Vaciski Gallassi; Daniel Felipe Herculano Ramos; Juliana Yumi Kinjo; Bernardino Geraldo Alves Souto	Arquivos brasileiros de ciências da saúde	2014
IX	SCIELO	Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa	Edna Aparecida Barbosa de Castro Denise Rocha Raimundo Leon Camila Medeiros dos Santos Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves Divanice Contim Kênia Lara Silva	Revista Gaúcha de enfermagem	2018

Fonte: Elaboração própria. 2020

A análise estatística-descritiva agrupou os artigos em relação ao ano de publicação a partir de 2006, quando entrou em vigor a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define o AD dentro do processo de trabalho da equipe de APS. Foi encontrado um artigo datado de 2008 (11%), um de 2014 (11%), um de 2015 (11%), três de 2016 (33%), dois de 2018 (22%) e um de 2019 (11%). Percebe-se um aumento no número de publicações principalmente após a medida de 2011[13], do Ministério da Saúde, que redefiniu o AD na PNAB, caracterizando as ações da APS em domicílios como Atenção Domiciliar nível 1, que se integram aos níveis AD nível 2 e AD nível 3, que são realizados por equipes multidisciplinares de outros níveis de atenção da RAS[14].

No que diz respeito aos títulos, oito dos 9 (88%) artigos relacionam o AD ao SUS, o que evidencia a crescente demanda que o sistema público de saúde brasileiro vem apresentando em relação a novas práticas e modalidades que garantam a humanização e a inclusão da população no acesso à saúde.

Discussão

A partir da seleção e análises propostas, foram organizadas duas categorias a serem discutidas: “Satisfação do usuário e modalidade de cuidado promotora da inclusão” e “Viabilidade e restrições do modelo”.

Satisfação do usuário e modalidade de cuidado promotora da inclusão

O estudo dos artigos mostrou que o AD conseguiu promover mudanças no modelo de cuidado que modificaram e humanizaram o tratamento ao paciente, aumentaram sua qualidade de vida e o integraram melhor ao sistema de saúde.

Os artigos I e V afirmam que, ao promover maior contato e cuidado com o paciente, o AD integra-o na dinâmica de assistência horizontal assistida e familiar do SUS, em contrapartida a um modelo, ainda vigente para grande parcela da população brasileira, de um usuário que recorre ao SUS apenas em necessidade de pronto atendimento.

A persistência no perfil de um usuário esporádico dificulta a investigação e o mapeio da comunidade, com suas particularidades, doenças prevalentes na família e educação em saúde, o que pode explicar, em parte, a crônica insatisfação do cidadão com assistência à saúde no Brasil, se sentindo pouco amparado pelo sistema[15].

O artigo I, que realizou o estudo de experiência do AD na atenção primária em cinco cidades (Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Marília, Sobral e Londrina) de três diferentes Regiões (Sudeste, Nordeste e Sul) por meio de estudos de casos e entrevistas com profissionais e assistidos, indicou que o trabalho

desinstitucionalizado oferece mais liberdade de criação na condução das atividades, criando um relacionamento direto e íntimo, permitindo alternativas mais específicas e criativas para o bem-estar do paciente e da família. Além disso, todos os serviços estudados contavam com protocolos de atendimento e emergência, além de fornecimento de medicamentos e consultas de equipe multidisciplinar, demonstrando a integração das diversas equipes para o bem-estar do assistido. Contudo, o estudo evidenciou que o sucesso da experiência naquelas cidades não é acompanhado de um projeto de governo sólido, que considere as pluralidades físicas, geográficas e econômicas do território nacional, de modo que as ações ficam restritas a determinadas cidades e dependem da política individual do governante municipal no poder.

O artigo VIII avalia que o AD não só tem importância nos cuidados, sejam eles paliativos, ao paciente com AIDS ou acamados crônicos, como também para a promoção da saúde geral da população, já que a partir deste novo modelo de atendimento é possível realizar uma busca ativa por doenças como Tuberculose e estabelecer melhor rastreio de contactantes de infectados, o que também seria útil para o controle de doenças infectocontagiosas em geral. O conceito de busca ativa também é explorado no artigo VII, que discute o papel do AD como estratégia de biopolítica e assistência da população como um todo, a partir da investigação de grupos específicos.

Já o artigo II, que relatou as vivências no projeto de extensão "Consulta de enfermagem para o autocuidado após a alta hospitalar", realizado pela Universidade Federal de Juiz de Fora, demonstra que, ao se criar relações de vínculo e diálogo com a família, é possível entender suas particularidades e visões de mundo, de modo a promover ações que tragam mais proximidade ao SUS. Nesse trabalho, foram coletados dados sobre as principais dificuldades das amostras de famílias cadastradas no serviço de atendimento domiciliar, por meio de formulários e banco de dados das enfermarias clínicas do hospital de ensino, as principais doenças causadoras do estado atual dos pacientes e a capacidade de autocuidado, classificando-os em "parcialmente" ou "totalmente" dependentes de assistência domiciliar. As informações coletadas por este tipo de estudo são úteis no estabelecimento de políticas públicas mais assertivas e direcionadas aos principais problemas da população e é um bom exemplo de como a parceria entre as universidades e o sistema de saúde[16] podem promover a melhoria social.

Viabilidade e restrições do modelo

A análise dos artigos constatou que o AD ainda é um modelo restrito no Brasil e enfrenta sérias dificuldades de implantação, devido a fatores como hierarquização do modelo de saúde, que impedem a integração do AD à totalidade da RAS, além do direcionamento ineficiente de recursos. Estes fatores impossibilitam a ampliação do sistema de atenção em domicílio, a fim de assistir à demanda requerida, capacitar os profissionais e elaborar um programa nacional sólido de atendimento domiciliar.

O artigo III afirma que, mesmo após a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006, que institucionalizou a prática do AD no SUS, ainda existem dificuldades básicas quanto à comunicação entre as equipes multidisciplinares e à falta de entendimento da política pública. Além disso, o artigo avalia que a pouca exploração do conteúdo na Graduação; a falta de contemplação do rol do saber médico em relação a aspectos como cuidados paliativos; a constatação de óbito no domicílio; e as formas de construção do apoio social prejudicam o desempenho da modalidade no País.

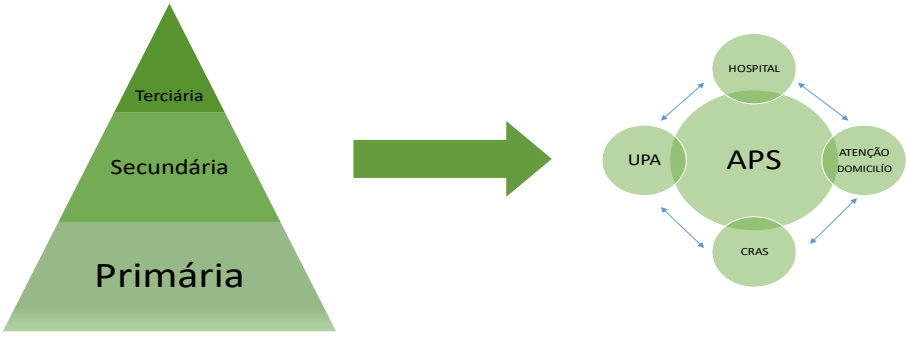
Por não fazer parte do projeto original de construção do SUS[17], o AD ainda continua negligenciado, mesmo após o estabelecimento de políticas públicas como o PNAB de 2006 e o Programa Melhor em Casa de 2011, ocasionando, de acordo com o artigo IV, uma rotulação do AD apenas como complementar e, não, como parte integralizada de um sistema de saúde, que já é hierárquico por si só. Portanto, são necessárias novas propostas de medidas de descentralização que integrem melhor não só o AD como outras modalidades - o Núcleo de Apoio e Saúde da Família (NASF) e o Centro Especializado em Reabilitação (CER) - às Unidades Básicas de Saúde (UBS), UPAs e Hospitais.

A proposta de descentralização, representada na Figura 1, a seguir, funcionaria como uma rede de variados níveis tecnológicos, unidos por uma organização poliárquica[18], organizada por um centro coordenador de fluxos. Tal organização, ilustrada pelo fluxograma (Figura 1), além de propiciar melhor segmentação, ao comunicar o AD com todas as atenções também possibilita ganhos econômicos ao Estado,

pois delegaria cuidados que antes encontravam-se restritos ao hospital, como o AD, promovendo-se alta precoce, desocupação de leitos e redução na incidência de doenças nosocomiais[19].

Um exemplo de alternativa viável à integração dos sistemas seria tornar mais eficiente o repasse de verbas e a estruturação de programas já existentes, como o Melhor em Casa, criado pelo Ministério de Saúde, que integrou o AD ao Programa "SOS Emergências", da Rede de Atenção às Urgências, com equipes multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas presentes na casa de pessoas com problemas de reabilitação motora. De acordo com o artigo IX, que analisou os resultados do Programa a partir do estudo qualitativo em entrevistas e dados das Secretarias municipais, entre fevereiro de 2014 e julho de 2015, em 19 dos 30 munícipios de Minas Gerais que aderiram ao Programa, constatou-se que o "SOS Emergências" obteve êxito na redução da fragmentação e solubilidade em saúde, com potencial para a efetividade de serviços e o aumento da qualidade do atendimento ao paciente.

Figura 1 - Proposta de descentralização do SUS que possibilitaria melhor integração e fluxo entre os componentes



Fonte: Elaboração própria. 2020

Outro aspecto logístico a ser discutido sobre o AD consiste na sua aplicabilidade em um território tão heterogêneo, extenso e complexo, como o Brasil. A pesquisa do artigo VI cita como exemplo as estratégias do AD domiciliar para lidar com regiões de violência urbana no Rio de Janeiro, situação que compromete a atuação dos agentes de saúde e prejudica o vínculo com a família. Desse modo, ao comprometer a segurança ou o trabalho das equipes, acaba por desestabilizar a lógica do AD e do SUS, pautado no atendimento humanizado e integral. No exemplo apresentado no mesmo artigo VI, a medida encontrada pelos serviços foi solicitar um novo endereço para atendimento, o que nem sempre é possível, e acaba excluindo parte dos pacientes do serviço de atendimento em domicílio, sobretudo aqueles com deficiências físicas ou dificuldades de locomoção.

Portanto, verifica-se que um modelo de gestão em saúde centralizador é incapaz de atender eficientemente a um País com diferentes especificidades regionais e políticas, o que novamente suscita o debate da organização do SUS em microrregiões de saúde, a partir da RAS integrada, como demonstrado na Figura 1, com o objetivo de organizar melhor as políticas, estratégias e o repasse de recursos do Governo federal.

Considerações finais

O estudo demonstrou que o AD constitui uma modalidade de cuidado que promove a saúde e a qualidade de vida do enfermo, reproduzindo e diversificando meios de reinvenção no que diz respeito à qualidade de vida e atenção ao doente.

A exposição dos dados evidencia que o processo de "desospitalização" proporcionado pela assistência domiciliar gera economia financeira ao sistema, por reduzir o tempo de internação hospitalar, dinamizar leitos e reduzir o risco do paciente a infecções. Portanto, o paciente atendido em domicílio, além de experimentar um

ambiente mais afetivo e emocional, gera menos gastos do que aquele em ambiente hospitalar, no qual o dispêndio com equipamentos, mão de obra e exames continua a ser um problema crônico de ineficiência no uso de recursos no Brasil.

Também se verificou que o AD propicia melhor integração do usuário à rede, facilitando o entendimento e diálogo entre ele e o sistema, com vistas a tornar a Saúde no Brasil cada vez mais inclusiva. Além disso, a multidisciplinariedade da modalidade foi um dos parâmetros mais bem avaliados por profissionais e usuários, de modo que o diálogo e a troca de experiências entre as equipes propiciem atendimento e tratamento cada vez mais assertivos e eficientes para o cidadão.

No entanto, é possível estabelecer um paralelo entre o AD e o SUS quanto à teorização de medidas inclusivas de Saúde Pública e sua difícil aplicação prática. Os artigos ressaltam que, embora existam exemplos de sucesso do AD no Brasil, indicando sua aplicabilidade, ainda são poucos e muito dependentes de políticas específicas municipais, sem um plano nacional mais bem-estruturado.

Além disso, a persistente hierarquização do modelo de Saúde, marcado pelo excesso de internações e exames desnecessários, continua a onerar a máquina pública[20] e a impedir uma distribuição mais eficiente de recursos para outros meios de cuidado, uma vez que a demanda pelo AD ainda é muito maior do que o serviço público pode ofertar.

Desse modo, o AD desponta como um importante agente na busca por melhorias e alternativas para a conquista de uma Saúde mais inclusiva e multidisciplinar. Sua aplicação, embora viável, passa por um amplo diálogo entre os agentes de mudança social, como gestores, lideranças populares e a própria comunidade. São necessárias mudanças na estrutura de organização, para que os investimentos possam ser melhor direcionados a setores com potencial transformador e inclusivo para o futuro da Saúde no Brasil.

Referências:

1- ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros de; SAMPAIO, Luciana Carmem; CARNEIRO, Maria Lígia Mohallem; SENA, Roseni Rosângela de. Saúde da família: cuidado no domicílio **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília/DF, vol. 53, nº spe, pp 117-122, dez/2000. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid= S003471672000000 700018 &script= sci_arttext&tlng=pt>

2- LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade.** São Paulo/SP, vol. 20, nº 4, out-dez/2011. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.phppid=S0104-12902011000400005&script=sciarttext>

3- SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futura. **Estudos Avançados**. São Paulo/SP, vol. 32, nº 92, jan-abr/2018. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-4014201 8000100047 &script =sci_arttext&tlng=pt>

4- VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade**. Revista de Saúde Pública**. São Paulo/SP, vol. 21, nº 3, jun/1987. Disponível em <https://www.scielo.br/ scielo. php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300007&lng=es&nrm=iso>

5- SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; OLIVEIRA, Andreia Ferreira de; LEITE, Iúri da Costa; VALENTE, Joaquim Gonçalves; GADELHA, Ângela Maria Jourdan; PORTELA, Margareth Crisóstomo; CAMPOS, Mônica Rodrigues. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro/RJ, vol. 9, nº 4, out-dez/2004. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S14 13 -812320040 00400011>

6- IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro/RJ, vol. 12, suppl. 0, nov/2007. Disponível em <https://www. scielo. br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700006>

7- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Volume 2. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília/DF. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno-atencao-domiciliar-melhor-em- casa. pdf>

8- FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília/DF, vol. 59, nº 4, jul-ago/2006. Disponível em < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167 20 06 000400011>
9- ANDERLE, Paula; SOUZA, Bianca Belmonte de; JULIÃO, Gésica Graziela; MILLÃO, Luzia Fernandes; SANTOS, Claisson Jodel dos; MONTEIRO, Jecimara Aparecida da Silva. Perfil dos pacientes assistidos pela residência integrada em saúde: um olhar humanizado na assistência domiciliar. Aletheia. Canoas/RS, nº 41, ago/2013. Disponível em <http://pepsic. bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-039420132013>
10- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto. Florianópolis/SC, vol. 17, nº 4, out-dez/2008. Disponível em < https://www.scielo.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid =S01 04 - 07072008000400018>
11- SOUZA, Marcela Carvalho de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. São Paulo/SP, vol. 8, nº 1, jan-mar/2010. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-4508201 0 0001 00102&script = sci_arttext&tlng=pt>
12- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 825**, de 25 de abril de 2016. Brasília/DF. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm /2016/prt08252504 2016. html >
13- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011 -Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília/DF. Disponível em <http://bvsms.saude. gov. br /bvs /saudelegis/ gm/2011/prt2488_21_10_2011. html>
14- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Modalidades de Atenção Domiciliar. Brasília/DF. Disponível em <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar/modalidades-de-atencao-domiciliar>
15- SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; LACERDA, Maria do Carmo Nunes de. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília/DF, vol. 52, nº 1, pp.43-53, jan-mar/1999. Disponível em <https:// www. scielo.br/pdf/reben/.pdf>
16- MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. Interface-Comunicação Saúde Educação. Botucatu/SP, vol. 14, nº 34, pp. 683-692, jul-set/2010. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0210.pdf>
17- SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de; SEIXAS, Clarissa Terenzi; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. Saúde Pública. São Paulo/SP, vol. 44, nº 1, fev/2010. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034- 89102010000 1000 18 &script =sci_arttext&tlng=pt>
18- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro/RJ, vol. 15, n º 5, ago/2010. Disponível em <https://www.scielo.br/ scielo. php? Script=sci_ arttext&pid=S1413-81232010000500005&lang=pt>
19- AMARAL, Nilcéia Noli do; CUNHA, Márcia Cristina Bauer. LABRONICI, Rita Helena Duarte Dias; OLIVEIRA, Acary Souza Bulle; GABBAI, Alberto Alain. Assistência Domiciliar à Saúde *(Home Health Care):* sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. **Revista Neurociências**. São Paulo/SP, vol. 9, nº 3, 2001. Disponível em <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>
20- ZUCCHI, Paola; DEL NERO, Carlos; MALIK; Ana Maria. Gastos em Saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde**. Saúde e Sociedade**. São Paulo/SP, vol. 9, nº 1-2, pp. 127-150, 2000. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/ 10.pdf>

O conservadorismo e a hermenêutica da internação psiquiátrica no século XX: uma análise do hospital colônia de Barbacena

Gabriel Luiz de Jesus Ribeiro
Thayná Oliveira Coutinho
Analice Aparecida dos Santos

Resumo

A leitura da loucura e de suas múltiplas formas de expressão sempre foi objeto de interesse por parte da elite intelectual, seja aristocrata, seja religiosa. Da Idade Média ao Renascimento, sob forte influência da Igreja Católica, a loucura passou a ser vista unicamente como expressão demoníaca, enquadrando o sujeito louco no paganismo, devendo ser imediatamente isolado. Na pós-modernidade, enquanto psicopatologia, ainda é percebida uma compreensão medieval produzida pelos modelos institucionais que insistem na intervenção e no tratamento da loucura aos olhos do conservadorismo institucionalizado. Esta produção, portanto, se propõe a trazer uma discussão, a partir de revisão bibliográfica, acerca da relação entre o conservadorismo e a segregação de minorias no contexto de internação em hospitais psiquiátricos no Brasil, tendo, como exemplo, o Hospital Colônia de Barbacena no século XX. À psiquiatria dessa época foi entregue a subjetiva loucura que enquanto patologia era tratada como violenta e perigosa, adiante enquanto sujeito, era excluída, esquecida e isolada do restante da população, dando lugar à supressão de direitos, atenção de interesses e à concentração de minorias indesejáveis em internações asilares nos hospitais psiquiátricos.

Palavras-chave: psicologia, psiquiatria, Barbacena, saúde mental, conservadorismo.

Introdução

Na discussão da loucura e de todos os seus significados, precisamos mergulhar em uma série de definições bibliográficas, seja no destemido, no patológico, na minoria, nos excluídos, a expressão da loucura, em certa medida, contempla a todos de alguma forma, afinal, é a partir de sua compreensão que Foucault [1] citado por Ferraz [2] apresenta que quando não conseguimos nominar personalidades, traços, comportamentos e expressões que decidimos chamá-los de "loucura". É ela a representante do desconhecido, do que ainda, de alguma forma, é um mistério, daquilo que é inconsciente.

É com a ampliação dos movimentos eugênicos no século XX que novas formas de segregação de minorias tidas como loucas foram sendo propostas. O mesmo ocorreu naquele que se tornaria o Hospital Colônia de Barbacena, um espaço que passou a ser um campo de rejeitados. Essa exclusão, apoiada pela ciência biológica, se manteve ilesa por longos anos, mesmo com a queda do movimento eugênico [3].

Ao viajarmos em um vasto registro de obras, temos acesso aos seus sujeitos loucos em toda a história. Na Grécia, uma expressão de desequilíbrio a partir do controle dos deuses, na Idade Média e Renascimento, a expressão demoníaca do pecado humano exposto pela Igreja Católica. Na pós-modernidade, a substituição de muitos termos, mas em todos o mesmo tratamento de exclusão. Aos loucos, a oportunidade e a liberdade de escolha nunca foram direitos. A esses foi delimitado o comportamento, as performances e as palavras. Decidiram que os "alienados" deveriam participar de seus próprios banquetes, à medida que fossem excluídos, descuidados, enjaulados e afastados da população, à mercê de um sistema falho, de um Estado omisso e de um conservadorismo nato. Diante disso, é inegável a clareza da presença do transcendente na definição da loucura, herança que carregamos até hoje. Portanto, é do cristianismo que percebemos o legado da loucura demoníaca. Aquele que subtrai o indivíduo aos padrões de "normalidade", desconsiderando sua subjetividade e incorporando um novo modelo de tratamento às minorias, sob o discurso de paganismo, heresia, possessão demoníaca, feiticismo e muitos outros [4].

Nesta pesquisa, objetivamos compreender as relações entre o conservadorismo e a exclusão de minorias através da internação de pessoas em hospitais psiquiátricos no século XX, a exemplo do Hospital Colônia de Barbacena-MG. Com efeito, destaca-se, também, casos práticos que demonstram como os

modelos dogmáticos, como os da Igreja Católica, arrastaram para o século XX uma interpretação de loucura incapacitante, pagã, desvirtuada e perigosa.

A partir desta produção, poderemos compreender como o modelo hospitalocêntrico de instituições psiquiátricas, com o apadrinhamento do cristianismo, foram de íntima contribuição na manutenção de quase cem anos de exploração, violências, supressão de direitos e diversas manifestações de injustiça. Por mais que o Hospital Colônia de Barbacena, assim como todas as atrocidades lá protagonizadas, sejam conhecidas hoje em todo o país, ainda são percebidas diversas resistências acerca da hermenêutica histórica dos abusos perpetuados por longos anos e a quem devemos culpar por esses.

Portanto, esta revisão de literatura se constrói de extrema importância à medida que criamos mecanismos de discussão crítica acerca de um período histórico que assolou a autonomia de indivíduos psicopatológicos e desmascarou um Estado falho e conservador, justamente o Estado a quem deveria ser expectado a justiça e a proteção de suas minorias que à época e até hoje são enjauladas, marginalizadas e impedidas de acessarem seus direitos básicos de cidadania, escolha e respeito.

Método

A revisão de literatura é uma das partes fundamentais de uma pesquisa científica. A partir dela temos acesso ao que já foi pesquisado além de percebermos o que ainda é carente em bibliografias e que merece nossa atenção. É na revisão que o pesquisador se familiariza com a problemática proposta, a partir de múltiplas visões e reflexões de distintos autores [5]. Portanto, ao iniciar o processo de prévia investigação da literatura, compreendemos melhor a situação-problema para conhecer seu estado e apresentar contribuições mais relevantes na produção científica [6]. Para isso, é necessário que toda a revisão bibliográfica seja conduzida de forma sistemática e rigorosa para se obter os dados necessários [7].

Nesse sentido, a proposta deste trabalho se configura em uma revisão bibliográfica que busca identificar na literatura a relação entre temas como o conservadorismo, o isolamento de minorias e o apoio dogmático do cristianismo em todo o processo de exclusão social. A performance da obra se baseia na sintetização de casos de violência, supressão de direitos e expressão do conservadorismo nas bibliografias nacionais existentes a partir do exemplo do modelo de internação psiquiátrica do Hospital Colônia de Barbacena desde sua instauração, em 1900.

A base de literatura deste artigo se contempla na utilização de autores nacionais que possuem obras ligadas à saúde mental, políticas públicas em saúde, reforma psiquiátrica e relato de casos como os nomes de Arbex, Amorim e Amarante. Além de obras clássicas de Michel Foucault acerca da compreensão da loucura em diferentes épocas históricas e, por conseguinte, uma rápida definição de conservadorismo a partir de hermenêuticas europeias, a exemplo do foco da obra de Netto e outros autores de temas pertinentes a esta pesquisa.

Dividimos então a produção da obra em dois importantes eixos. O primeiro, compreender e revisar literaturas que apresentem importantes indicadores de influências conservadoras à leitura do sujeito louco e sua representação cultural e listar quais as principais construções do significante “loucura” nos diferentes períodos históricos, abordando, em síntese, alguns deles. No segundo eixo, pesquisou-se casos práticos e reais que abordem como o conservadorismo foi uma peça fundamental na decisão de isolamento do indivíduo psicopatológico do restante da população em virtude de sua leitura dogmática referenciada nos eixos anteriores e contribuições diversas.

Resultados e discussão

Uma abordagem do conservadorismo

Souza[8] define conservadorismo como algo “tomado pela ideologia, como tradição de pensamento fundada na modernidade”. Para Lowy[9], o conservadorismo pode ser definido com grande proximidade à definição da extrema-direita, sobretudo, aquela presente na história da Europa Ocidental. A ideologia repressiva, o culto da violência policial, o reestabelecimento da pena de morte, a intolerância contra as minorias sexuais, como homossexuais, são algumas das ascendências ao conservadorismo em contrapartida

à direita. Também descreve a importante participação dos modelos institucionais religiosos, sobretudo de herança católica, na compreensão desse contexto.

Souza[8] contribui que a intensa discussão para definição do conservadorismo no Brasil dos últimos anos, a partir da compreensão polarizada na política, ficou ainda mais difícil.

> É implicado como conservador o indivíduo ou grupo político contrário, por exemplo, à luta pela universalização dos direitos e às demandas pela radicalização da democracia. Tal posição costuma estar associada, também, à adesão à ideologia do mercado, que envolve desde a defesa da mercantilização cada vez maior da vida social, até a agenda de combate ao avanço dos direitos humanos. Nas instituições de produção de conhecimento, por outro lado, o conservadorismo é, na maior parte das vezes, tomado genericamente[8].

A partir da Revolução Industrial e do novo poder econômico e social adquirido pela burguesia, os modelos institucionais por ela operados passaram a intensificar a manutenção de seus próprios ideais a partir da ótica que eles mesmos criaram. Nesse sentido, existem novos modelos civilizatórios que servem, exclusivamente, o conservadorismo burguês na pós-revolução[10].

O Brasil ainda é um ambiente de extrema dificuldade no desenvolvimento da criação de solidariedade institucional. O individualismo conservador impõe padrões de comportamento, esses, reguladores sociais, baseados apenas em falta de confiança e desconhecimento das dimensões sociais[11].

A elite dominante no Brasil desenvolveu empecilhos ao acesso à cidadania e à democracia, visto que as "classes" periféricas e marginalizadas mantiveram seus status de precariedade, sendo este ainda mais perceptível na modernização. Nesse sentido, é vista a necessidade de destacar o pacto conservador da elite dominante na criação de obstáculos para que as demais classes pudessem acessar processos diplomáticos de cidadania nacional[12].

O conservadorismo e a loucura: um legado da igreja católica

Na imersão do Brasil na compreensão exclusiva de pacientes tidos como doentes mentais, temos a criação do primeiro hospital psiquiátrico do país em 1842, na cidade do Rio de Janeiro-RJ, o Hospício Pedro II. Com efeito, a segregação de pacientes psicopatológicos no Brasil tem, em gênese, medidas conservadoras tidas na época, como preventivas e protetivas aos cidadãos “comuns”. Já a partir do século XX, a saúde mental ganha mais atenção do Estado que passa a identificar o louco, legalmente, como incapaz de juízo[13].

Desse modo, o Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934[14], enquadra novos processos de classificação de doenças mentais e os novos espaços psiquiátricos para internação. Além disso, iniciava um novo período de manicomialização para os grupos populacionais tidos como usuários de drogas ou do cometimento de algum delito julgado “psicopatológico”.

O louco passa a receber o tratamento de incapaz de se ater ao juízo e à consciência, o que o torna impossibilitado de tomar decisões no meio social, de discernir conceitos e de escolher o que realmente deseja, justamente pela limitação nas relações sociais que o permeia, o que leva à supressão imediata dos seus direitos básicos de liberdade e expressão, além da possibilidade de manifestações de anseios ou necessidades a partir do modo como vê o mundo e representa sua realidade[15].

Portanto, a loucura se torna o novo estado de expressão. O sujeito louco dá um novo significado às palavras, dando novos contextos às situações, reformulando o que era definido pela gramática tradicional. Acaba por ocorrer um novo modelo, uma ressignificação dos conceitos sem que exista conexão entre eles, a partir do entendimento do "sujeito comum"[16]. É da Grécia, do período mitológico ao pré-socrático, de onde recebemos a herança de compreensão específica sobre a natureza humana. De um lado, a loucura enquanto manifestação transcendente, de outro, a ideia da separação de corpo e alma e da subordinação de ambas ao controle dos deuses. No tempo de Homero, essa loucura não era percebida como patologia, mas uma forma de expressão do desequilíbrio, instabilidade e forma de transgressão de costumes[17].

A partir da herança grega na percepção da loucura como transgressora e desequilibrada, o isolamento desapercebido desses indivíduos se dá a partir de doenças generalizadas constituídas ainda no século XVII. Uma comparação em certa medida, foi o isolamento de indivíduos com lepra e com as doenças venéreas que

na época eram motivo de grande preocupação social, dando origem a um período de total exclusão desses indivíduos e de suas relações interpessoais. O mesmo se deu à loucura, que à luz da interpretação foucaultiana, tem sua gênese exclusiva a partir da herança moral da lepra e das doenças venéreas incorporada pela Igreja como método punitivo aos pecados, também transgressores do costume[18].

A loucura passa a ser definida como uma função percebida paralela à razão. O cristianismo muito contribuiu com essa nova revelação. A definição de loucura, a partir da velha tradição da cristandade, narra um mundo que vive na loucura aos olhos de Deus e o homem, em sua ignorância, pensa compreender as medidas necessárias de sobrevida no universo, mas, por suas limitações e transgressões pecaminosas, não as compreende como Deus[18], como é instruído pela Bíblia (2009, I Cor 1;23, p. 1466): "mas nós pregamos Cristo crucificado, escândalo para os judeus e loucura para os pagãos"[19]. Foi na Idade Média, que a loucura se associou à possessão demoníaca. A herança dessa filosofia tem origem direta do cristianismo, como forma de associação de crenças pagãs à loucura, ideia arrastada até o Renascimento[17].

O discurso hegemônico imposto pela Igreja Católica na categorização da loucura como exercício do paganismo também contribui na leitura histórica do indivíduo louco:

> A visão medieval da loucura está intimamente associada, ou mesmo identificada à possessão demoníaca. Esta perspectiva ganha espaço à medida que a hegemonia do cristianismo se impõe. Derivam-se daí, por exemplo, as lutas contra os hereges que, por insistirem em cultuar divindades "pagãs", são vistos como encarnações do demônio[4].

Nardi e Ramminger[20] apontam que, já no Brasil, o discurso religioso, predominante à época do Brasil Colonial e Imperial, também forjou um modo de subjetivação no qual o cuidador não tinha como preocupação curar o louco, mas garantir sua própria salvação espiritual, já que o cuidado estava relacionado à caridade – uma forma de expiar pecados e assegurar a salvação eterna. A partir do século XIX, é o discurso médico que detém a verdade sobre a loucura, inaugurando o trabalho especializado no cuidado com o que passou a ser denominado "doença mental".

Percebe-se que em cada cultura, sociedade e entre os diferentes períodos históricos, há diferentes compreensões e ações no que se pode notar em relação à loucura. Observa-se que esta foi historicamente "construída" enquanto categoria médica e social. Diante a multiplicidade dos saberes produzidos em relação à loucura, evidencia-se a impossibilidade de se pensar a doença mental como naturalizada no corpo, pois ela foi histórica e socialmente produzida por um saber médico psiquiátrico, o qual adquiriu o monopólio sobre a "verdade" da loucura a partir do discurso hegemônico levantado pela Igreja no período medieval[21].

O conservadorismo e o tratamento da loucura no hospital colônia de Barbacena

Foi em 16 de agosto de 1900, em que o então governador do Estado de Minas Silviano Brandão, assinou a lei de criação da assistência aos loucos, programa de prestação de serviços assistenciais aos doentes mentais para todo o Estado. Após três anos de existência do programa, Barbacena foi escolhida como a sede da nova instituição assistencial. Foi sobre o terreno da antiga Fazenda da Caveira de Baixo que o Hospital Colônia de Barbacena viria a ser construído e concretizado a barbárie da "cidade dos loucos"[22].

Não existiam critérios médicos que sustentassem diagnósticos para acesso e permanência dos pacientes do Hospital Colônia de Barbacena no século XX. Aos recém-chegados no Hospital Colônia, o tratamento era o mesmo da Alemanha Nazista. Grupos eram desagregados por sexo e idade, tinham seus pertences confiscados e enfrentavam a humilhação e o constrangimento ao serem obrigados a ficarem nus em público, além de terem seus cabelos raspados. Em registros, cerca de 70% dos pacientes que chegavam no Hospital Colônia de Barbacena, até pouco depois da primeira metade do século XX, não tinham diagnóstico de transtorno mental algum, eram apenas epiléticos, alcoólatras, homossexuais, "prostitutas", pessoas ou grupos especiais e minorias que não se enquadravam nas normas dogmáticas daqueles tidos como dominantes[23].

Foi Francisco Gonçalves Lamas o primeiro paciente internado no Colônia, em 1903. Com apenas 27 anos, Francisco foi exilado a pedido do pai a partir de um diagnóstico bem peculiar à época:

> *Signaes physicos e physionomicos: cabelos castanhos, barba loura, estatura regular, magro e bons dentes. Diagnóstico: inquietação maníaca. OBS: Recolhido a requerimento por ordem de seu pai, curador, o cidadão Joaquim Gonçalves*[22].

Estrangeiros também foram internados no Colônia, como Maria Armoni, italiana, internada por loucura maníaca e o alemão William Schsiack por melancolia. Maria chegou a deixar o hospital em 1908, já William faleceu onze meses depois de sua internação, em 1904, por problemas cardíacos (ibidem).

A marginalidade, enquanto desvio de conduta, na segunda década do século XX, também era um tema de grande debate por parte da elite brasileira. Com efeito, os cuidados e propostas de contenção dessa minoria eram motivos de grande discussão da ala psiquiátrica, movida pelo conservadorismo oligárquico da época. Resultado disso é a proposta de criação da Liga Mineira de Higiene Mental - LMHM, grupo predominantemente eugenista que buscava a "prevenção e higienização" social[24].

Neto e Dunker e Arbex[24] ressaltam que foi durante o período militar, após a década de 30 que os conceitos médicos para o tratamento dos loucos se esvaíram totalmente. Com a nomeação de um coronel do exército como diretor administrativo, o Hospital Colônia passou a adotar medidas segregacionistas ainda mais rígidas. É no contexto de internação onde temos acesso à precariedade na triagem de indivíduos e de seus diagnósticos. Deixados à deriva, os loucos eram submetidos à internação asilar, a qual entravam e nunca mais saíam sem nem saber o porque

> Pela narrativa, eles retornam, como Maria de Jesus, internada porque se sentia triste, Antônio da Silva, porque era epilético. Ou ainda Antônio Gomes da Silva, sem diagnóstico, que ficou vinte e um dos trinta e quatro anos de internação mudo porque ninguém se lembrou de perguntar se ele falava. São sobreviventes de um holocausto que atravessou a maior parte do século XX, vivido no Colônia, como é chamado o maior hospício do Brasil, na cidade mineira de Barbacena. Como pessoas, não mais como corpos sem palavras, eles, que foram chamados de “doidos”, denunciam a loucura dos “normais”[23].

Isoladas, segregadas e humilhadas, mulheres perdiam seus direitos de serem mães e filhas desde o primeiro contato com a instituição psiquiátrica. Esse, acessório punitivo do coronelismo instaurado na época com o apadrinhamento dos dogmas da Igreja:

> Outros recebiam a alcunha “Ignorado de Tal”. Muitas ignoradas eram filhas de fazendeiros as quais haviam perdido a virgindade ou adotavam comportamento considerado inadequado para um Brasil, à época, dominado por coronéis e latifundiários. Esposas trocadas por amantes acabavam silenciadas pela internação no Colônia. Havia também prostitutas, a maioria vinda de São João del Rei, enviadas para o pavilhão feminino Arthur Bernardes após cortarem com gilete os homens com quem haviam se deitado, mas que se recusavam a pagar pelo programa[23].

As expressões de segregação e confinamento como forma de punição persistiram por longos anos, deixando minorias à mercê do conservadorismo. Arbex[23] ainda relata a história de Conceição Machado, interna do Hospital Colônia de Barbacena, cuja internação se deu pelo castigo do pai após a, então menina, reivindicar a mesma remuneração paga aos irmãos (homens):

> Aos quinze anos, Conceição foi mandada para o hospital, porque decidiu reivindicar do pai a mesma remuneração paga aos filhos machos. Embora trabalhasse como os irmãos na fazenda de Dores do Indaiá, município pouco povoado do centro-oeste das Gerais, a filha do fazendeiro não desfrutava dos mesmos direitos. Pela atitude de rebeldia da adolescente, o pai aplicou o castigo. Decidiu colocar Conceição no famigerado “trem de doido”, único no país que fazia viagens sem volta. Em 10 de maio de 1942, ela deu entrada no hospital, de onde nunca mais saiu. Em trinta anos, nunca recebeu visita[23].

Diferente de Conceição, Sueli Aparecida Rezende, não teve contato com os pais. Uma das figuras mais representativas na história do Hospital Colônia de Barbacena, desde pequena, Sueli se viu obrigada a trocar

favores sexuais por mantimentos. A interna do Colônia protagonizou momentos lembrados até hoje por sobreviventes. Entre suas muitas histórias e intenso bom humor, é categoricamente lembrada a canção por ela cantada – e criada, no documentário "Em Nome da Razão" do cineasta Helvécio Ratton, de 1979, a qual representava as condições de vida na instituição:

> Ô seu Manoel, tenha compaixão
> Tira nós tudo desta prisão
> Estamos todos de azulão
> Lavando o pátio de pé no chão
> Lá vem a boia do pessoal
> Arroz cru e feijão sem sal
> E mais atrás vem o macarrão
> Parece cola de colar bolão
> Depois vem a sobremesa
> Banana podre em cima da mesa
> E logo atrás vêm as funcionárias
> Que são umas putas mais ordinárias,
> Arbex[23].

Como se não fossem suficientes as condições desumanas de sobrevida, Neto e Dunker (2017 apud Arbex 2019)[23] ainda destacam a exploração da mão de obra de pacientes no Hospital Colônia. Registros do hospital em 1916 apontam que a maior parte da receita da instituição foi alcançada através do trabalho realizado pelos pacientes, por meio da venda das produções agrícolas que eles plantavam.

Os novos desfechos da loucura

É, portanto, ao final do século XX que se inicia um processo de transformação do modelo assistencial em saúde mental, visto que até então os hospitais psiquiátricos existentes utilizavam-se do tratamento moral e do isolamento social do internado para tratar da doença mental[25]. Os primeiros movimentos relacionados à reforma psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970, a partir de denúncias de maus tratos e de violências contra os pacientes além da falta de recursos. O início deste processo no Brasil é contemporâneo da eclosão do "movimento sanitário", nos anos 70 em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado[26].

Em relação ao discurso da Reforma Psiquiátrica, ressalta-se o rompimento paradigmático com a forma de tratamento da loucura, a reversão do modelo hospitalocêntrico, a criação de novos serviços, a nova legislação, a humanização no atendimento e principalmente a cidadania e inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico (Nardi e Ramminger, op. cit.). Deste modo, a mesma humanização foi constituída a partir do paradigma da desinstitucionalização por meio da reabilitação e da reintegração psicossocial da pessoa mentalmente adoecida. Além disso, o objeto de tratamento deixou de ser a doença e passou a ser a existência, o sofrimento do indivíduo e sua relação com o corpo social[27].

É então em 1982, que o então Ministério da Previdência e Assistência Social cria o "Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária", cujo objetivo já era uma atenção psiquiátrica extra-hospitalar, a atuação integral de equipes multidisciplinares de trabalho, utilização da atenção básica em saúde no suporte a esse serviço, além da diminuição do tempo de internação de pacientes, mantendo sua integralidade somente aqueles que ofertassem riscos para si ou para terceiros[28].

No ano de 1989, um ano após a criação do SUS – Sistema Único de Saúde – dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG). No entanto, é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Sendo assim, a Lei Federal 10.216 transforma o modelo da assistência psiquiátrica, promovendo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, a extinção progressiva dos hospícios no país, além de prever a possibilidade de punição para a internação voluntária arbitrária ou desnecessária. Desta forma, a lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base

comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade[26].

A Reforma Psiquiátrica possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podendo se destacar o surgimento de relevantes serviços de atendimentos extra-hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura[29].

Considerações finais

Procurou-se demonstrar neste trabalho os aspectos relacionais na literatura entre o conservadorismo e a segregação de minorias no contexto de internação em hospitais psiquiátricos no Brasil do século XX, sob o discurso de loucura, ressaltando diversos aspectos no modelo de internação do Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais, além da influência do cristianismo na manutenção do sistema de isolamento da loucura. Foram destacados diversos casos de exclusão, preconceito e supressão de direitos hoje tidos como básicos, além da liberdade de escolha, de cidadania e de expressão.

Ao retroceder, vimos que desde o Brasil Colonial e Imperial as leituras acerca da loucura no país são limitadas. Da construção do primeiro hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro até as novas leis no início do século XX, percebemos que a loucura foi interpretada no Brasil da mesma forma como registrada em outras regiões do mundo, como destacam as descrições de Foucault, Amarante e Matias acerca da herança da loucura incapacitante e demoníaca da Idade Média.

Percebemos, também, a carência de bibliografias que se aprofundassem na relação entre a segregação da loucura e seu apadrinhamento por parte do cristianismo no contexto de internação asilar em Barbacena. Desse modo, vimos a participação da Igreja Católica na manutenção do *status quo* da internação asilar como proposta de sustentação de seu discurso hegemônico desde o início do século XX.

Outrossim, foi analisado que a relação divina com a loucura, sobretudo em sua regulamentação sempre fez parte da hermenêutica do indivíduo louco. O cristianismo dentro de dogmas e modelos institucionais instaurados na Idade Média, participou ativamente da exclusão da loucura em todos os seus aspectos, estabelecendo a possessão demoníaca como resultado dela. Foi essa a tese necessária e justificável para que a loucura fosse isolada, enjaulada e em nome de Deus fosse afastada das relações "comuns" de vida e sociedade, como é destacado na Bíblia (2009, I Sam 21;13, p. 327): "Simulou loucura diante deles, comportando-se como demente: tamborilava nos batentes da porta e deixava correr saliva pela barba"[30].

Confirmamos as relações de imposição do conservadorismo sobre a loucura como destacado por Ramos[31] o qual expõe que os interesses individuais e coletivos, além da rígida mentalidade em relação ao princípio da conservação de uma ordem estabelecida, da manutenção do "aceitável" e, principalmente, da preservação das relações econômicas, são fatores que sustentam a estrutura de um hospital psiquiátrico, apresentando-se como uma instituição da qual o processo civilizatório serve apenas para operar a subtração do ser.

É notório que o princípio conservacionista que regia instituições como o Hospital Colônia de Barbacena no século XX, assegurava as relações econômicas, sociais e culturais de poderes subjacentes e sustentadoras da vigência de um estilo civilizatório, participando do processo de "produção da loucura", à medida que não trabalhava-se em favor do ser humano, pelo contrário, o forjava a fim de se fazer uma imagem de "louco" que pudesse corresponder e justificar seus interesses de conversação e sua razão de ser e operar sua individualidade. Aproxima-se então à conclusão de Silveira[32] acerca da íntima relação entre a religião e a saúde mental, tomando o poder da primeira na construção geral de forças e de saberes, produzidas em todo o percurso histórico da humanidade.

A consideração da subjetividade do indivíduo psicopatológico foi mais uma tese revisada em nossa análise. Reverberamos que esta é em suma, também uma forma exclusiva de violência conservada há anos através da segregação do louco e de sua permanência em internações asilares. Dalgalarrondo[33] apresenta a

obra de César[34], onde foram destacadas artes produzidas por indivíduos loucos, das quais as expressões culturais e religiosas eram manifestadas por meio de diversos caminhos. Com base nisso, é possível perceber a importância da consideração da subjetividade do indivíduo psicopatológico a partir de suas manifestações que, mesmo institucionalmente tidas como manifestação da loucura, expressam a mais íntima relação dele com o mundo.

Destacamos que não foi o objetivo desta pesquisa a análise direta da compreensão do sujeito psicopatológico e sua percepção individual do processo de internação. Mas, a consideração supracitada justifica-se a partir da conjuntura ímpar de sua subjetividade antes de considerarmos internações asilares e segregacionistas, como as do Hospital Colônia de Barbacena, sob o discurso da não existência do juízo ou da razão por parte do "louco".

Além disso, em virtude da baixa quantidade de bibliografias de relatos de caso, percebemos a interdependência de autores quando nos referimos aos registros causais acerca de condições de internação e seus exemplos nos hospitais psiquiátricos do Estado de Minas. Mesmo que ainda haja número o suficiente de autores, é notável a consideração das mesmas bases bibliográficas entre eles, como Arbex, Amorim e Firmino.

Por fim, ao relacionar o entendimento da loucura a partir dos modelos institucionais impostos pela cultura cristã desde a Idade Média, espera-se que as discussões sobre o tema sejam potencializadas. Afinal, a partir da expansividade no aumento dessas discussões, iniciaremos uma democratização no acesso a novas informações e novos registros, individualizados ou coletivos, de casos, grupos ou pessoas que sofreram, ainda mais, com as tratativas em saúde mental dispostas a exemplo do Hospital Colônia de Barbacena. Esse espectro de futuro é a garantia que teremos para que a informação chegue a todos e que a supressão de direitos, a violência, o isolamento e o discurso eugenista possa nunca mais se repetirem.

Referências

1. Foucault M. Doença mental e psicologia. Shalders LR, tradutora. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1975, 71 p.
2. Ferraz FC. O louco de rua visto através da literatura. Psicologia USP. 2000;11(2):117-52.
3. Gomes KN. Entre a "loucura" e a "normalidade": proposição de um material didático referente a história do hospital colônia de Barbacena e as discussões atuais a respeito da diversidade [dissertação]. [Paraná]: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2017. 199 p.
4. Ceccarelli P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. Psicologia em Estudo. 2005 set./dez;10(3):471-477.
5. Echer IC. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. Revista gaúcha de enfermagem. 2001 Jul;22(2):5-20.
6. Bento A. Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. Revista JA (Associação Académica da Universidade da Madeira). 2012;7(65):42-4.
7. Conforto EC, Amaral DC, Silva SD. Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos. Trabalho apresentado no CBGDP 2011. 8ª ed; 2011 Sep 12-14; Rio Grande do Sul, Brasil.
8. Souza JMA. Edmund Burke e a gênese conservadorismo. Serv Soc Soc. 2016 maio/ago;126: 360-377.
9. Löwy M. Conservadorismo e extrema-direita na Europa e no Brasil. Serv Soc Soc. 2015 out/dez;124: 652-664.
10. Netto LE. O conservadorismo clássico: elementos de caracterização e crítica. 1ª ed. São Paulo: Cortez Editora; 2014. 195 p.
11. Domingues JM. A dialética da modernização conservadora e a nova história do Brasil. Dados. 2002; 45 (3):459-482.
12. Pires MJS; Ramos P. O termo modernização conservadora: sua origem e utilização no Brasil. REN. 2009 Jul/Sep;40(3):411-424.
13. Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Relatório de inspeções: 2018 / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília: CFP, 2019.

14. Brasil SF. Decreto N. 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. 2006 [citado em dez 2020] Disponível em: http://www.senado.gov.br.
15. Amarante P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. Cad. Bras. Saúde Mental. 2009 Jan-abr;1(1):1-7.
16. Matias KD. A Loucura na Idade Média. Ensaio Sobre Algumas Representações [dissertação]. [Portugal]: Universidade de Coimbra; 2015. 81 p.
17. Esquinsani RSS; Dametto J. Questões de gênero e a experiência da loucura na Antiguidade e na Idade Média. Estud. de sociol. 2012;17(32):205-222.
18. Foucault M. História da loucura na idade clássica. 1ª ed. Netto JTC, Cunha N, tradutores. Editora Perspectiva; 2019. 688 p.
19. Bíblia. N.T. Primeira Epístola aos Coríntios. In: Bíblia. 79ª ed. São Paulo: Ave Maria, 2009. 1:23.
20. Nardi, HC; Ramminger T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. Rev. Saúde Coletiva. 2007;17(2):265-287.
21. Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. 2ª ed. Ribeiro V, tradutora. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. 233 p.
22. Amorim D, Ferraz L, Ventura JC. Histórias da Loucura. 1ª ed. Belo Horizonte: Projeto Maluco, 2006. 124 p.
23. Arbex D. Holocausto brasileiro. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca; 2019. 280 p.
24. Neto FK; Dunker, CIL. Depois do Holocausto: efeitos colaterais do Hospital Colônia em Barbacena. Psicologia em Revista. 2017 dez;23(3):952-974.
25. Firmino H. Nos porões da loucura. Rio de Janeiro: Editora Ecológico; 2014. 156 p.
26. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil - Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. [Internet]. Brasília, Brasil. 2005 [citado em dez 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
27. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Rev Bras Enferm. 2010 jan-fev;63(1):51-57.
28. Jorge MR, França JMF. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. Brazilian Journal of Psychiatry. 2001;23(1):3-6.
29. De Mesquita JF, Novellino MSF, Cavalcanti MT. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. Trabalho apresentado no Encontro Nacional de Estudos Populacionais 2010. 17ª ed; 2010 Sep 20-24; Minas Gerais, Brasil.
30. Bíblia. Primeiro Livro de Samuel. In: Bíblia. 79ª ed. São Paulo: Ave Maria, 2009. 21:13.
31. Ramos FH. Ensaio sobre Saúde Mental: um "Bicho de Sete Cabeças". Ciência & Inovação. 2015 dez;2(1):39-44.
32. Silveira LD. Para além de anjos, loucos ou demônios: um estudo sobre modos de subjetivação da loucura, a partir das experiências religiosas de usuários de um CAPS, nas igrejas pentecostais, em um município no interior da Bahia/Brasil [dissertação]. [Salvador]: Universidade Federal da Bahia; 2008. 250 p.
33. Dalgalarrondo P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. Archives of Clinical Psychiatry. 2007;34:25-33.
34. Cesar O. A arte primitiva nos alienados: manifestação esculptorica com caracter symbolico feiticista num caso de syndroma paranoide. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2007 mar;10(1):111-25.

Pluralismo entre culturas: estigmas e encalhes na assistência à saúde do paciente indígena

Daniel Lopes Marques de Araújo
Kallita Marques da Silva
Gustavo Henrique Pedroso
Nathália de Carvalho Barros Silva
Talitha Araújo Velôso Faria

Resumo

Os efeitos do colonialismo e da autodeterminação ocidental configuram-se como os principais determinantes em saúde da população indígena. Fruto disso, as disparidades no tocante à saúde entre povos indígenas e não indígenas são significativas e, estatisticamente, esses povos são afetados por problemas de saúde em taxas bem mais altas quando comparados com o restante da população em geral. Através de uma revisão bibliográfica, o presente estudo tem como escopo uma análise histórica, cultural e sociopolítica dos principais estigmas e encalhes que permeiam a assistência à saúde do paciente indígena. À vista disso, constatou-se um compilado de estereótipos, historicamente construídos, que incutem na postura discriminatória de muitos profissionais médicos e evidenciou-se um notório entrave na busca desse grupo étnico por uma equânime atenção primária à saúde. Por fim, comprovou-se a necessidade de se construir uma relação harmoniosa entre o paternalismo médico e a idiossincrasia do paciente indígena e delineou-se efetivas estratégias no que cerne à formação de uma assistência médica intercultural, dialógica e simétrica.

Palavras-chave: Saúde de populações indígenas; Atenção primária à saúde; Política de saúde; Discriminação; Profissionais de saúde.

Introdução

A população indígena enfrenta paradigmas negligenciados, tanto pela gestão das políticas de Saúde Pública, quanto pelos profissionais que executam o cuidado. Por mais que haja dentro do sistema único de saúde (SUS) estratégias para oferecer atenção em todos os níveis para os indígenas, o direito constitucional à saúde tem permanecido ainda distante ou insuficiente para que haja uma maximização da qualidade de vida a dessa população[1].

Os múltiplos aspectos que envolvem o cotidiano indígena passam desapercebidos inúmeras vezes, ou seja, nem sempre o serviço que chega até as aldeias levam em consideração a cultura, os hábitos, as crenças e até mesmo os costumes dessa sociedade. Frente a isso criou-se a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que objetiva a proteção, promoção e recuperação da saúde do índio e resulta no exercício da cidadania de cada um deles. Assim sendo, faz-se necessário uma rede de serviços nas terras indígenas que amplie a cobertura e promova o acesso através de uma adaptação do SUS que dê importância às especificidades locais e epidemiológicas a fim de que seja possível executar princípios e diretrizes com aplicação de instrumentos que possibilitem o andamento das engrenagens pertencentes ao sistema de saúde[2].

Em 1986 aconteceu a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio que culminou na criação de uma agência especifica para cuidar da integração da saúde do índio dentro do sistema nacional. Esse fato representou uma grande conquista devido ao respeito, reconhecimento, e a possibilidade de participação ativa do índio no planejamento e execução dos serviços de saúde que consistem em assegurar não só a ausência de doença mas também o completo bem-estar físico, pessoal e social de cada indivíduo[2].

Ainda há muitas brechas que freiam o pleno exercício das políticas e dos protocolos criados e conquistados, como por exemplo, a falha na comunicação que muitas vezes impede o profissional de entender e acolher além de impedir vínculos, as simbologias em torno da cura de doenças, ou sobre medicamentos e ainda sobre rituais religiosos que podem ir na contra mão da medicina convencional que não tem muita abordagem especifica de culturas como a indígena e impendem o olhar necessário ao índio[3].

Com isso, o objetivo do desse estudo foi elucidar os entraves que impedem uma saúde indígena holística e empática.

Métodos

O presente estudo refere-se a uma revisão bibliográfica elaborada através do embasamento em trabalhos selecionados nas plataformas Google Acadêmico, SciELO, PubMed, por intermédio das seguintes palavras-chave: Saúde de populações indígenas; Atenção primária à saúde; Política de saúde; Discriminação; Profissionais de saúde, extraídas dos Descritores em Ciências da saúde (Decs), extraídos dos últimos 15 anos e pesquisados nas línguas portuguesa e inglesa.

Foram estabelecidos artigos que trouxessem sustentação para a discussão estabelecida e que assim resultassem em uma conclusão acerca desse tema tão negligenciado. Mediante a isso, foram excluídos materiais e artigos que não acrescentassem nesse assunto ou que não estivessem alinhados ao estudo.

Optou-se por abordar as razões que impedem a adesão necessária do acesso à atenção primária de saúde, e ao compreender os fatores que permeiam essa adesão, compreende-se a relação ainda conflituosa e limitada do conhecimento indígena com o cientifico além de esclarecer a discriminação e os estigmas estabelecidos indireta ou diretamente pelos profissionais da saúde.

Resultados

Discriminação aos olhos dos profissionais da saúde

"Quem me dera ao menos uma vez, como a mais bela tribo dos mais belos índios, não ser atacado por ser inocente". As palavras do compositor brasileiro Renato Russo fazem um intercâmbio histórico entre o descobrimento do Brasil e a sociedade atual. A figura da pessoa indígena entra em cena como um ser "inocente" e que por isso merece respeito. Há uma crítica nas entrelinhas que se refere à maneira como o índio tem sido tratado ao longo dos anos, um indivíduo de valores primitivos e por isso "inocente". Na esfera da saúde pública, essas mazelas históricas permeiam a relação médico-paciente indígena criando, muitas vezes, um cenário de estigma e discriminação aos olhos dos profissionais de saúde[3,4].

Em primeiro plano, o paternalismo médico contribui para a ratificação de estereótipos historicamente construídos. Em uma rotina de internação hospitalar, o índio vivencia um certo tipo de ociosidade com o qual não está habituado, pois o repouso necessário para a sua recuperação gera isso. Por outro lado, convive com pacientes de diferentes culturas, o que o faz se sentir deslocado de sua realidade. Por conseguinte, cabe ao médico ter alteridade e empatia para adequar o ambiente de forma que respeite as crenças daquele indivíduo. Além disso, esclarecer o diagnóstico e o tratamento e tentar encaixá-los com a cultura indígena, seria uma maneira de conceder autonomia e reconhecimento[3,5,6].

Outrossim, um estudo realizado com os índios Truká, que habitam o município de Cabrobó no estado de Pernambuco, evidenciou que algumas atitudes governamentais podem interferir no processo saúde-doença das tribos indígenas. A transposição do rio São Francisco e a construção de usinas hidrelétricas afetam o modo de vida dos Truká. Esses empreendimentos podem acarretar a submersão de algumas ilhas usadas para rituais particulares. Ademais, a tribo também se queixou da falta de interesse dos médicos pela comunidade. Assim, essa análise com uma cultura indígena específica demonstra que tanto ações governamentais quanto atitudes dos profissionais da saúde podem interferir negativamente na construção de uma saúde pluralista e equitativa[7].

Sob a ótica da psicanálise de Freud, processos mentais inconscientes interferem na maneira como o profissional da saúde compreende e enxerga o paciente. O processo chamado contratransferência é oriundo de experiências vividas na infância que são projetadas na relação com o indivíduo que está recebendo auxílio. Esse conceito vai ao encontro dos preconceitos e paradigmas que marcam a inter-relação médico e indígena. Os constructos históricos e sociais unem-se com a dinâmica do inconsciente para contaminar a percepção do profissional sobre as crenças e práticas culturais dos povos indígenas. Com isso, a autoanálise e análise pessoal seriam imprescindíveis para a formação de uma aliança terapêutica equânime e sob o olhar da alteridade[8].

A busca pela atenção primária à população indígena

A famigerada obra escrita pelo autor Sérgio Buarque de Holanda, Raízes do Brasil, relata uma sociedade hodierna caracterizada por sua cordialidade, tendo o imaginário coletivo refém das armadilhas elaboradas pelo ser dominante que rege o território. Na história pela busca de equidade na saúde e por uma atenção primária de qualidade para a população indígena não foge do panorama exposto em Raízes do Brasil, visto que a voz do índio foi e ainda é calada pelo poder dominante, a primeira vez que houve uma escuta efetiva ocorreu na década de 80 com a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (CNPSI), pois antes os povos indígenas eram tutelados pelo Estado, sendo privados de direitos e autonomia[9,10].

Outrossim, além da tutela de silêncio sofrida pelo imaginário coletivo indígena, outro ponto que relaciona ao absentismo da atenção primária à saúde (APS) é a perda das diretrizes tradicionais de vida causadas pela eminente destruição ambiental, apoderamento de terras indígenas, ausência de inclusão social e pela discriminação étnica decorrente do regime colonizador, provocando, assim, uma maior vulnerabilidade sobre a população indígena ao tratar-se da saúde, os agravos são perceptíveis hodiernamente. Em suma, é de vasto conhecimento que os povos indígenas evidenciam quase invariavelmente taxas de morbimortalidade superiores em relação ao imaginário coletivo branco, mesmo colocando as duas realidades em uma mesma região, os valores são exorbitantemente desiguais, tais resultados são pertinentes ao notar como é de suma importância a existência de uma atenção primária de qualidade e o recrudescido atraso na saúde quando ela é ausente, pois a sua escassez não irá aprimorar o processo de equidade ao corrigir as suas falhas[9,11,12].

Sob esse prisma, a demasiada diversidade cultural indígena no Brasil concebe múltiplas formas de estilo de vida e heterogênea compressão sobre a simbologia perante a morte em relação a vida, entre a saúde em contraposição a doença, além de ideias diferentes sobre a infância e a velhice. Tais diversidades geram uma estrutura religiosa, simbólica e cosmológica diante a organização social das comunidades indígenas, esse fato é refletido na execução da equidade na saúde, visto que é de suma importância e urgente um sistema de médicos próprios especializados em cada cultura, além da crucialidade em obter a participação popular como instrumento essencial para a troca e integração de saberes, fazendo, assim, uma permutação de conhecimento e a criação de vínculos entre médico-paciente ao quebrar o obsoleto pensamento de superioridade étnico e profissional em relação ao paciente indígena. Todavia, tal relação é fortemente desvinculada ao observar a notória descontinuidade do cuidado diante o nativo, somada a falta de médicos com formação adequada para solucionar entraves como a comunicação e a alta rotatividade dos profissionais da saúde, como também a exorbitante dificuldade de estabelecer diálogos interculturais, estes obstáculos resultam em um declínio na execução da APS, quebrando, dessa forma, a diretriz sobre a equidade proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS)[9,11,13].

Ademais, mesmo diante lutas durante séculos, desde a colonização os povos indígenas lutam por autonomia, assim como foi na execução da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), tal política visava ao ser criada a mitigação da falta de equidade e a garantia ao acesso à saúde aos nativos, todavia, mesmo com tais labores, hodiernamente a participação social permanece frágil, mostrando, assim, uma insatisfação dos usuários. O cuidado manteve-se precário e não mudou desde a primeira luta constitucional, pois ainda é centrado em práticas emergenciais, ausentando o cuidado paliativo, comumente baseado na remoção de pacientes, deixando o nativo deslocado da sua zona de conforto, além de um tratamento descontinuo. A superação desses desafios depende do fortalecimento da APS e o reconhecimento da célebre importância como marco para a elaboração dos princípios debatidos pela PNASPI. Dessa forma, o grito de socorro da população indígena poderá ser ouvido, e o imaginário coletivo não será mais refém das armadilhas criadas pelo poder dominante, pois haverá uma escuta qualificada e o direito de equidade na saúde será concretizado[9,10,14].

O paternalismo médico frente à especificidade cultural indígena: desafios na construção de uma assistência médica dialógica e simétrica

A visão ocidentalizada do índio como o "mau selvagem" e o "bom civilizado" ainda persiste em tempos hodiernos e reflete, diretamente, na postura com que muitos profissionais da saúde lidam com esse grupo étnico. Mantém-se, dessa forma, a prerrogativa de que o agente "civilizado" (médico) possui a missão de fazer

com que o ser “primitivo” (paciente indígena) evolua. Essa supremacia ocidental está fortemente atrelada à formação universitária do profissional médico, que, em geral, é construída em consonância com o princípio da racionalidade científica, no qual a biomedicina se identifica com a ciência e se distancia da dimensão cultural, que é o alicerce das sociedades indígenas. Com isso, nota-se o descumprimento do eixo de formação ético-humanístico, uma vez que as práticas assistenciais não biomédicas encontradas na cultura indígena são, muitas vezes, estigmatizadas e, quando muito, vistas apenas como recursos alternativos ou complementares[3,15,16].

Diante desse quadro, os efeitos do colonialismo e da autodeterminação ocidental configuram-se como os principais determinantes em saúde da população indígena. Fruto disso, as disparidades no tocante à saúde entre povos indígenas e não indígenas são significativas e, indubitavelmente, esses povos são afetados por problemas de saúde em taxas bem mais altas. No Canadá, por exemplo, esse grupo étnico possui uma menor expectativa de vida ao nascer e apresenta uma maior taxa de resultados adversos do nascimento, como a prematuridade, quando comparados com o restante da população. Ademais, além de conviver com os estigmas herdados pela ideologia dos colonizadores europeus, muitos aborígenes que enfrentam agravos na saúde só possuem acesso aos serviços de saúde ocidentais, cujos modelos de assistência raramente contemplam suas identidades culturais e seus valores[17-19].

O paciente indígena, quando submetido ao atendimento médico paternalista, traz consigo a busca por respostas para o entendimento do que está causando a sua afecção. É nesse momento que, não raro, ambas as visões de mundo se encontram e se confrontam. Para o índio, o processo saúde-doença ultrapassa os mecanismos fisiopatológicos centrados no corpo físico e atinge dimensões que contemplam elementos invisíveis da natureza. Geralmente, o indígena doente recorre, primariamente, ao pajé de sua aldeia, que é o grande responsável por traçar uma conduta terapêutica pautada no uso de ervas, rezas ou rituais e, ainda, por definir se o acometimento é de origem material ou espiritual. Dessa forma, as lideranças religiosas e/ou de saúde presentes na comunidade indígena exercem um papel fundamental para os seus povos, independente de se ter ou não o acesso médico no local. O paciente indígena espera, portanto, que o médico respeite sua autonomia e sua pluralidade sociocultural, contemplando, antes da conduta terapêutica, a compreensão de suas questões relativas ao corpo físico, ao bem-estar espiritual, à definição de doença, ao infortúnio e aos seus hábitos étnicos[2,3,13,15].

Nesse ínterim, torna-se mister a busca pela equidade entre o paternalismo médico e a idiossincrasia do paciente indígena no que cerne à construção de uma assistência médica intercultural e dialógica. Estudos apontam que a assistência à saúde indígena não deve ser encarada de forma coletiva para todos os grupos, mas sim deve ir ao encontro das especificidades demográficas e das características étnicas de cada aldeia. Dentro dessa temática, a fim de se criar um vínculo positivo no interior das tribos, pesquisas relatam que os médicos devem incentivar a participação e ressaltar a relevância da figura do pajé dentro da comunidade indígena, evitando conflitos nas questões relacionadas ao adoecimento e à cura. Em uma pesquisa de campo realizada no Amazonas, por exemplo, um paciente indígena recebeu atendimento médico e foi diagnosticado com Dengue, realizando tratamento domiciliar com antitérmico. O paciente evoluiu com quadro febril intermitente e não apresentou melhora após abordagem médica convencional. Com isso, após procurar um especialista indígena local e ser submetido à terapêutica com ervas e infusões, o paciente apresentou resolução do episódio de hipertermia. Nota-se, por conseguinte, que não se trata de apontar qual tipo de conhecimento é superior ou mais eficaz, mas sim de compreender a necessidade de inclusão de conhecimentos antropológicos pela equipe multiprofissional com o intuito de prezar pela autonomia e pela atuação de cada cidadão indígena no que diz respeito ao seu ideal de saúde[13].

É imperativo, portanto, que a equipe de assistência à saúde indígena desenvolva uma habilidade intercultural como parte de sua formação clínica, relativizando atenuantes e enclaves oriundos do paternalismo biomédico. Uma efetiva relação médico-paciente indígena deve ser congruente com quatro quesitos: consciência, conhecimento, habilidade e encontro entre culturas. Médico e paciente são corresponsáveis por suas decisões e ambos possuem, em consonância, a busca pelo restabelecimento da saúde, independente da cultura e da sociedade que estão inseridos. Reconhecer e compreender os desígnios e as potencialidades das sociedades indígenas no tocante à qualidade de vida relacionada à saúde e ao gerenciamento de sintomas

torna-se, dessa forma, de extrema relevância para o profissional de saúde. À vista disso, a dualidade médico-paternalista e empírico-indígena configura-se como um solo fecundo para o aprimoramento de mais estudos etnográficos e para o desenvolvimento de uma literatura heterogênea que consiga potencializar mais relações, idealmente harmoniosas, entre essas fascinantes culturas no contexto da área da saúde[3,20].

Conclusão

Portanto, os povos indígenas têm sofrido, no âmbito da saúde, mazelas criadas por constructos históricos e culturais. A visão etnocêntrica, que coloca o nativo como um ser primitivo que necessita de evolução por meio dos seres civilizados, avilta a relação médico-paciente indígena. Outrossim, a formação médica nos tempos contemporâneos é contaminada por um viés científico mecanicista que vai de encontro à alteridade. Por consequência, os saberes do índio são, muitas vezes, vistos como um recurso complementar e secundário no binômio saúde-doença.

Atrelado a esse pano de fundo, a Atenção Primária à Saúde negligencia, em muitas situações, a diversidade cultural desses povos. Aspectos cosmológicos e ontológicos exercem um papel imprescindível na construção do bem-estar biopsicossocial. Por fim, fatores inconscientes do psiquismo humano como a contratransferência somam ainda mais para essa atmosfera de estigmas e discriminação. Assim, esses encalhes necessitam ser removidos da assistência à saúde. Dessa forma, o meio social e a esfera médica não mais serão afetados pelas concepções criadas pelo poder dominante.

Referências

1. Júnior WM, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Mishima SM. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: A experiência no projeto huka-katu. Cienc e Saude Coletiva. 2011;16(SUPPL. 1):903–12.
2. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. The contribution of indigenous community health workers to special healthcare for brazilian indigenous peoples. Cad Saude Publica. 2012;28(5):819–31.
3. Santos ACG dos, Iamarino APM, Silva JB da, Zollner ACR, Constantino CF. Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. Rev Bioética. 2017;25(3):603–10.
4. Cardoso MD. Saúde E Povos Indígenas: Equívocos Na Política Atual. Cad Saude Publica. 2014;30(4):860–6.
5. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde e Soc. 2007;16(2):19–36.
6. Tambasco L de P, Silva HS da, Pinheiro KMK, Gutierrez BAO. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. Saúde em Debate. 2017;41(spe):140–51.
7. Vieira HTG, Oliveira JE de L, Neves R de CM. A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó - Pernambuco. Saúde e Soc [Internet]. 2013;22(2):566–74.
8. Dias HMM. Concepção de contratransferência. Estud Psicanálise. 2019;52:87–94.
9. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:1–6.
10. Holanda SB de. Raízes do Brasil. São Paulo: Companhia das letras; 1995.
11. Lorenzo CFG. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da políticanacional de saúde indígena. Rev bioét. 2011;19(2):329–42.
12. Fontão MAB, Pereira ÉL. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: Reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. Interface Commun Heal Educ. 2017;21(1):1169–80.
13. Costa FAS da, Catanio PAG, Aragão AE de A, Ponte HMS da, Fardin FP, Araújo LM de. Práticas populares em saúde indígena e integração entre o saber científico e popular: revisão integrativa. S A N A R E - Rev Políticas Públicas [Internet]. 2016;15(16768019):112–9.
14. da Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares T de O. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. Interface Commun Heal Educ. 2015;19:1005–14.
15. Silva CB da. Profissionais de saúde em contexto indígena: Os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. Antropos - Rev Antropol. 2013;6(5):113–57.

16. Castro NJC de. O ensino da saúde indígena nos currículos e espaços acadêmicos. Ensino, Saúde e Ambient. 2015;8(1):15–25.
17. Jull J, Morton-Ninomiya M, Compton I, Picard A. Fostering the conduct of ethical and equitable research practices: The imperative for integrated knowledge translation in research conducted by and with indigenous community members. Res Involv Engagem. 2018;4(1):1–9.
18. Morton Ninomiya ME, Atkinson D, Brascoupé S, Firestone M, Robinson N, Reading J, et al. Effective knowledge translation approaches and practices in Indigenous health research: A systematic review protocol. Syst Rev. 2017;6(1):1–7.
19. Vang ZM, Gagnon R, Lee T, Jimenez V, Navickas A, Pelletier J, et al. Interactions Between Indigenous Women Awaiting Childbirth Away From Home and Their Southern, Non-Indigenous Health Care Providers. Qual Health Res. 2018;28(12):1858–70.
20. Pereira ÉR, Biruel EP, Oliveira LS de S, Rodrigues DA. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. Saude e Soc. 2014;23(3):1077–90.

Mães de Rua: Assistência do SUS no atendimento pré-natal

Caroline Silva de Araujo Lima
Antonio Rodrigues da Silva Neto

Resumo

Mulheres em condições de moradores de rua, principalmente quanto gestantes, enfrentam preconceito no acolhimento e no vínculo estabelecido com os profissionais, desse modo, exige um cuidado no enfrentamento dos riscos gerados pela condição de vulnerabilidade que visivelmente é um fator primordial para o um melhor desenvolvimento da assistência médica. A pesquisa tem como objetivo analisar na literatura a importância da assistência do SUS no atendimento de pré-natal para mulheres em situação de rua. Para a busca bibliográfica sistemática foi utilizada as bases de dados online SciELO, LILACS, MEDLINE, PubMed, Periódicos capes, Sciencedirect. Tal busca foi realizada utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "cuidado pré-natal", "saúde da mulher", "atenção primária à saúde", "vulnerabilidade em saúde" para a busca destes termos no título, abstract ou corpo de estudos. Pesquisou-se artigos originais sobre o tema publicados entre 2014 e junho de 2020. A maioria dos estudos concluiu e reforçou a importância de resgatar os princípios do SUS e assegurar políticas públicas orientadas pela igualdade, amparo e universalidade com articulação dos setores da saúde, ensino, emprego, direitos humanos e assistência social.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidado pré-natal; Saúde da Mulher; Vulnerabilidade em Saúde.

Introdução

A assistência pré-natal é o acompanhamento que toda gestante deve fazer para a realização de exames e consultas no período gravídico-puerperal. Segundo o Ministério da Saúde, o pré-natal é importante para que seja identificado precocemente patologias e outras disfunções que possam afetar o bebê ou a mãe. Podendo assim ser tratada a problemática em tempo hábil. Outras questões como a preparação para a gestação, desenvolvimento de ações educativas e preventivas, condutas acolhedoras abordando aspectos psicossociais são imprescindíveis para assegurar o desenvolvimento da gestação[1].

Estudos asseguram que a assistência pré-natal, quando promovida com qualidade, pode proporcionar melhores resultados ao parto. Portanto, a realização de propostas com fins educativos, além das assistenciais, durante todo o processo do ciclo gestacional, é essencial, pois é durante o pré-natal que a gestante deverá ser bem instruída para que possa vivenciar um parto de forma segura e positiva, além de ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso e eficácia no período da amamentação. É rico que mulheres em condições de vulnerabilidade receba essas instruções e acompanhamento[2].

Apesar do relevante avanço alcançado na cobertura do pré-natal no Brasil, a dificuldade do acesso a serviços de saúde, o início tardio, realização incompleta de procedimentos ginecológicos, a falta de vínculo entre o pré-natal e o local de parto são problemáticas causadas pelas desigualdades econômicas e sociais na assistência de grávidas em especial a mulheres em situação de rua[3].

Diversas vezes, incapaz de propiciar promoções elementares do direito contidos em sua Constituição, o Estado, é o principal responsável por ter uma parcela da sociedade em estado de vulnerabilidade, como por exemplo, as pessoas que vivem em situação de rua são as que mais sofrem com a ineficiência estatal, alarmante ainda, quando tratamos e voltamos olhares para mulheres gestantes que vivem na rua, a falta de uma assistência para o cuidado com a mesma e requer uma eminente atenção[4].

O Decreto n. 7.053, instituindo a Política Nacional para a População em Situação de Rua para assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas. Essa política contempla a segurança aos serviços e programas que constitui políticas públicas voltadas para saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, entre outros. Porém, ainda assim o serviço de saúde ofertado é insuficiente em razão da necessidade da população em situação de rua[5].

Em conformidade com o modelo assistencial, o Ministério da Saúde (MS), criou políticas públicas para a população em situação de rua, que tem como princípio trabalhar no exercício para redução de danos, além

de assumir a responsabilidade de promover a equidade, assegurando o acesso dessa população a outros atendimentos no SUS, utilizando a implantação de consultório na rua[6]. Nesse contexto, nota-se que as equipes que compõem esse serviço de assistência, promovido pelo Ministério da Saúde, tem como princípios norteadores às diferenças, a diferença dos direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento dessas complexidades e as ações de redução de danos. É importante que haja melhoria da assistência e acolhimento[7].

Desse modo, é um assunto pertinente e de suma relevância, mulheres em condições de moradores de rua, principalmente quanto gestantes, enfrenta preconceito no acolhimento e no vínculo estabelecido com os profissionais.

Este estudo justifica-se pela necessidade de ações na atenção à mulher. Tendo em vista o crescimento da população feminina no período gestacional em situação de rua, faz-se necessário reconhecer suas vulnerabilidades, condições socioeconômicas precárias e direitos. A pesquisa tem como objetivo analisar na literatura a importância da assistência do SUS no atendimento de pré-natal para mulheres em situação de rua, demonstrar com as políticas públicas podem auxiliar no serviço assistencial e promover a importância dessas pessoas que se encontram em vulnerabilidade social.

Métodos

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática que tem como método científico a busca e análise de artigos com o anseio de fundamentar e corroborar com a temática da assistência pré-natal para mulheres em vulnerabilidade a situação de rua. A pesquisa bibliográfica reúne diversos dados e informações a partir de estudos já existentes que servirá de base para a construção de determinado tema.

Para a busca bibliográfica foi utilizada as bases de dados online SciELO, Lilacs, MedLine/PubMed, Periódicos Capes, Science Direct. Tal busca foi realizada utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “cuidado pré-natal”, “saúde da mulher”, “atenção primária à saúde”, “vulnerabilidade em saúde” para a busca destes termos no título, abstract ou corpo de estudos. Pesquisou-se artigos originais sobre o tema publicados entre 2014 e junho de 2020.

A análise dos dados foi definida pela leitura e exame dos resumos de todos os resultados encontrados, para pré-definir quais seriam incluídos e excluídos da pesquisa. Nesse sentido, definiu-se que seriam incluídas produções disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, artigos, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso que permitam uma melhor coerência com a temática desenvolvida nesta pesquisa. Foram excluídas publicações que não problematizavam sobre a assistência pré-natal oferecida pelo sus para mulheres em situação de rua e que não tratavam experiências no território brasileiro.

Tabela 1- Estratégia de seleção.

Artigos	**n**
Artigos potenciais identificados	177
Artigos excluídos devido ao título	35
Artigos excluídos devido ao resumo	22
Artigos excluídos por não preencherem os critérios de inclusão	100
Artigos incluídos nesta revisão	20

Fonte: Elaborado pelo autor.

Resultados e Discussão

Importância da consulta do pré-natal

O Ministério da Saúde enfatiza que o pré-natal tem como principal objetivo preparar a gestante para a maternidade, promovendo informações educativas em relação ao parto. Neste sentido, o acompanhamento do

mesmo é importantíssimo para a gestante. Além disso, proporciona um entendimento maior acerca da saúde do (feto/bebê). Para isso, os profissionais da saúde propõem as gestantes processos educacionais e aprendizados a vários contextos, como dieta, higiene, cuidado com o sono, hábito intestinal, exercício, entre outros[8,9].

A gestação é um fenômeno fisiológico, uma experiência que envolve, além da expectativa pela chegada do bebê, a transformação do corpo feminino sob a influência de oscilações hormonais durante as diferentes fases do ciclo gestacional, desta forma acredita-se que a realização de uma assistência pré-natal de qualidade melhora os desafios que a puérpera irá enfrentar[3,8].

A assistência pré-natal tem um grande potencializado na diminuição dos índices de mortalidade das mulheres decorrente do período gestacional, assim podendo proporcionar uma melhor qualidade de vida materno-infantil. O pré-natal também dá oportunidade para a mulher tirar dúvidas e se sentir mais tranquila e confiante com a nova fase da vida que está por chegar[10].

No início do século vigente o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, com o objetivo principal de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da promoção do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto às gestantes e ao recém-nascido. Porém, de acordo com a fragilidade na organização dos serviços de saúde e na captação precoce das gestantes é evidenciado o início mais tardio do acompanhamento pré-natal, sendo prejudicadas mulheres pretas e pardas e em situação de vulnerabilidade social[11].

A respeito das desigualdades, é importante salientar que para a elevada desigualdade social em relação à saúde, um ponto destaque é a hierarquia na estrutura social, elucidando a desigualdade na saúde entre brancos e negros. Assim, no que se refere a exclusão social, as mulheres em situação de rua estão mais propensas a dificuldades[12,13].

A presença de pessoas encontrando-se nas ruas das cidades é uma realidade ancestral e persistente. Os motivos basilares do fenômeno nos países desenvolvidos são conhecidos atualmente pela: falta de acesso a direitos, precarização do emprego, redefinição das políticas públicas, entre outros. Desta forma, contribuindo para ampliar as desigualdades sociais[14].

Para sobreviver a tais desigualdades, algumas mulheres acabam utilizando o sexo como meio de obtenção de amparo financeiro. Com isso, muitas dessas mulheres acabam ficando grávidas por abuso sexual, falta de orientação e método contraceptivo adequado e acessível. É notório que não só as mulheres de ruas necessitam de uma orientação por parte dos profissionais da saúde em todas esferas. É essencial acentuar que uma mulher em circunstância de rua são vítimas de preconceitos de maneira mais dura, pelo fato apenas de serem mulheres elas são consideradas ainda mais marginalizadas, uma intolerância estrutural que luta para ser desconstruída mediante lutas vigentes, e caso apareçam gravidas esse preconceito ele se exacerba, enfatizando a negligência com toda essa realidade[15].

Portanto, entender a realidade das mães de ruas é eminente, pois traz vários problemas como o uso exacerbado de álcool e drogas. Vale recordar que o pré-natal tem várias vantagens, este permite reconhecer doenças que já estavam presentes no organismo, mas, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis entre outras[15,16].

O diagnóstico promovido pelo pré-natal determina medidas de tratamentos que podem evitar maiores prejuízos à gestante, e isso não ocorre apenas no período gestacional, mas por toda a vida, além de proporcionar a análise e detecção de vários problemas que o feto pode ser sofrer, como como más formações identifica precocemente a pré-eclâmpsia, essa patologia constitui uma das principais causas de mortalidade no Brasil[16].

Gestantes de rua e a complexidade da vida na rua como gestante e como mulher

Na última década, o empobrecimento progressivo da população contribuiu para o aumento do número de pessoas que vivem em situação de miséria. Isso tem reflexo na sociedade que vivemos, onde as mulheres, por exemplo, por estarem expostas a condições de ruas, apresentam dificuldades em ora dizer sim e ora dizer não aos seus parceiros sexuais, por estarem naquelas condições acham que não tem direito de escolha. Além de serem frágeis, muitas vezes não conseguem se defender quando forçadas a alguma pratica sexual [15].

A gravidez para as mães de ruas além de ser um período de alta complexidade e maior vulnerabilidade, é considerada um fator de risco social no cenário da saúde pública e que potencializa para marginalidade e pobreza, dependendo da situação em que se desenvolve. Assim, nota-se que na gestante em condições de rua é possível identificar a precariedade das condições de vida e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde que podem assegurar a mãe e o bebê[17].

Durante o processo de uma pesquisa realizada em Los Angeles, com 974 mulheres em situação de rua revelou que 13% relataram histórias de estupro no último ano [18]. As mulheres que sofreram este tipo de violência demonstraram um pior estado geral da saúde: houve aumento dos sintomas ginecológicos, aumento no uso de drogas e álcool, além de aumento nos casos de depressão. Pode-se relatar o quanto mulheres em rua a sua vulnerabilidade aumenta, por serem mulheres[17,18].

As pessoas que vivenciam situação de rua tem grandes embates dentro daquele contexto, além de serem vítimas de preconceito diariamente, precisam enfrentar o preconceito quando procuram um serviço de saúde e se deparam com o despreparo e a falta de capacitação no atendimento por parte dos profissionais de saúde para a realização da escuta qualificada e do acolhimento das demandas e necessidades de saúde dessa população, assim como quando das ações higienistas que ocorrem nos espaços públicos e que desconsideram a dignidade da vida e os direitos humanos[19].

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), foi instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 para assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas desenvolvidas [20]. O estigma de "morador de rua" é algo que tal política quer cessar permutando para a expressão "população em situação de rua" considerando tal grupo como heterogêneo e abaixo da linha da pobreza[21].

Desse modo, o estigma de descrédito é ainda mais intenso na população feminina, onde expressões pejorativas como "vagabunda" e "prostituta" são ainda mais rotineiras e intensificadas. Essas denominações são termos que fazem entender que esses sujeitos estão apagados do restante da sociedade, sendo propagada essa ideia pela população no geral e pela mídia[21].

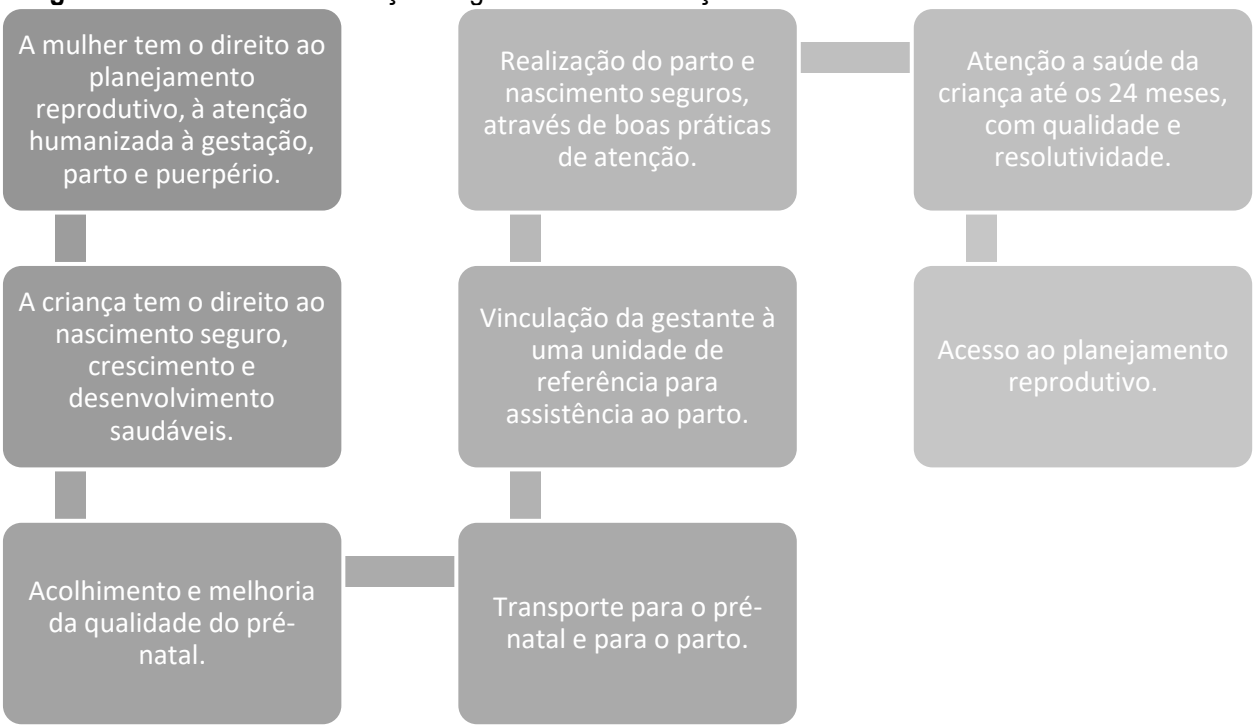
Orientação realizada para gestantes em situação vulnerável

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), atua para a promoção da melhoria das condições de vida e da saúde das brasileiras por meio de ações que ampliam o acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Tal programa desenvolve ações como: planejamento reprodutivo; atenção obstétrica, parto puerpério, Infecções Sexualmente Transmissíveis, vigilância epidemiológica do óbito materno, entre outros[22].

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio de orientações e condutas acolhedoras, de fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestação e do bebê, desde o atendimento básico ao atendimento hospitalar[23].

Para que seja possível uma atenção integral e com um olhar holístico, de forma organizada e estruturada, faz-se necessário políticas públicas efetivas que dê uma assistência voltada para o enfrentamento da realidade dessas mulheres de rua. Faz-se necessário integrar um dos princípios do SUS, a equidade, reconhecendo as diferenças e singularidades do indivíduo, a fim de oferecer ações de saúde adequadas para aquela necessidade[3]. A tabela abaixo demonstra algumas ações que é de responsabilidade do SUS, serviços que são de encargos destes para o acompanhamento pré-natal[24].

Fluxograma 2. Cuidados e orientação as gestantes em condições de rua.



Fonte: elaborado pelo autor.

A atenção por parte dos profissionais de saúde é de grande valia, visto que é através do olhar humanizado dos profissionais que os mesmos vão conhecer características dos vulneráveis, visto que só existe um cuidado efetivo quando se há um olhar cauteloso, humanizado e ampliado[25].

Conclusão

A presente pesquisa compreende que atentar-se os olhares sob as mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade em condições de moradoras de rua, considerada uma situação delicada e que carece de uma eminente atenção, tendo em vista, que essas são esquecidas, por mais que existam políticas públicas que assegurem, ainda sim, é uma vertente que requer forças e engajamento para melhorar a assistência prestada a elas.

A respeito das problemáticas e aspectos aqui brevemente levantadas verificamos que é de suma importância resgatar os princípios do SUS, uma vez que os profissionais de saúde devem estar preparados para ação voltada para o enfrentamento dessa realidade. Além disso, reconhecer as diferenças e singularidades das mulheres e oferecer ações de saúde adequadas cada necessidade.

É essencial assegurar políticas públicas orientadas pela igualdade, amparo e universalidade com articulação dos setores da saúde, ensino, emprego, direitos humanos e assistência social. Dentro dessa perspectiva, precisam subsistir ofertados cuidados baseados na ideia de respeito à dignidade desses usuários, sua autonomia e independência, porque se trata de cidadãos detentores de direitos constitucionalmente garantidos. Portanto, assegurar assistência do SUS no serviço de pré-natal a essas mulheres é um direito, e vai muito além das leis e políticas públicas que asseguram a todos.

Referências

1. SIMÕES, T. R. B. A.; COUTO, M. C. V.; MIRANDA, L.; DELGADO, P. G. G. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. **Saúde Debate** | Rio De Janeiro, V. 41, N. 114, P. 963-975, JUL-SET 2017.

2. POLGLIANE, R.B.S *et al*. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2014, vol.19, n.7.
3. VIELLAS, E.F. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S85-S100, 2014.
4. CONSELHO DE SAÚDE. Constituição Federal (Artigos 196 a 200).
5. GOVBR. Política Nacional para a População em Situação de Rua.
6. ARAÚJO, A.S *et al*. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 10):4103-10, out., 2017.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consultório de rua do SUS.
8. FREITAS, G.V.S; BOTEGA, N.J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.48 no.3 São Paulo July/Sept. 2002.
9. BARATA, R.B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2009.
10. CUNHA, E.M.G.P *et al*. Panorama actual de las condiciones socioe- conómicas y demográficas de la población negra brasileña y sus consecuencias en la salud. In: JORNADAS AEPA, 9., Córdoba, 2007. Anais... Córdoba, 2007.
11. SERRUYA, S.J; CECATTI, J.G; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.5, pp.1281-1289. ISSN 1678-4464.
12. KALCKMANN, S *et al*. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde soc.** [online]. 2007, vol.16, n.2, pp.146-155. ISSN 1984-0470.
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final. Lisboa: OMS; 2010
14. ANDRADE, L.P *et al*. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde soc**. vol.23 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2014.
15. COSTA, S. L *et al*. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.3, p.1089-1102, 2015.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Importância do pré-natal. 2016.
17. LOCATELLI, N. T. et al. Mulheres em situação de rua no período gestacional: Perspectivas da terapia ocupacional e nutrição. Relatório Parcial (iniciação científica) – UNIFESP –São Paulo, 2010.
18. ROSA, A.S; BRÊTAS, A.C.P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **INTERFACE**, COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO 2015; 19(53):275-85.
19. HINO, P; SANTOS, J.O; ROSA, A.S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Rev. Bras. Enferm**. vol.71 supl.1 Brasília 2018.
20. COSTA, A. P. M; RENUCO, A. B. População em Situação de Rua. Relatório de Consultoria, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília-DF, abril de 2005.
21. TEIXEIRA, M. B *et al*. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. spe7 [Acessado 26 Julho 2020], pp. 92-101
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Mulher. 2017.
23. VASCONCELOS, M.F.F; FELIX, J; GATTO, G. M. S. Saúde da mulher: o que é poderia ser diferente?. ***Rev. psicol. polít.*** [online]. 2017, vol.17, n.39, pp. 327-339. ISSN 1519-549X.
24. CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.
25. PEBMED. Como o enfermeiro pode atuar na área da saúde mental. 2019.

Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em pacientes de um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS

Fabíola Mirellys da Silva Ferreira
Maria Isabelle Barbosa da Silva Brito
Anderson Júnior Silva Lopes
Regina Célia de Oliveira

Resumo

Objetivo: Avaliar a adesão à terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV em atendimento ambulatorial em um Serviço de Assistência Especializada. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal, desenvolvido com 40 usuários entre agosto e outubro de 2017, utilizando instrumento semiestruturado sócio demográfico, comportamental de saúde e clínico para calcular as frequências percentuais, e o Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral para avaliar a adesão, classificada em adequada ou inadequada conforme adaptação do questionário. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE, sob o parecer de número: 2156948. **Resultados:** O perfil da população avaliada foi do sexo masculino (57,5%), com faixa etária de 29 a 39 anos (42,5%), 1°grau incompleto (45,0 %), desempregados (57,5%), assintomáticos (90%), que informaram utilizar preservativo (47,7%). Dos 50,0 % que afirmaram saber a via de contágio, 97,5 % citaram a via sexual. Houve a prevalência de uma adesão inadequada (62,5%). A associação das variáveis à adesão não foi significativa. **Conclusão:** Houve um detalhamento do perfil dos pacientes, e destaque para a prevalência de uma adesão inadequada no serviço avaliado, o que reforça a necessidade de estudos e estratégias que auxiliem na adesão e autocuidado.
Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; HIV; Adesão à Medicação; Assistência Ambulatorial.

Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ainda representa um problema de saúde pública mundial, em virtude de seu caráter pandêmico e sua transcendência[1]. No Brasil, de 1980 a junho de 2016, foram notificados 842.710 casos de Aids. Somente no estado de Pernambuco, de 1983 a 2015, foram diagnosticados 23.399 casos dessa doença[2]. O vírus pode ser transmitido por relação sexual, pelo sangue e pelo aleitamento materno, porém, a via sexual se constitui como a principal forma de transmissão[1].

A distribuição proporcional dos casos de Aids mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul. A taxa de detecção no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, porém, as regiões Norte e Nordeste demostram uma tendência linear de crescimento[3].

O número total de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) em tratamento, no Brasil, tem crescido a cada ano, apresentando um aumento expressivo entre 2009 e 2015, passando de 231 mil para quase 450 mil, a distribuição da Terapia Antirretroviral (TARV). A introdução da TARV e garantia da distribuição universal e gratuita no Brasil, a partir de 1996, levou a uma melhora significativa na qualidade de vida das PVHIV, com a redução de riscos para infecções oportunistas, e consequentemente, uma diminuição considerável de morbimortalidade[3,4].

A fim de garantir uma expectativa de vida maior e uma qualidade de vida melhor, vários estudos demostraram que o início cada vez mais precoce da TARV, também tem por objetivo, reduzir o risco da transmissão, sendo essa recomendação adotada por diversos outros países e pela Organização Mundial de Saúde (OMS)[5-8].

A TARV está indicada para todas as PVHIV, em especial as sintomáticas, independentemente da contagem de células LT-CD4+, uma vez que a presença de sintomas já demonstra fragilidade imunológica e incapacidade de controle viral[9]. A TARV impõe às PVHIV uma disciplina de horários e responsabilidade com o tratamento, exigido uma tomada diária e contínua dos medicamentos prescritos pelo médico a fim de garantir uma adesão adequada.

Inserido nesse contexto, a adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, e que requer decisões compartilhadas e responsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social.[9] A adesão também é um termo utilizado quando o indivíduo é agente de sua própria saúde e compartilha com os profissionais de saúde suas dúvidas, entendimentos e decisões acerca do seu plano de cuidados, sendo este mais efetivo nessas condições[9-11].

A baixa adesão ao tratamento é um relevante problema de saúde pública e apresenta alta prevalência, não apenas nos países subdesenvolvidos, mas também nos desenvolvidos[12-15]. Assim, deve-se considerar os seguintes aspectos na identificação da não adesão: a experiência de medicação, o conhecimento, e a autonomia do paciente, a complexidade da farmacoterapia e a capacidade de gestão do paciente[16]. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar a adesão à TARV em PVHIV em atendimento ambulatorial; descrever a população do estudo segundo as variáveis sócio demográficas, econômicas, comportamentais de saúde e dados clínicos; classificar a adesão à TARV, e associar com as variáveis obtidas.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Igarassu, Pernambuco, Brasil, com usuários do Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids.

Foram incluídos na amostra, pacientes com HIV/Aids que realizavam tratamento com a TARV por período igual ou superior a 6 meses, que possuíam idade igual ou maior que 18 anos e estavam inseridos no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais – SICLOM do Ministério da Saúde. Posteriormente, foram excluídas as gestantes, os indivíduos que apresentaram comprometimento cognitivo que interferisse na comunicação e entendimento das questões referentes à realização da entrevista e os privados de liberdade em regime fechado.

A amostra do estudo foi estimada através do SICLOM, tomando por base a média entre os meses de maio a julho de 2017, dos pacientes cadastrados no serviço selecionado, totalizando o quantitativo médio mensal de 93 pacientes. Para a determinação do tamanho da amostra, utilizou-se a equação de cálculo amostral para variável nominal em população finita, considerando nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e prevalência esperada de pacientes com boa adesão igual a 75%, perfazendo uma amostra total de 71.

Justifica-se o número reduzido de participantes do estudo, se comparado a amostra estimada, em virtude do SAE de Igarassu possuir uma população de, aproximadamente, 76 usuários privados de liberdade em regime fechado, os quais foram excluídos do estudo. Portanto, apesar de possuir um atendimento regional, o serviço ainda é considerado recente e inclui assistência ao Presídio de Igarassu e às Penitenciárias Prof.° Barreto Campelo (PPBC) e Agroindustrial São João (PAISJ), ambas em Itamaracá, o que torna grande parte de sua população de usuários, os privados de liberdade.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2017, antes ou após a consulta médica, sendo realizada por meio de entrevistas individuais, em salas do próprio ambulatório que proporcionavam privacidade para o entrevistado e entrevistador.

As variáveis independentes foram os dados sócio demográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil e vínculo empregatício), comportamentais de saúde (atividade física, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento para o HIV e uso de preservativo) e clínico (situação clínica, internamento em decorrência do HIV, informação sobre a via de contágio do HIV e registro de adesão irregular em prontuário), obtidas a partir da aplicação de um questionário semiestruturado, elaborado pelas autoras.

A variável dependente, descrita pela Adesão, foi investigada por meio do instrumento Cuestionário para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral (CEAT-VIH), desenvolvido na Espanha, autorizado, considerado válido e confiável para medir a adesão ao tratamento da TARV, o qual tem sido usado em diferentes países. O instrumento é composto por 20 questões, avaliado em um escore de 17 a 89 pontos. Assim, a adesão será classificada em: boa adesão (pontuação ≥ 79 pontos) que equivale a uma adesão ≥ 85%; regular adesão, (pontuação entre 53 e 78 pontos), que representa 50% a 84% de adesão; e baixa adesão (pontuação < 53 pontos), significando menos de 50% de adesão à TARV.

Os dados foram catalogados e organizados em planilhas eletrônicas por meio do *software Microsoft Excel* versão 2016, e realizada dupla digitação a fim de comparar e corrigir os valores divergentes. Posteriormente, os dados foram exportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS*)*, versão 18.0, para realização da análise estatística.

Para avaliar o perfil sócio demográfico e clínico dos entrevistados, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência. Para mensurar a adesão, foi calculada a sua prevalência em boa, regular e baixa, classificada conforme CEAT-VIH. Em todas as conclusões, considerou-se o nível de significância de 5%.

Nesse estudo, as pessoas vivendo com HIV que apresentaram percentual de adesão maior ou igual a 85% foram classificadas como adesão adequada, em vez de adesão estrita, e os que apresentaram percentual de adesão menor que 85% foram classificados como adesão inadequada. Essa adaptação foi realizada em outros estudos para viabilizar as análises bivariadas, facilitando a associação e consequentemente, a identificação ou não da significância estatística, e também considerando que a literatura aponta a importância da manutenção da adesão elevada para o sucesso terapêutico[17,18].

O presente estudo foi parte integrante de um projeto maior intitulado: "Associação do uso de álcool e drogas em pessoas vivendo com HIV e adesão aos antirretrovirais", o qual foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE, sob o parecer de número: 2156948. Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com os preceitos das Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

A amostra foi composta por 40 paciente, em sua maioria pelo sexo masculino (57,5 %), com faixa etária de 29 a 39 anos (42,5%), apresentaram o 1°grau incompleto (45,0 %), solteiros (55%), com religião declarada (67,5%) e não estavam trabalhando (57,5%), conforme apontado na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das pessoas vivendo com HIV, segundo dados sócio demográficas. Igarassu, Pernambuco, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	17	42,5
Masculino	23	57,5
Idade		
18 a 28	8	20,0
29 a 39	17	42,5
40 a 60	15	37,5
Grau de instrução		
Nenhum	2	5,0
1°grau completo	1	2,5
1°grau incompleto	18	45,0
2°grau completo	12	30,0
2°grau incompleto	3	7,5
Superior completo	3	7,5
Superior incompleto	1	2,5
Estado civil		
Casado (a) ou mora com companheiro (a)	17	42,5
Solteiro (a)	22	55,0
Viúvo (a)	01	2,5
Religião declarada		
Sim	27	67,5
Não	13	32,5
Está trabalhando		

Sim	17	42,5
Não	23	57,5

Fonte: Elaborado pelos autores.

No que se refere às características comportamentais de saúde, observa-se na tabela 2, que a população do estudo não realiza a atividade física (70,0%), possuem tempo de diagnóstico do HIV de 1 a 5 anos (57,5%), tempo de tratamento de 1 a 5 anos (60,0%), utilizam preservativos nas relações sexuais (47,7%), possuem companheiro com HIV (35,0%) e não fazem uso de drogas (72,5%). Em relação a ter conhecimento sobre como adquiriu o HIV, houve igualdade entre os dados (50%), e dos 50,0 % que afirmaram saber a via de contágio, 97,5 % citaram a via sexual como causa do contágio pela infecção.

Tabela 2. Caracterização das pessoas vivendo com HIV, segundo dados comportamentais de saúde. Igarassu, Pernambuco, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	**N**	**%**
Realiza atividade física		
Sim	12	30,0
Não	28	70,0
Tempo de diagnóstico		
Menor que 1 ano	13	32,5
De 1 a 5 anos	23	57,5
De 5 a 10 anos	02	5,0
Mais de 10 anos	02	5,0
Tempo de tratamento HIV		
Menor que 1 ano	13	32,5
De 1 a 5 anos	24	60,0
De 5 a 10 anos	02	5,0
Mais de 10 anos	01	2,5
Utiliza preservativo		
Sim	19	47,7
Não	06	15,0
Às vezes	07	17,5
Não possui relação sexual	08	20,0
Sabe como adquiriu HIV		
Sim	20	50,0
Não	20	50,0
Companheiro é portador do HIV		
Sim	14	35,0
Não	12	30,0
Não possui companheiro	12	30,0
Não sabe	02	5,0
Usa drogas		
Sim	11	27,5
Não	29	72,5

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na tabela 3, verifica-se que a maioria dos indivíduos que participaram da pesquisa apresentam os seguintes dados clínicos: encontravam-se assintomáticos (90,0%), não tinham permanecido internados devido ao HIV (90,0%), não possuíam registro de doença oportunista (87,5 %), nem registro de adesão irregular (70,0%).

Tabela 3. Caracterização das pessoas vivendo com HIV, segundo dados clínicos. Igarassu, Pernambuco, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	N	%
Situação clínica		
Sintomático	04	10,0
Assintomático	36	90,0
Permaneceu internado pelo HIV		
Sim	04	10,0
Não	36	90,0
Há registro de doença oportunista		
Sim	05	12,5
Não	35	87,5
Há registro de adesão irregular		
Sim	12	30,0
Não	28	70,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Verifica-se na tabela 4, que houve a prevalência da adesão inadequada (62,5%) no que se refere à população avaliada.

Tabela 4. Quantitativo das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo nível de adesão, conforme escores do CEAT-VIH. Igarassu, Pernambuco, Brasil, 2017.

NÍVEL DE ADESÃO	N	%
Adesão adequada	15	37,5
Adesão inadequada	25	62,5

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação aos dados apresentados na tabela 5, observa-se a associação de algumas variáveis à adesão à TARV em PVHIV, não se constatou significância, não podendo assim afirmar que estas podem interferir na adesão de acordo com os resultados obtidos no estudo.

Tabela 5. Distribuição da adesão conforme escores do CEAT-VIH, por dados sócio demográficos, comportamentais e clínicos. Igarassu, Pernambuco, Brasil, 2017.

	ADESÃO				
Variáveis	**Adequado**	**(%)**	**Inadequado**	**(%)**	**p-valor**
Sexo					
Feminino	04	26,6	13	52,0	0.058
Masculino	11	73,3	12	48,0	
Grau de instrução					
Nenhum	00	-	02	8,0	
1°grau completo	00	-	01	4,0	
1°grau incompleto	07	46,6	11	44,0	0.41
2°grau completo	06	40,0	06	24,0	
2°grau incompleto	00	-	03	12,0	
Superior completo	02	13,3	01	4,0	
Superior incompleto	00	-	01	4,0	
Está trabalhando					
Sim	09	60,0	18	72,0	0.216
Não	06	40,0	07	28,0	

Realiza atividade física					
Sim	07	46,6	05	20,0	0.037
Não	08	53,3	20	80,0	
Utiliza preservativo					
Sim	08	53,3	11	44,0	
Não	01	6,6	05	20,0	0.712
Às vezes	03	20,0	04	16,0	
Não possui relação sexual	03	20,0	05	20,0	
Uso de drogas					
Sim	03	20,0	08	32,0	0.205
Não	12	80,0	17	68,0	
Permaneceu internado pelo HIV					
Sim	03	20,0	01	4,0	0.0512
Não	12	80,0	24	96,0	
Há registro de doença oportunista					
Sim	04	26,6	01	4,0	0.0179
Não	11	73,3	24	96,0	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

No presente estudo, o perfil da população avaliada assemelha-se com a caracterização da epidemia de HIV no Brasil, com maior acometimento do sexo masculino, com baixa escolaridade e baixa renda, e sendo a via sexual o principal meio de transmissão[3, 14, 19].

Apesar da prevalência do sexo masculino, observa-se uma tendência de feminização do HIV. No estado de Pernambuco, a razão de sexos referente ao HIV/Aids foi de 1,4 homens: mulheres em 2006, e de 1,8 homens: mulheres em 2015.[2] Relaciona-se o aumento do sexo feminino à heterossexualização, em virtude do início da epidemia ser marcado pelo acometimento da população homo/bissexual[14].

Os dados referidos condizem com um estudo desenvolvido no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza, em 2012, como também, são semelhantes a pesquisa realizada em dois SAE no município de Ribeirão Preto-SP, o que permite verificar a compatibilidade do perfil em diferentes regiões[20,21].

No que concerne à idade, a epidemia no estado de Pernambuco, se concentra nos adultos jovens de 20 a 39 anos[2]. No estudo realizado em Fortaleza, a faixa etária foi compatível com a de Pernambuco, seguida da faixa etária de 40 a 49 anos, equivalente aos dados avaliados. Já na pesquisa realizada no município do interior paulista, predominou o público de 40 a 59 anos, divergindo dos estudos citados anteriormente[20,21].

Os resultados corroboram com diversos estudos realizados em distintas regiões do Brasil, no que se refere à mudança no perfil da epidemia, evidenciado pela pauperização, interiorização e envelhecimento. Atualmente, a epidemia de HIV se concentra num público de baixa renda, quando anteriormente, atingia mais indivíduos de alto nível socioeconômico. Além disso, o aumento da transmissão favoreceu a expansão da área de abrangência, ocasionando a interiorização. Além do perfil de pessoas infectadas ter se modificado, estudos apontam idosos sendo infectados devido a vida sexual ativa com apoio de novas drogas e estilos de vida. O envelhecimento da população infectada também pode estar associado à introdução da TARV, que permitiu uma maior sobrevida, com redução da morbimortalidade das PVHIV[22, 23].

A baixa renda, como também a baixa escolaridade, são considerados fatores que interferem negativamente na adesão ao tratamento[24,25]. Durante a aplicação dos questionários, uma paciente chegou a relatar que muitas vezes deixa de tomar a medicação por não ter com que se alimentar e não ingerir o

medicamento de “estômago vazio”. Evidenciando a dificuldade de manter o tratamento de forma adequada em decorrência de uma vulnerabilidade social.

Outra paciente durante a pesquisa, referiu que seu companheiro também possui o HIV, porém, não aceita o tratamento, nem utiliza preservativo durante as relações sexuais. Um estudo realizado com moradores das cidades de Recife e São Paulo referente ao nível de conhecimento sobre a prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) evidenciou uma baixa quantidade de pessoas que declararam fazer uso do preservativo. E em relação aos vários motivos declarados para o não uso do preservativo, a maior parte das mulheres que negaram o uso, alegam não utilizarem em decorrência da negativa do parceiro, revelando uma submissão das mulheres e baixo poder de negociação, o que as tornam mais vulneráveis às IST/HIV[23].

Apesar da associação entre grau de instrução e adesão não ter apresentado significância, entende-se que quanto maior for a escolaridade, maior será a compreensão de informações referentes ao HIV e aos cuidados de saúde[25,26].

A principal causa de falha da TARV é a má adesão do paciente ao tratamento[10]. A efetividade da TARV depende diretamente da adesão do paciente, e que o mesmo deve consumir pelo menos 85% dos medicamentos prescritos, para que a carga viral seja mantida indetectável[17,18]. O uso de antirretrovirais também representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. Contudo, é importante ressaltar que o uso do preservativo continua sendo recomendado como forma de cuidado adicional para evitar reinfecção pelo HIV e para prevenção de outras IST e hepatites[9].

O exercício do autocuidado exige o protagonismo do indivíduo em tratamento, ou seja, uma responsabilidade ativa, e isso não se limita ao que o profissional de saúde prescreve para o usuário fazer. O usuário precisa conscientizar-se de sua condição de saúde e da importância do tratamento para sua melhoria. É fundamental que os profissionais estejam atentos e colaborem para que o tratamento seja esclarecedor e efetivo[27].

Além disso, é importante salientar que a adoção de hábitos saudáveis está inserida na amplitude do conceito de adesão, com isso, é preocupante observar no estudo um alto percentual de pacientes que informaram não realizar atividade física. A atividade física é indicada para o público em geral, principalmente, para as PVHIV no que se refere à melhoria da capacidade funcional e prevenção de agravos[9].

Foi notório que muitos dos pacientes que tiveram respostas satisfatórias e compatíveis com uma boa adesão, referiram já ter abandonado o tratamento em algum momento, e após, perceberem piora do quadro clínico, retomaram com o mesmo. Um estudo realizado em Salvador mostrou que a manifestação de reações adversas pelo uso da TARV foi um dos principais preditores da não adesão em PVHA nos primeiros seis meses[28].

Uma avaliação do grau de adesão em adultos num Hospital de Referência em Pernambuco constatou o predomínio de boa adesão, com 75,66% dos participantes. Outro estudo, o qual também utilizou o CEAT-VIH apresentou uma boa adesão[29,30]. Entretanto, os resultados do presente estudo são divergentes, já que 62,5 % da população avaliada obteve uma adesão inadequada, apesar de que os dados mostraram que em 70% dos prontuários não há registro de adesão irregular. A partir de então, podemos refletir sobre como os profissionais estão abordando e interpretando a questão da adesão. Além de evidenciar a importância de estudos com instrumentos sensíveis à detecção de inconsistências.

Em uma revisão integrativa de pesquisas de diferentes metodologias referente à adesão, observa-se uma alta taxa de não adesão a TARV na população brasileira, os valores variaram de 18% a 74,3%[31]. Como também no estudo da relação ao nível de adesão em homens vivendo com HIV, obteve-se resultado "insuficiente/regular" para a maioria (63,3%) dos homens em tratamento antirretroviral[32].

A literatura científica brasileira defende que a má adesão à TARV está relacionada ao baixo nível educacional, ao déficit de suporte familiar e social, consumo de bebida alcoólica e drogas ilícitas, efeitos colaterais ao uso dos medicamentos, desconforto do tempo da terapia e a fatores socioeconômicos[16,33]. Obteve-se um achado favorável sobre o uso de drogas, já que uma minoria das PVHIV avaliadas afirmou não fazer uso.

Entende-se que se tratando de uma enfermidade crônica, não se pode mensurar a adesão de forma definitiva, pois a mesma pode variar de acordo com o período do tratamento e o curso da doença. Por isso, fez-se necessário orientações e um estímulo contínuo por parte dos profissionais sobre a corresponsabilidade e importância do TARV[29].

Destaca-se a necessidade de mais estudos sobre a temática na população brasileira, pois uma revisão integrativa sobre adesão à TARV, no Brasil, revela que apesar da distribuição gratuita dos antirretrovirais desde 1996, o primeiro artigo sobre adesão foi somente em 2009[31].

Compreende-se a importância de avaliar a adesão para se obter uma percepção maior acerca das dificuldades enfrentadas na continuidade do tratamento, permitindo aos profissionais de saúde, o reconhecimento dos resultados da TARV, associando estes aos hábitos e características da população, a fim de desenvolver estratégias que visem melhorias significativas para o autocuidado e consequentemente, uma melhor adesão.

Conclusão

O estudo contribuiu para o aprimoramento do conhecimento da adesão à TARV como uma importante ferramenta na redução da transmissão do HIV, e que possibilita uma diminuição na morbimortalidade, a partir da identificação dos níveis de adesão ao tratamento, principalmente em indivíduos que iniciam mais precocemente.

A partir dos resultados obtidos, conclui-se que houve a prevalência de uma adesão inadequada no serviço avaliado. Isso reforça a necessidade de estudos e estratégias que auxiliem na melhoria da adesão ao tratamento, a fim de subsidiar o planejamento de ações que repercutam na mudança do cenário atual.

Diante da preocupação com a assistência especializada à saúde, o estudo visa à conscientização no meio científico sobre a importância da adesão, e da elaboração de medidas pela equipe de saúde afim de incentivar o tratamento, frente aos desafios. Com isso, sugere-se a realização de trabalho socioeducativo por enfermeiros dos serviços de assistência especializada, com o intuito de favorecer a troca de experiências e o aumento do nível de conhecimento sobre o HIV/Aids e a TARV, promovendo um incentivo ao autocuidado, além da prevenção de agravos.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: [recurso eletrônico] – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 773 p.
2. Brasil. Boletim epidemiológico de aids/DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
3. Brasil. Boletim epidemiológico de aids/DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
4. Brasil. Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 dez. 1996. [acesso em 2017 Mai 17]. Disponível em: <https:// www.planalto.gov.br/ ccivil_03/leis/l9313.htm>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.
6. Insight Start Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med. 2015; Aug 27; 373(9):795-807.
7. Cohen MS, Chen YQ, Mccauley M et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy 2011. N Engl J Med. 2011 Aug 11; 365(6):493-505.
8. Lima VD, Reuter A, Harrigan PR et al. Initiation of antiretroviral therapy at high CD4+ cell counts is associated with positive treatment outcomes. AIDS. 2015 Sep 10;29(14):1871-82.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília – 2017, 409 p.
10. Correr J, Otuki M F. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed, 2013.

11. Souza TT. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais [Dissertação]. Curitiba (PR): Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná; 2013.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília, 2016. 52 p.
13. Silva JVF, Nascimento Júnior FJM, Rodrigues, APRA. Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: desafio de saúde pública. Caderno de Grad-Ciên Biol e da Saúde-UNIT/AL, v.2, n.1, p.165-175, 2014.
14. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. Lancet. 2013 Nov 2;382(9903):1525-33.
15. Pimenta ATM, Quintana SM. Mutações de resistência em gestantes infectadas pelo HIV: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde. 2015;8(3):137-145. 138.
16. Santos EI, Silva AL, Santana PPC, Barros CHA, Assis CT, Nogueira PM et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/aids. Rev Rede Cuid Saúde. 2016;10(1):1-15.
17. Bezabhe WM, et al. Aderência antirretroviral e resultados de tratamento entre pacientes etíopes adultos. AIDS Care. 2016 Aug; 28(8):1018-22.
18. Bastard M, Fall MBK, Lanièce I, Taverne B, Desclaux A, Ecochard E, et al. Revisitando a aderência a longo prazo à terapia anti-retroviral altamente ativa no Senegal usando análise de classe latente. J Acquir Immune Defic Syndr. 2011; 57 (1): 55-61.
19. Fiuza MLT, Lopes EM, Alexandre HO, Dantas PB, Galvão MTG, Pinheiro AKB. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. Esc Anna Nery. 2013; 17 (4): 740-748.
20. Foresto JS, Melo ES, Costa CRB, Antonini M, Gir E, Reis RK. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. Rev Gaúcha Enferm. 2017; 38 (1): e63158.
21. Schuelter-Trevisol Fabiana, Paolla Pucci, Justino Ariane Zanetta, Pucci Nicole, Silva Ana Carolina Barreto da. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. Epidemiol Serv Saúde. 2013; 22 (1): 87-94.
22. Silva R, Duarte F, Nelson A, Holanda J. A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual. Rev enferm UFPE on line. 2013; 7(10):6039-8.
23. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. Saúde Soc. São Paulo, v.19, supl. 2, p. 9-20, 2010.
24. Camargo LA, Capitão CG, Filipe EMV. Mental health, family support and treatment adherence: associations in the context of HIV/aids. Psico-USF. 2014;19(2):221-32.
25. Almeida EL, Araujo GBS, Santos VA, Bustorff LACV, Pereira AVL, Dias MD. Adesão dos portadores do hiv/aids ao tratamento: fatores intervenientes. Rev. Min. Enferm. 2011;15(2):208-16.
26. Padoin, Stela Maris de Mello et al. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/Aids. Cogitare Enferm. 2013 Jul/Set; 18(3):446-51.
27. Mendes, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
28. Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva CAL. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(6):1188-1198.
29.Jacques et al. Avaliação da Adesão à Terapia Antirretroviral entre Pacientes em Atendimento Ambulatorial. R bras ci Saúde 18(4):303-308, 2014.
30. Resende RC, Podestá MHMC, Souza WA, Barroso TO, Vilas Boas OMGC, Ferreira EB. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/aids atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Rev UninCor. 2012; 10(2):186-201.

31. Garbin CAS, Gatto RCJ, Garbin AJI. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. Arch Health Invest. 2017; 6(2): 65-70.
32. Moraes DCA, Oliveira RC, Costa SFG. Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral. Esc Anna Nery. 2014; 18 (4): 676-681.
33. Brasileiro ME, Cunha LC. Diagnósticos de enfermagem em pessoas acometidas pela síndrome da imunodeficiência adquirida em terapia antirretroviral. Rev Enferm UERJ. 2011; 19(3): 392-6.

Dificuldades e desafios no controle da tuberculose no sistema prisional brasileiro: revisão integrativa

Isabelle Gualberto Souza
Luís Gustavo Antunes Miranda
Janinne Gualberto Souza

Resumo

Este estudo teve por objetivo identificar as principais dificuldades e desafios encontrados no sistema prisional brasileiro quanto ao controle da tuberculose. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada nas bases de dados *Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)* e *Scientifc Eletronic Library Online (SciELO).* Realizou-se cruzamento dos seguintes descritores: a) Tuberculose; e b) Sistema Prisional Brasileiro. Foram incluídos estudos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados no período de 2012 a 2019, disponíveis na íntegra e gratuitamente. Os 10 artigos selecionados possibilitaram a identificação de 5 dificuldades no controle da tuberculose no sistema carcerário: a) baixas condições de higiene e o problema da superlotação; b) presença de outros problemas de saúde; c) não adesão ao tratamento; d) falta de acesso à saúde em geral; e e) a transmissão intra e extramuros. Constatou-se alta incidência da doença no contexto prisional e a importância da implantação de estratégias de monitoramento eficazes, com vistas à eliminação da doença e melhor qualidade de vida para os presos.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Pessoa Privada de Liberdade; Tuberculose.

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pela *Mycobacterium tuberculosis* e caracteriza-se por tosse persistente (produtiva ou não), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, sendo a forma pulmonar a mais transmissível e frequente. Afeta clinicamente os pulmões, podendo acometer também órgãos extrapulmonares[1]. Em 2019, foram notificados 73.864 novos casos no país, correspondendo a um coeficiente de incidência de 35,0 casos/100 mil habitantes. Apesar da incidência ter apresentado diminuição entre os anos de 2010 e 2016, houve aumento da TB no país nos anos de 2017 e 2018, com maior acometimento em pessoas do sexo masculino e em adultos jovens[2].

No Brasil, verifica-se uma alta prevalência e incidência da tuberculose na população intramuros. Esse grupo é muito vulnerável à ocorrência da doença, visto que muitos detentos estão expostos à vários fatores de risco, como desnutrição, higiene escassa e condições de vida e saúde inadequadas[3,4]. Mundialmente, o Brasil detém a quarta maior população carcerária e apresenta uma incidência de TB cerca de 28 vezes maior quando comparada à população extramuros[5]. Dessa forma, a população prisional representa 0,2% da população do país, no entanto, mais de 5% dos casos de TB notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) são referentes a esse grupo[6].

O crescimento da TB no sistema prisional se dá, principalmente, entre indivíduos do sexo masculino, com pouca escolaridade, vindos de comunidades desfavorecidas, usuários de drogas ilícitas e com uma maior prevalência de infecções por HIV. A transmissão da doença está associada a condições de vida da população, atingindo, principalmente, locais com alta densidade demográfica, infraestruturas de saneamento e moradia precárias, insegurança alimentar, abuso de drogas e dificuldade de acesso à saúde[7]. Assim, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, as condições de celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação e a falta de informações sobre a doença constituem alguns dos fatores que corroboram para o maior acometimento da TB nos encarcerados[6].

O diagnóstico bacteriológico da tuberculose pulmonar é feito na busca de sintomáticos respiratórias (SR), sendo que, tosse presente por mais de 2 semanas já classifica o detento como SR. Além disso, exames laboratoriais de pesquisa bacteriológica, como baciloscopia direita, cultura para micobactérias, teste de sensibilidade e teste rápido molecular também são utilizados[8]. No tratamento é fundamental desde o primeiro contato que o profissional tenha uma abordagem humanizada de forma a orientar o detento quanto às características clínicas e informações referentes aos medicamentos, uso correto, eventos adversos, controle

de contatos e duração do tratamento. A terapêutica visa a atividade bactericida precoce e prevenção da emergência de bacilos resistentes, com redução da possibilidade de recidiva da doença[9].

Nessa perspectiva, a população prisional é considerada mais vulnerável para a TB e vêm sendo priorizada nas políticas e programas de controle da doença, já que está submetida a condições nem sempre são mínimas para sua sobrevivência[10]. Desse modo, no intuito de ampliar o acesso à saúde e tornar as unidades básicas em referências na rede de atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS) apresentou, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) de modo a aumentar ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o objetivo do programa era garantir que o cuidado integral pela Atenção Primária fosse porta de entrada do sistema, e que ações e serviços de saúde fossem desenvolvidos com vistas à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional[11].

Todavia, embora o direito à saúde garantido na Constituição se estenda à população privada de liberdade e o PNAISP seja vigente em todo o país, o que se observa é uma alta prevalência da doença nesse grupo. Uma análise feita pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose verificou que, embora entre 1990 e 2015 houve diminuição da tuberculose no sistema prisional brasileiro, a incidência da doença na população carcerária é maior que na população geral[12]. Assim, há necessidade de se conhecer a efetividade e as dificuldades encontradas no controle da tuberculose no sistema carcerário do país.

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi identificar os principais desafios encontrados no sistema prisional brasileiro quanto ao controle da tuberculose.

Métodos

Este estudo tratou-se de uma revisão integrativa de literatura sobre o controle da tuberculose no sistema prisional brasileiro. A revisão integrativa de literatura caracteriza-se por uma abordagem metodológica eficaz, que possibilita a síntese de conhecimento, sendo uma ferramenta importante na área da saúde, visto que permite direcionar a prática fundamentando-se em conhecimento científico[13].

Os artigos foram selecionados nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Em um primeiro momento, usou-se os seguintes descritores: Tuberculose e Sistema Prisional. Em um segundo momento, manteve-se o descritor do eixo temático e realizou-se cruzamento deste com o outro descritor estabelecendo-se a seguinte estratégia de busca: tuberculose AND Sistema Prisional. Utilizou-se somente descritores em português, considerando que o objetivo do estudo enfatiza a tuberculose no sistema prisional brasileiro.

Os critérios de inclusão adotados foram: a) estudos em português, inglês e espanhol; b) publicações no período de 2012 a 2019; c) estudos que tratavam do controle da tuberculose no sistema prisional brasileiro; d) artigos disponíveis de forma integral e de acesso livre. Já os critérios de inclusão foram estudos que não contemplassem a temática do estudo. Na coleta de dados, organizou-se os artigos de acordo com título, periódico e ano de publicação. Na avaliação inicial, leu-se os títulos e dos resumos. Os estudos selecionados foram lidos na íntegra.

Resultados

Por meio do acesso às bases de dados indicadas, do uso da estratégia de busca e da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra inicial totalizou 47 artigos. Após a leitura dos títulos, as publicações que estavam indexadas em mais de uma base e/ou não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídas. Assim, a amostral final totalizou 10 artigos.

Os artigos incluídos são apresentados na **Tabela 1**. Destaca-se o ano de 2015 (3 artigos publicados), seguido por 2017 e 2016 (2 artigos cada). Nos demais anos, registrou-se apenas 1 publicação. Ressalta-se a importância do incentivo por parte das entidades de pesquisa em saúde para obter um levantamento mais atual e preciso da situação nacional de tuberculose no sistema prisional.

Tabela 1. Relações dos artigos incluídos no estudo.

Título	Revista	Ano
Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado	*Contexto Enferm*	2012
Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço de saúde pública	*Rev Bras Epidemiol*	2013
Constrangimentos ao controlo da tuberculose no sistema prisional	*Revista portuguesa de saúde pública*	2015
Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil	*Cad. Saúde Pública*	2015
Implementation contexts of a Tuberculosis Control Program in Brazil prisions	*Rev Saúde Pública*	2015
Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil	*Ciência & Saúde Coletiva*	2016
A incidência de tuberculose nos presídios brasileiros: revisão sistemática	*Rev.Aten. Saúde*	2016
La tuberculosis en el cárcel: un retrato de las adversidades del sistema prisional brasileño	*Medicina Legal de Costa Rica*	2017
Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013	*Epidemiol. Serv. Saude*	2017
Prevalência de tuberculose na população privada de liberdade: revisão sistemática e metanálise	*Rev Panam Salud Publica*	2019

Fonte: Elaborado pelo autor.

Discussão

Os artigos incluídos neste estudo sugerem a existência de dificuldades no acesso à saúde pela população carcerária, principalmente quanto o acesso ao tratamento da tuberculose, além de outras doenças prevalentes nesse ambiente, como o HIV[14]. Dessa forma, a tuberculose continua sendo um grande problema para a saúde pública do país, apresentando alta incidência e, quando não tratada corretamente, alta mortalidade[12].

Este estudo direcionou seus resultados às principais dificuldades encontradas na prevenção, cuidado e tratamento da tuberculose dentro do contexto prisional, já que, apesar da existência de um programa voltado para o problema, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, a doença na população carcerária ainda é maior que na população geral[12]. Assim, evidencia-se a necessidade de adotar medidas mais eficazes para o controle da tuberculose na população intramuros. A literatura consultada apresentou os principais desafios encontrados no pleno exercício da saúde no sistema carcerário no contexto da tuberculose que podem ser

organizados nas seguintes categorias: a) baixas condições de higiene e o problema da superlotação; b) presença de outros problemas de saúde; c) não adesão ao tratamento; d) falta de acesso à saúde em geral; e e) a transmissão intra e extramuros.

A discussão apresentada a seguir destaca as principais dificuldades no controle da tuberculose nas cadeias e presídios nacionais identificados nos artigos submetidos à revisão sistemática.

A principal implicação, quanto as condições de higiene e saúde do sistema prisional brasileiro, envolveu o maior risco de exposição e transmissão da doença. As condições de saneamento básico e das instalações sanitárias nas prisões são comumente ineficientes, insuficientes e carecem de manutenções, que não ocorrem, gerando uma condição de saúde "pobre" nas celas, com frequente falta no acesso de água e inexistência de medidas de higiene, como limpeza diária, coleta de lixo entre outros[15].

O aumento crescente das taxas de ocupação no sistema carcerário corrobora para uma questão alarmante para o adoecimento da população intramuros, a superpopulação. Assim, a superlotação das celas favorece ao aumento de risco da infecção, visto que a transmissão da doença ocorre de forma respiratória. Assim, a ventilação ineficiente somada a maior densidade de pessoas dentro da sala contribui para a cadeia de transmissão da tuberculose[12,14].

São muitos os fatores de risco que influenciam na propagação da doença intramuros. A imunossupressão, por exemplo, representa fator de risco importante vide alta prevalência da coinfecção tuberculose-HIV nos presídios. Outros comportamentos de risco também favorecem no impacto da TB nos detentos, como tabagismo, consumo excessivo de álcool e uso de drogas ilícitas. Ainda, mesmo antes da prisão, muitos detentos são expostos a fatores de risco para a doença, como condições de vida inadequada, favorecendo o ambiente ideal para a proliferação da tuberculose[14,16].

Para o controle e cura da tuberculose é necessário que o tratamento seja realizado de forma adequada, mas a condição prisional apresenta muitas dificuldades e desafios no tratamento da TB. Existe ainda uma carência de profissionais de saúde, como médicos, psicólogos, dentistas e técnicos de enfermagem que, associada a precariedade institucional, repercute negativamente sobre a condição física e mental dos presos[17].

Nesse sentido, para assegurar o tratamento adequado da TB é fundamental a cooperação entre o corpo médico das prisões e os programas na saúde pública, de forma a superar dificuldades organizacionais, logísticas e políticas para que seja factível a aplicação de estratégias, gerando um controle efetivo da doença e uma melhor qualidade de vida para os detentos[6,18].

Em relação à não adesão ao tratamento, evidenciou-se que este fator impacta diretamente no aumento da incidência e mortalidade pela doença no contexto em questão. A não adesão medicamentosa está associada ao acompanhamento inadequado, erro na prescrição de medicamentos e dificuldade aos serviços de saúde[7].

A naturalização da desassistência ao sujeito preso, associado ao presídio como um espaço de sofrimentos, além da privação do direito à saúde para detentos em decorrência de sua posição nas relações assimétricas de poder e efeitos ideológicos, gera um quadro cada vez mais complexo e oneroso no tratamento da TB[19]. O período mínimo para o tratamento da TB é 6 meses, mas com 15 dias o paciente já começa sentir melhoras dos sintomas. Nesse sentido, com a melhora de seu quadro clínico, abandona o tratamento, corroborando para o reaparecimento da doença e para o retorno do paciente ao estágio de infectante[12].

A privação do direito à saúde para detentos decorre de sua posição nas relações de poder e por efeitos ideológicos, gerando uma realidade cada vez mais complexa e onerosa no que diz respeito ao tratamento da TB. Dessa forma, a busca de sintomáticos respiratórios, com vistas à vigilância, possibilitando o diagnóstico precoce da TB, reflete na uma melhoria da qualidade da assistência de saúde nos presídios que, somada à articulação com outros serviços da rede de saúde, ajudam no melhor prognóstico dos doentes[19].

Ainda, a alta incidência da tuberculose no sistema prisional implica também em problemas de saúde para a população extramuros. Nesse sentido, o movimento de indivíduos entre o sistema prisional e a comunidade não limita o impacto da tuberculose apenas nos presídios, ou seja, familiares e funcionários das prisões também são acometidos[6]. As visitas domiciliares, regime semiabertos, fugas e retorno à liberdade após cumprimento da pena propicia o contato do doente com muitas pessoas, aumentando a cadeia de transmissão. Assim, essa condição representa um grande problema de saúde pública também para a população em

liberdade, visto que uma epidemia de TB pode afetar tanto a comunidade prisional, quanto a comunidade em geral[20].

Conclusão

Foi possível verificar que, embora existam programas voltados para o controle da tuberculose no contexto do sistema carcerário brasileiro, a incidência da doença na população intramuros ainda é significativamente alta. Além disso, o ambiente prisional é composto de inúmeros fatores de risco para a ocorrência da doença, favorecendo a cadeia de transmissão e tornando esse grupo vulnerável à afecção. Diante desse cenário, é fundamental a criação de novos programas e ações que sejam de fato efetivos, visto que os vigentes não conseguem resolver o problema da TB no sistema prisional de forma satisfatória. Desse modo, será possível manejar a saúde das pessoas privadas de liberdade de forma humanizada, garantindo acesso à saúde de qualidade para estes.

Ademais, verificou-se como limitação deste estudo a escassez de pesquisas que analisassem o perfil epidemiológico atual da tuberculose no sistema carcerário do país. Nesse sentido, faz-se importante a realização de novos estudos para avaliação do real panorama da tuberculose nos sistemas prisionais em todo território nacional. Assim, será possível identificar as dificuldades e particularidades de cada local, desenvolvendo ações voltadas para cada público, de forma à fornecer dados que subsidiem a criação de novas metodologias e implementação de programas eficazes.

Referências

1. Pelissari DM. Impacto do encarceramento na incidência da tuberculose [Doutorado em Epidemiologia]. [São Paulo]: Faculdade de Saúde Pública, 2019. 221f.
2. BRASIL. Boletim epidemiológico: Tuberculose 2020 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 25 março 2020; Available from: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-turbeculose-2020.
3. Oliveira HB, Cardoso JC. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;15(3):194-199.
4. Alves RS. O discurso de pessoas privadas de liberdade com a tuberculose à luz da história oral de vida [Pós-Graduação em Enfermagem]. [João Pessoa]: Universidade Federal da Paraíba, 2012. 93f.
5. Allgayer MF, Ely KZ, Freitas GH, Valim ARM, Gonzales RIC, Frantz SBF et al. Tuberculose: vigilância e assistência à saúde em prisões. Rev Bras Enferm. Brasília. 2019; 72(5):1370-1377.
6. Reis AJR, Bavaresco ACW, Busatto C, Franke B, Hermes V, Valim ARM et al. Tuberculose: características e prevalência na população privada de liberdade de sistemas de saúde prisional do Rio Grande do Sul – Brasil. Revista Jovens Pesquisadores. 2014;4(3):18-27.
7. Macedo LR, Maciel ELN, STruchiner CJ. Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2017; 26(4):783-794.
8. Ely KZ, Dotta RM, Jarczewski CA, Valim ARM, Possuelo LG. Diagnóstico bacteriológico de tuberculose na população privada de liberdade: ações desenvolvidas pelas equipes de atenção básica prisional. J Bras Pneumol. 2020;46(2):1-2.
9. BRASIL. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Available from: https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/06/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf.
10. Vitti Junior W. O controle da Tuberculose nos Presídios: Atuação das Equipes de Saúde na Região (DRS VI) de Bauru/SP [Pós-Graduação em Saúde Coletiva]. [São Paulo]: Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2013. 123f
11. Fabrini VCN, Carvalho BG, Medonça FF, Guariente MHD. Cuidado a pessoas com tuberculose privadas de liberdade e a educação permanente em saúde. Trab. Educ. Saúde. 2018;16(3):1.057-1.077.
12. Winter BCA, Garrido RG. La tuberculosis en el cárcel: un retrato de las adversidades del sistema prisional brasileño. Medicina Legal de Costa Rica. 2017;34(2):1-12.
13. De Souza MT, Da Silva MD, De Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010;8(1):102-6.

14. Machado JC, Boldori JDM, Dalmolin MD, De souza WC, Bazzanella SL, Birkner WMK et al. A incidência de tuberculose nos presídios brasileiros: revisão sistemática. Rev.Aten. Saúde. 2016;14(47):84-88.
15. Ferreira PG, Ferreira AJ, Cravo-Rocho P. Constrangimentos ao controlo a tuberculose no sistema prisional. Revista portuguesa de saúde pública. 2015;33(1):71-83.
16. Moreira TR, Lemos AC, Colodette RM, Gomes AP, Batista RS. Prevalência de tuberculose na população privada de liberdade: revisão sistemática e metanálise. Revista Panam Salud Publica. 2019;43(16):1-9.
17. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(7):2031-2040.
18. De Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. Implementation contexts of a Tuberculosis Control Program in Brazil prisons. Rev Saúde Pública. 2015;49(66):1-9.
19. De Souza KMJ, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, Palha PF. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. Contexto Enferm. 2012;21(1):17-25.
20. Ferreira Junior S, Oliveira HB, Marin-Léon L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. Rev Bras Epidemiol. 2013;16(1):100-113.

A complexa vulnerabilidade da população em situação de rua: manejo clínico multidisciplinar e estratégias de saúde

Larissa Rezende Lima Pereira
Maria Carolina Rodrigues Lopes
Mayra Loures de Oliveira
Mariana Anselmo Cardoso
Lorena Rezende Lima Azevedo

Resumo

É definido como pessoa em situação de rua (PSR) aqueles que não possuem moradia fixa, ocupando áreas públicas como espaço para convivência e moradia temporária. Mesmo com a existência de políticas públicas voltadas à essa população, a vulnerabilidade social e econômica, somada à hostilidade e ao preconceito sofrido pelos mesmos e à falta de dados fidedignos referentes a estes, as PSR enfrentam grandes dificuldades para usufruir de seus direitos que são garantidos pela Constituição Federal, ficando à mercê da própria sorte. Entende-se por saúde a manutenção do bem-estar físico, social e mental de uma população. No que se refere à população em situação de rua (PopSR), a mesma enfrenta diversos desafios para esse fim, pois estes são vítimas do despreparo das equipes de saúde e do descaso dos órgãos competentes. Existem programas voltados para o atendimento, como o Consultório de Rua, a ESF, o RAPS e o NASF, porém eles não conseguem suprir todas as necessidades dessa população. Desta forma, conclui-se que a falta de estudos e investimentos sobre a PopSR aumenta a vulnerabilidade destes, mantendo uma situação precária e que desrespeita estes cidadãos.

Palavras-chave: Estratégias Governamentais; Equipe Multidisciplinar; Saúde das pessoas em situação de rua; Discriminação; Vulnerabilidade.

Introdução

Caracteriza-se como pessoas em situação de rua (PSR) uma parcela heterogênea da população que dispõem da ausência de moradia convencional regular, ocupando áreas públicas como espaço para convivência e para moradia temporária[1,2]. A maior parte da população de rua vive em circunstância de extrema pobreza, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, que para sobrevivência exercem atividades informais como medida eletiva[3,4,5].

Infelizmente, existe uma visão preconceituosa sobre as PSR carregada de estigmas históricos, que escondem a verdadeira realidade de vida e de saúde dessa parcela da população. Há muitos anos, eram caracterizados como indivíduos vagabundos e indigentes, ao longo do tempo, foram ocorrendo algumas modificações nesse conceito, mas ainda sofrem, devido ao preconceito, por serem denominadas nos dias de hoje como indivíduos drogados, prostitutos e até mesmo, bandidos[6].

No ano de 2009, com o objetivo de integralizar e universalizar o atendimento em saúde para a população em situação de rua (PopSR), o Governo Federal criou a Política Nacional para a População em Situação de Rua, a qual confere um simplificado, seguro e amplo acesso aos atendimentos e projetos que compõem as políticas públicas, inclusive à saúde. Já em 2013, foi criado o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde para População em Situação de Rua, para orientar as ações de promoção do bem estar, sendo este baseado em cinco eixos: inclusão da PopSR no escopo das redes de atenção; promoção e vigilância; educação permanente; fortalecimento da participação, do controle social, do monitoramento e da avaliação de ações para a PopSR, sendo todos os eixos centrados em uma abordagem da saúde dessas pessoas[7].

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2016, a PopSR no Brasil é estimada em 100 mil pessoas. No entanto, de acordo com o documento do mesmo instituto, este dado pode não condizer com a realidade, devido à falta de dados nacionais referentes à essa população. Não existem estudos específicos sobre esses indivíduos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE), sendo que os dados apresentados advêm de um compilado de levantamentos municipais, os quais não são realizados em todos os casos. Desta forma, a falta de dados fidedignos em relação à PopSR torna o seu atendimento em saúde complexo e, muitas vezes, ineficaz[8].

É válido ressaltar, ainda, que habitar em ambientes públicos aumenta a exposição desse grupo de pessoas a inúmeras condições de risco, como: doenças, violências, discriminação, abuso, estresse, hostilidade, invisibilidade social, escasso acesso a alimentação e água potável, ineficácia das políticas públicas, ausência de sono, complicada adesão ao tratamento multidisciplinar e as precárias condições de higiene pessoal e coletiva[7,9]. Essas circunstâncias elevam a condição de vulnerabilidade e propiciam a disseminação de doenças nas PSR[10].

Baseado nesse contexto, é notório a importância das equipes multidisciplinares que atuem nos vários âmbitos de saúde dos indivíduos de maneira singular e coletiva, formando assim uma rede de apoio coerente e diversificada em artifícios de uma atenção integral[11]. Essas atividades multidisciplinares, auxiliam na criação de um vínculo entre o profissional e o indivíduo assistido, facilitando no processo saúde-doença[12].

O presente trabalho tem como objetivo abordar acerca da importância do manejo clínico multidisciplinar e das estratégias de saúde frente aos desafios dos atendimentos precários das PSR, com o intuito de proporcionar o aumento da visibilidade desse grupo marginalizado, na tentativa de garantir uma saúde integral a essas pessoas, além de relatar algumas conquistas que auxiliam na mudança do cenário atual.

Métodos

Trata-se de uma revisão da literatura, que expõe a situação desafiadora da saúde para as PSR, ressaltando a importância do manejo clínico multidisciplinar e as estratégias governamentais para uma saúde integral e igualitária. Foram utilizados os bancos de dados eletrônicos SCIELO, PUBMED, LILACS, BVS, PKP, AGUIA PBI e PERIÓDICOS UFSC, a partir dos descritores: “Pessoas em Situação de Rua, Saúde Pública, Sistema Único de Saúde, Qualidade de Vida, Equipe de Assistência ao Paciente”, no recorte temporal entre os anos 2014 e 2020. Contou-se ainda, com a Portaria nº 122 de 2011 e com a Política Nacional de Atenção Básica de 2012. Para complementação pontual de algumas informações relevantes à temática do artigo, foram buscados outros estudos complementares nos mesmos bancos de dados já descritos.

Resultados e discussão

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 refere ser a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assegurando esse benefício por intermédio de políticas sociais e econômicas para minimizar os prejuízos e os agravos à saúde, permitir a universalidade e a igualdade dos atendimentos para promoção, proteção e recuperação. A fim de reforçar, como direito de todos, uma saúde pública eficaz e integral, em 1990 foi criada a Lei Orgânica, nº 8.080 do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, no contexto das PSR, os princípios estabelecidos por essa lei não vêm sendo executados corretamente[6, 13].

Essa não execução dos princípios se torna evidente visto que a equipe multidisciplinar, muitas das vezes, estabelecem limitações e obstáculos no atendimento integral das PSR, desde o requerimento de documentações para cadastro até preconceitos por seu aspecto físico, social e econômico. Isso pode ocasionar, assim, sua exclusão ao cuidado à saúde, já que as mesmas não se reconhecem como cidadãos com garantia de direito ao alcance da saúde ou até mesmo são privados da consciência desse dever do Estado[14]. Desse modo, o contexto atual interfere diretamente na qualidade de vida e na situação da saúde dos moradores de rua, como é garantido pelo direito universal[15].

A definição de saúde sofreu diversas mudanças, pois, antigamente, era considerado como garantia de saúde as ações medicamentosas, curativas e ausência de doença. Em contrapartida, o significado atual enfatiza a importância do bem estar físico, mental e social, abrangendo dimensões coletivas e subjetivas, além de considerar os aspectos biológicos[3, 15].

As PSR se encontram em uma situação de extrema vulnerabilidade, estando mais suscetíveis a alguns acometimentos de saúde, como infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, infestações, problemas nos pés, impactos na saúde bucal, gestação de alto risco, doenças crônicas, uso indiscriminado de álcool e

outras drogas[16, 17]. Ainda, podem estar sujeitos a abusos, estresse, discriminação, isolamento social, insônia e dificuldade no acesso de alimentos e de água tratada[7, 9].

A compreensão dos acometimentos dessa população interfere diretamente no processo saúde-doença, visto que, se torna possível inferir a necessidade de uma atenção multidisciplinar, com profissionais capacitados que apresentem uma preparação técnica adequada para tratá-los de forma integral[4]. Para que o atendimento supra as necessidades biopsicossociais da PopSR, é imprescindível a atuação não só de enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, mas também de psicólogos, assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e educadores físicos[18].

A equipe multidisciplinar deve atuar de maneira singular e específica, de acordo com o contexto social vivido por esses indivíduos. É da competência do enfermeiro realizar consultas e procedimentos de enfermagem, requisitar exames complementares, encaminhar os pacientes para um atendimento mais especializado quando necessário, e, juntamente, com o auxiliar/técnico de enfermagem e com o agente comunitário de saúde, administrar atividades em grupo respeitando as demandas espontâneas e, ainda, auxiliar na realização de práticas de conscientização. O médico é responsável por desempenhar consultas, mini cirurgias, atividades em grupos e programadas, deve, ainda, encaminhar para outros pontos de atenção com o objetivo de garantir um atendimento mais amplo e especializado, mas sempre acompanhando o plano terapêutico[19].

Cabe ao agente comunitário de saúde orientar e conscientizar a PopSR acerca dos seus direitos de utilização dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, além de observar os riscos e vulnerabilidades dos moradores de rua que habitam na sua microárea, desenvolver medidas de integração e aproximação entre os profissionais e a população adscrita. Ademais, devem promover campanhas de prevenção, promoção e vigilância à saúde.

O cirurgião-dentista desempenha o papel de diagnosticar e tratar patologias referentes a saúde bucal, realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos e ainda, juntamente com o técnico e com o auxiliar em Saúde Bucal, precisa aplicar ações coletivas ou individuais voltadas para promoção e prevenção de agravos à saúde bucal[19].

O assistente social viabiliza atividades que garantem a defesa, a proteção e a atenção das PSR, valorizando os modos de vida e a cultura dos mesmos. Necessitam também, realizar atividades de conscientização, com o intuito de reduzir os danos do abuso e dependência de álcool e drogas, promover ações educativas e culturais, amparar no cuidado e na proteção à saúde e facilitar o processo de encaminhamento para as especialidades do SUS[18,19].

É atribuído ao psicólogo atender as demandas do cuidado da saúde mental com ênfase em aplicações clínicas singulares, baseado em uma circunstância dinâmica a qual requer uma contínua flexibilidade e assistência criativa. Os serviços principalmente relacionados à saúde mental, devem possuir uma atenção humanizada que não utilize uma abordagem pedagógico-moralista e uma figura higienista[20].

Quanto a responsabilidade do educador físico, é imprescindível que o profissional elabore planos e projetos com treinamentos especializados e práticas em grupo. A atividade física visa a prevenção e/ou terapêutica de diversas doenças, como também a reinserção social em meio à comunidade, possibilitando a formação de laços e vínculos afetivos, a fim de melhorar a qualidade de vida das PSR beneficiando a saúde mental e física[21, 22, 23].

O cenário exposto traz a abordagem ampla do papel da equipe multidisciplinar no contexto geral da saúde das PSR, mostrando a necessidade de uma rede estruturada e planejada composta por grupos de urgência, alguns mecanismos sociais, cuidados psicossociais e equipes de saúde da família e comunidade. Dessa forma, essa rede possui como objetivo proporcionar e facilitar o acesso e o vínculo com experiências terapêuticas, acolhimento familiar, investindo na individualidade e nas particularidades subjetivas dos cidadãos. É importante ressaltar que todos os profissionais do SUS, principalmente da atenção básica, são responsáveis pelo cuidado à saúde das PSR[24].

Nesse contexto, é válido ressaltar a importância de programas específicos que visem melhorar as condições de bem-estar geral desses indivíduos, além de minimizar os danos causados devido às suas realidades. No que diz respeito às estratégias de saúde que atuam desenvolvendo esse conjunto de atividades

multidisciplinares, destaca-se as equipes do Consultório de Rua (eCnaR), estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica no ano de 2011[16,18]. A tática abordada desempenha o papel de proporcionar atendimento integral e humanizado no próprio local de ocupação das PSR, com um acolhimento mais constante e preventivo do que emergencial[4, 10, 25].

Outra estratégia adotada pelo Governo Federal no ramo da política pública de saúde, é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida por profissionais preparados e estruturados que almejam um cuidado integral da população que vive em extrema vulnerabilidade, principalmente, as pessoas que possuem transtornos mentais e/ou problemas com drogas lícitas ou ilícitas[4].

É importante evidenciar, ainda, que a atenção da saúde das PSR pode abranger os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) da região de concentração dessa população, atuando de maneira multidisciplinar no domínio do SUS[23]. Esse núcleo apresenta a função de garantir uma atuação intersetorial incorporada a Equipe de Saúde da Família (ESF), promovendo conexão entre diversos pontos da rede de atenção à saúde de maneira humanizada, possibilitando a manutenção completa do cuidado biopsicossocial[26, 27].

Apesar de existir estratégias que atuam ou poderiam estar atuando no cuidado das PSR, ainda existem muitos desafios a serem combatidos para que se alcance uma saúde ampla e eficaz. A acessibilidade a esse direito dos indivíduos marginalizados citados fica comprometida, muitas vezes, devido ao preconceito, ao desrespeito e/ou inabilidade dos profissionais que atuam com esse público. Para os moradores de rua, existem dificuldades nos atendimentos dos serviços fornecidos pelo SUS, uma vez que os próprios profissionais de saúde levam ao aumento do período de espera, exigência de endereço fixo e um tratamento discriminativo, diminuindo a procura e a adesão ao tratamento[1, 17, 25].

Para o cuidado da saúde das PSR, se faz necessário um vínculo interpessoal com o propósito de acolhimento, de diálogo e de escuta, além de considerar a singularidade e a diversidade de cada um, preconizando a compreensão das experiências, dos saberes e das culturas das mesmas[28]. A falta de diálogo e de disseminação de informações impede a compreensão do conceito de saúde, que é bem mais ampla do que apenas a ausência de doença, e isso favorece o aumento dos atendimentos emergenciais, uma vez que a prevenção e a promoção da saúde se torna prejudicada[1, 10, 25].

É notório que as PSR, possuem um escasso acesso à atenção primária, pertinente ao insuficiente conhecimento acerca de seus direitos garantidos pela Constituição Federal relacionados à saúde e, muitas vezes, não sabem onde procurar atendimentos[17]. Além disso, a dificuldade de aproximação entre as PSR e as unidades básicas de saúde também constituem um obstáculo para o cadastramento dessas pessoas e, consequentemente, levam a sua invisibilidade na atenção à saúde[10]. Do mesmo modo, a falta da capacitação de todos os profissionais do SUS para atender os moradores de rua, considerando todas as suas necessidades e particularidades, evidencia-se como outro desafio[25].

Conclusão

A existência de políticas públicas direcionadas para a PopSR foram conquistas adquiridas ao longo dos anos, porém, o fato de algumas não apresentarem uma aplicabilidade visível e persistente ao meio social, torna ineficiente os princípios regidos por essas políticas. Um dos fatores relevantes que contribuem com esse cenário é a falta de propagação da informação as PSR sobre os seus direitos de acesso ao SUS, bem como, a definição do conceito de saúde, como bem estar biopsicossocial.

Ainda que exista estratégias para um amplo atendimento, o acesso à saúde é dificultado em razão de atitudes, muitas vezes, preconceituosas, que desestabilizam a relação e o vínculo entre a PopSR e as unidades de serviço de saúde. A discriminação existente pode ocasionar episódios de exclusão que provocam atrasos e prorrogações da busca por atendimentos, levando a agravos no contexto físico e social do paciente.

Devido às diversas situações de vulnerabilidade desse grupo, pode-se concluir a importância de uma atenção multiprofissional para que se possa garantir uma saúde integral. Além disso, é de suma importância a capacitação não só de todos os profissionais inseridos nessa rede de apoio, como também de todos os funcionários do SUS, principalmente os da atenção básica, a fim de melhorar o atendimento clínico e de propiciar uma atenção humanizada para esses cidadãos fragilizados.

Foi possível observar uma carência em estudos que retratassem a função dos membros da equipe multidisciplinar na atuação com as PSR, além de pesquisas quantitativas e qualitativas que demonstram se os profissionais da atenção básica possuem conhecimento do seu dever no atendimento primário dessa população. Ademais, é preciso que os gestores da saúde conheçam e executem as estratégias governamentais já existentes. Portanto, faz-se necessário mais investimentos em estudos nessas áreas, para que a visibilidade e o atendimento integral à saúde da PopSR sejam garantidos.

Referências

1. Nascimento JP, Santos CT, Vieira SNS, Nery TC, Cruz GS, Santos MF et al. Direito à saúde à população em situação de rua. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e239841
2. Hungaro AA, Gavioli A, Christóphoro R, Marangoni SR, Altrão RF, Rodrigues AL et al. População em situação de rua: caracterização e contextualização por pesquisa censitária. Rev. Bras. Enferm. Vol.73 nº 5. Brasília, 2020. Epub 01 de julho de 2020
3. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. Saúde Pública vol.31 nº 7. Rio de Janeiro, julho de 2015.
4. Mota FO, Fonseca RMAM, Santos JE, Gallassi AD. Aspectos do cuidado integral para pessoas em situação de rua acompanhadas por serviço de saúde e de assistência social: um olhar para e pela terapia ocupacional. Cad. Bras. Ter. Ocup. vol.27, nº4. São Carlos, Oct./Dec. 2019
5. Gomes DF, Elias FTS. Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental. Com. Ciências Saúde. 2016; 27(2):151-158
6. Tibúrcio DRR, Bessa SMA. O olhar do agente de saúde ambiental sobre as pessoas em situação de rua no território da Capela do Socorro. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de Educação em Saúde e Gestão do Conhecimento, Escola Municipal de Saúde. São Paulo, 2016.
7. Ministério da Saúde [página na internet]. Localiza SUS: Em situação de rua. [acesso em 29 de julho de 2020]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/
8. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Instituto de Política Econômica Aplicada, Governo Federal. Brasília, outubro de 2016.
9. Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CRB, Silva CSSL. O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. Rev. Bras. Enferm. vol.72 nº 1. Brasília Jan./Feb. 2019
10. Schervinski AC, Merry CG, Evangelista IC, Pachedo VC. Atenção à saúde da população em situação de rua. R. Eletr. de Extensão, ISSN 1807-0221 Florianópolis, v. 14, n. 26, p. 55-64, 2017.
11. Zandomingo MNP, Oliveira JF, Silva DO, Porcino C, Suto CSS, Oliveira DS. Pobreza, hambre e abandono: representações do grupo de enfermaria sobre pessoas no hogar. Rev. Bras. Enferm. vol.73, supl.1. Brasília, 2020.
12. Silva ICN, Santos MVS, Campos LCM, Silva DO, Porcino CA, Oliveira JF. Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. Rev. esc. enferm. USP, vol.52. São Paulo, 2018.
13. Medeiros CRS, Cavalcante P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.3, p.754-768, 2018
14. Teixeira MB, Belmonte P, Engstrom EM, Lacerda A. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. Saúde debate, vol.43 nº.spe7. Rio de Janeiro, 2019.
15. Tilio R, Oliveira J. Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 21, nº 1 p. 101 - 113, jan./mar. 2016
16. Vale AR, Vecchia MD. "UPA é aqui aqui mesmo": as redes de apoio social nenhum cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. Saúde Soc. São Paulo, v.28, n.1, p. 222-234, 2019
17. Chaves Júnior PR, Aguiar RS. Compreensão e entendimento de saúde vivenciado por pessoas em situação de rua. Revista Nursing, 2020; 23 (263): 3688 - 3692.

18. Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf
20. Rocha FC, Oliveira PRS. Psicologia na rua: delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua. Pesquisas e Práticas Psicossociais, 15(1). São João del-Rei, janeiro-março de 2020. e3262.
21. Strinher C, Loosemore M, Moller E, Jackson SE, López-Sánchez GF, Firth J et al. Promoção da atividade física em adultos vulneráveis 'em risco' de desabrigados: um protocolo de ensaio clínico randomizado. *BMJ Open* 2019; 9: e026466.
22. Santos SFS, Benedetti TRB, Souza TF, Fonseca SA. Apoio Matricial e a atuação do Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev Bras Ativ Fís Saúde 2017;22(1):54-65.
23. Seus TLC, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 28(2):e2018308, 2019.
24. Oliveira RG. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.1, p.37-50, 2018
25. Silva BM, Silva VN, Andrade EGS. Dificuldades encontradas pelos moradores de rua no acesso a saúde pública. Rev Inic Cient e Ext. 2019; 2(Esp.2):280-6
26. Moura RH, Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu) 18 (suppl 1) 09 Dez 2014.
27. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. Saúde debate 42 (spe1) Set 2018
28. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Faria MGA, Brandão PS, Scoralick GBF. Implantação do Street Outreach Office na perspectiva da assistência à saúde. Rev. Bras. Enferm. vol.71, supl.6. Brasília, 2018

Caracterização das práticas sociais inclusivas e plurais promotoras de saúde entre universitários pernambucanos: um relato de experiência

Cecília Sofhia Alexandre Soares de Lima
Letícia Silva de Melo Lima
Natally Stephani Nobre da Fonseca Guedes
Rita de Cássia Hoffmann Leão
Tatiana de Paula Santana da Silva

Resumo

Introdução: No ambiente universitário, a inserção e trabalho em prol da comunidade, não tem se limitado apenas à oferta das ações de extensão, como exemplo pode-se destacar o estímulo do aluno a partir das disciplinas e troca de experiências educativas para o engajamento em ações voluntárias, projetos sociais e atividades de apoio a comunidade. **Objetivo:** caracterizar as práticas sociais inclusivas e plurais promotoras de saúde realizadas por universitários pernambucanos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo transversal aprovado por comitê de ética (parecer n° 2.581.563), realizado em uma universidade pública pernambucana em 2019 com 430 estudantes lotados em cursos da área de saúde. Para coleta dos dados foi utilizado um questionário criado pelos pesquisadores relacionado a descrição do perfil sociodemográfico e detalhamento das ações sociais. Os dados foram analisados através da estatística descritiva. **Resultados:** Dos entrevistados, 286 eram mulheres, 218 apresentavam renda per capita abaixo da média brasileira. Cerca de 89,7% dos jovens realizava alguma atividade de cunho social, sendo predominante a participação em aulas para comunidade 42,3% e ações extensionistas 27,6%. **Conclusão:** Verifica-se um forte engajamento dos estudantes pernambucanos em ações sociais e promotoras de saúde nas comunidades em que residem, possibilitando sobretudo a transformação da realidade local.
Palavras-chave: Universidades; Trabalho Voluntário; Promoção da Saúde.

Introdução

O ensino superior e o ambiente acadêmico sofreram acentuadas mudanças ao longo das últimas décadas, oriundas das grandes transformações ocorridas na sociedade. Neste sentido, os centros universitários foram marcados por uma nova organização, englobando e ressignificando a maneira da sociedade produzir, criando e difundindo seus valores com vistas à promoção e à melhoria da condição humana em suas múltiplas dimensões [1-6].

Um ponto extremamente importante nesse cenário foi a incorporação e valorização da comunidade como foco das ações produzidas no ambiente acadêmico, à exemplo a consolidação da extensão universitária como um dos pilares do ensino superior [7-10].

Na atualidade, a inserção e trabalho em prol da comunidade, não tem se limitado apenas à oferta das ações de extensão, a exemplo, diversas iniciativas educacionais dentro do Campus voltam-se à promoção da ação-reflexão do estudante quanto as suas possibilidades de atuação junto à comunidade independentemente destas serem atreladas as ações acadêmicas. Em outras palavras, é fato que atualmente, os alunos são constantemente estimulados ao exercício cidadão e à realização de práticas sociais inclusivas junto a sua comunidade [11-14].

No âmbito da saúde, os acadêmicos, a partir das disciplinas e troca de experiências educativas, são levados a repensar e estimulados a reproduzir determinados processos e ações junto a sua comunidade, principalmente no que diz respeito às atividades que, de certa forma, objetivem a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida. Muitos destes acabam por se engajar em ações voluntárias, projetos sociais e atividades de apoio à comunidade, possibilitando também a transformação da realidade local.

Nesse contexto, pretende-se, neste capítulo, caracterizar as práticas sociais inclusivas e plurais promotoras de saúde entre universitários pernambucanos lotados em cursos da área de saúde.

Método

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo. Destaca-se que, nesse tipo de estudo, todas as medições são feitas em um momento único, em um curto intervalo de tempo. É útil para descrição de variáveis e de seu padrão de distribuição. Não há necessidade de seguimento posterior. É valorizado pela sua simplicidade e seu baixo custo. Esse tipo de estudo pode ocasionalmente examinar associações entre as variáveis[15].

O referido estudo foi desenvolvido em uma Universidade Pernambucana, no período de Setembro a Novembro de 2019, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos parecer n° 2.581.563.

A população estudada compreendeu todos os estudantes devidamente matriculados na instituição e com vínculo ativo no referido período da coleta de dados em um dos cursos da área de saúde. Da população foi extraída uma amostra não probabilística do tipo conveniência composta por indivíduos de ambos os sexos na faixa etária de 18 a 50 anos.

Foram excluídos da amostra todos os estudantes fora da faixa etária, aqueles incapazes de compreender e responder aos questionários e que estivessem em tratamento para doenças consideradas degenerativas.

Na fase de coleta, os dados referentes às informações sociodemográficas de cada participante da pesquisa, assim como os dados referentes ao detalhamento das ações sociais em prol da comunidade foram obtidos pelo pesquisador através da utilização de um questionário devidamente criado pelos pesquisadores contendo perguntas fechadas e de múltipla escolha e aplicado em forma de entrevista junto aos participantes.

Os dados coletados foram registrados em um banco criado através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 21.0. Para a análise dos resultados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial, envolvendo a obtenção das medidas de frequência absoluta e percentual.

Resultados

A amostra deste estudo foi constituída por 430 estudantes de diferentes períodos e cursos da área de saúde. A idade média dos jovens foi de 22,3 anos. Do perfil sociodemográfico, verificou-se que a maioria dos estudantes era do gênero feminino e pertenciam aos anos iniciais do curso. Além disso, foi verificado que aproximadamente 50% dos universitários pesquisados apresentavam renda média familiar abaixo da média de renda per capita para as famílias brasileiras (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra quanto as variáveis sociodemográficas

Variáveis	Frequência	%
Sexo		
Feminino	286	66,5
Masculino	145	33,7
Fase do Curso		
Início	167	38,8
Meio	149	34,6
Fim	114	26,5
Renda Per capita*		
Abaixo da média da renda per capita	218	50,7
Dentro da renda per capita	114	26,5
Acima da média da renda per capita	99	23,0
Total	**430**	**100%**

*Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE[16]. Disponível em: **https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-mensal.html?=&t=renda-domiciliar-per-capita**

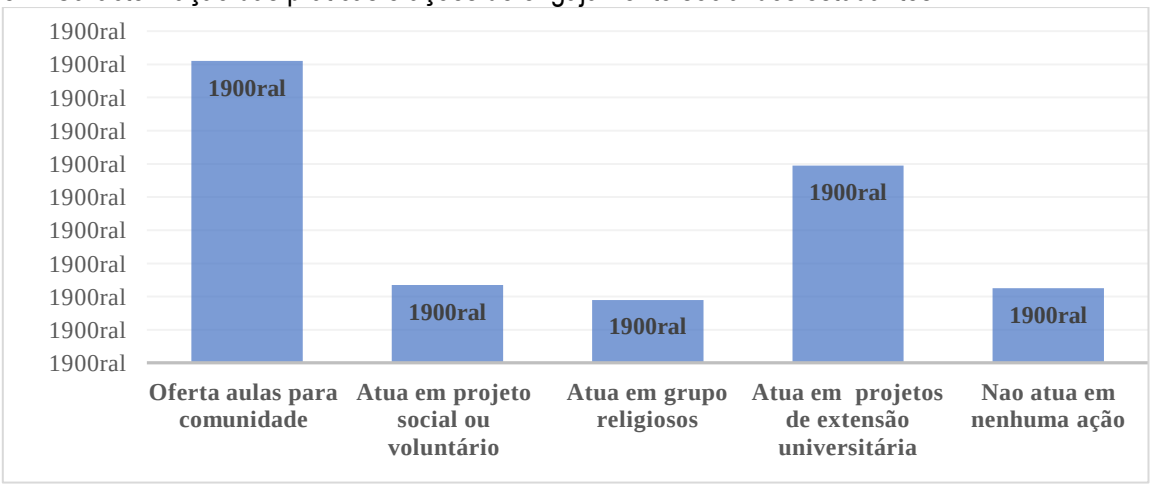
Sobre a distribuição dos resultados relacionados ao engajamento dos estudantes em atividades e ações de cunho social, verifica-se no gráfico 1 que 90% dos estudantes tem realizado alguma prática em sua comunidade.

Gráfico 1. Distribuição da amostra quanto ao engajamento em atividades sociais

Fonte: elaborado pelo autor.

Com relação ao detalhamento dessas atividades, pode-se perceber no gráfico 2 o predomínio das atividades relacionadas à realização de aulas para comunidade e à participação em projetos de extensão.

Gráfico 2. Caracterização das práticas e ações de engajamento social dos estudantes



Fonte: elaborado pelo autor.

Discussão:

Na atualidade, a formação superior têm sido um grande diferencial no mercado de trabalho, diversos estudos apontam que a formação e especialização é um grande divisor para o trabalhador, sobretudo em setores que demandam grande atenção da sociedade, nesse sentido, o ingresso de pessoas cada vez mais jovens na faculdade é um fenômeno natural, assim como o ingresso de pessoas cada vez mais novas no mercado de trabalho [17,18,19].

Além disso, nas últimas décadas, observou-se um aumento substancial do acesso dos jovens ao Ensino Superior. Este incremento foi oportunizado pela criação de diversas políticas públicas que ampliaram as possibilidades de acesso dos estudantes, principalmente aqueles em situação de maior vulnerabilidade

econômica ao Ensino Superior tanto na rede pública pelos exames unificados como pela ampliação das formas de financiamento e crédito estudantil[20].

Tal mudança também oportunizou o ingresso na academia de jovens cada vez mais engajados com a sociedade e com as premissas de cidadania[21]. Nesse contexto a participação de estudantes em ações e projetos sociais tem permitido aos jovens, por um lado, aumentar seu engajamento social e desenvolver cidadania e, por outro, qualificar-se profissionalmente, tendo, na interação com a sociedade, fonte de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, sentindo-se, dessa forma, mais seguros para o exercício profissional após a diplomação[21].

Nesse sentido pode-se ainda considerar que este grupo de fato tem se dedicado intensamente a melhora da qualidade de vida dos comunitários pois praticamente toda a amostra estava, de certa forma, desenvolvendo algum tipo de ação.

De fato, a inserção do jovem no âmbito universitário tem favorecido não só a formação do futuro profissional, mas tem constituído um marco importante para transformação do cidadão, uma vez que este passa a refletir a partir das experiências acadêmicas, sobre qual seu papel enquanto profissional voltado a mudança de realidade e perspectiva da sociedade[17,18].

Nesse mesmo sentido pode-se considerar como fato: as vivências durante a trajetória acadêmica perpassam a construção/reconstrução do sujeito crítico/ativo que se utiliza de suas aprendizagens, concepções e experiências estudantis para modificar aspectos importantes em seu ambiente familiar e ciclo de relacionamentos sociais.

Adicionalmente alguns estudos apontam que estudantes que desenvolvem durante o período da graduação atividades de cunho social apresentam melhores perspectivas, como exemplo, Weiler et al.[22] verificaram, por meio de uma abordagem quantitativa, que os estudantes engajados em ações extensionistas de cunho social apresentam maior confiança em sua própria capacidade de contribuir para a comunidade, maior autoestima, maior valorização de ações de valor cívico, e maior capacidade de resolver problemas e de solucionar questões de relacionamento interpessoal.

Já Sevier e colaboradores[23] ao avaliarem estudantes de Engenharia que participaram de ações sociais, em comparação com aqueles que participaram de projetos de outra natureza apresentaram não só motivação maior para o estudo e o curso, mas também uma maior autopercepção da capacidade cognitiva, o que inclui habilidade em desenhar sistemas, componentes ou processos, identificar, formular e resolver problemas e utilizar técnicas e ferramentas modernas de engenharia.

Partindo dessas colocações, reafirma-se a relevância do ambiente universitário não apenas para aqueles que vivenciam seu cotidiano como estudantes e docentes, mas para toda comunidade e sociedade que podem se beneficiar a partir das ações desenvolvidas nos núcleos acadêmicos.

No campo da saúde, tal dinâmica é extremamente salutar, uma vez que se entende que as desigualdades de saúde tão debatidas na atualidade só podem ser reduzidas mediante aproximação da comunidade, para esta poder refletir sobre suas responsabilidades de saúde e modificar suas práticas, valorizando os conhecimentos oriundos dos esforços de trabalho dos acadêmicos.

Considerações Finais

Esta pesquisa foi realizada com a finalidade de possibilitar uma análise sobre o engajamento social de universitários, dos resultados pode-se concluir que há um forte engajamento dos estudantes pernambucanos em ações sociais e promotoras de saúde nas comunidades em que residem, possibilitando sobretudo a transformação da realidade local a partir da difusão e aplicação dos conhecimentos adquiridos na universidade.

Referências

1. Cardoso AMR. A Educação Resgata a Humanidade Perdida do Homem?!: Fórum Crítico da Educação. Revista do ISEP. 2004;179 - 190.
2. Coll C, Miras M. A Representação Mútua Professor/Aluno e suas Representações sobre o Ensino e a Aprendizagem. Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação. 1996;(2):265-275.

3. Dias GF, Fontaine AM. Tarefas Desenvolvimentais e Bem-Estar dos jovens: Algumas implicações para o Aconselhamento Psicológico. Cadernos de Consulta Psicológica. 1996;12:103-114.
4. Costa ER, Boruchovitch E. Fatores que influenciam o uso de estratégias de aprendizagem. PSICOUSF. 2000;5:11-24.
5. Santos SM. As responsabilidades da Universidade no acesso ao Ensino Superior. Transição para o ensino superior. 2000:69-78.
6. Santos L, Almeida LS. Vivências e rendimentos acadêmicos. A integração dos alunos na universidade. Contextos e dinâmicas da vida académica. 2002:127-136.
7. Parker JD, Summerfeldt LJ, Hogan MJ, Majeski SA. Inteligência emocional e sucesso acadêmico examinando a transição do ensino médio para a universidade. Personalidade e diferenças individuais. 2003; 36:163-172.
8. Cunha SM, Carrilho DM. O processo de adaptação ao ensino superior e o rendimento acadêmico. Psicologia escolar e educacional. 2012;9(2):215-224.
9. Almeida LS. Transição, adaptação académica e êxito escolar no ensino superior. Revista galego-portuguesa de Psicoloxía e Educación. 2007;15:203-215.
10. Zenorine RPC, Santos AAA. A motivação e a utilização de estratégias de aprendizagem em universitários. Estudantes universitários: características e experiências de formação. 2003:67-86.
11. Noronha APP, et al. Estudo correlacional entre interesses profissionais e vivências acadêmicas no ensino superior. Psicologia Escolar e Educacional. 2009;13(1):143-154.
12. Imperatori TK. Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas [Sociedade civil, voluntariado e direito à saúde: uma análise sobre a Associação de Voluntários do Hospital Universitário de Brasília]: Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas; 2012. 190 s.
13. Coelho GC. O papel pedagógico da extensão universitária. Revista Em Extensão. 2015;13(2):11-24.
14. Nunes ALPF, Silva MBC. A extensão universitária no ensino superior e a sociedade. Mal-Estar e Sociedade. 2012 Jan 02;4(7):119-133.
15. Bastos JL, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia estudo transversal. Scientia Medica. 2007;17(4):229-232.
16. IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua – PNAD contínua. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=renda-domiciliar-per-capita. Acesso em: 25 jul. 2020.
17. Monteiro A, Santos P, Gonçalves CM. Jovens: Do Ensino Superior para o Mercado de Trabalho. Revista Dirigir & Formar, IEFP. 2019 ;8(1).
18. Sparta M, Gomes WB. Importância atribuída ao ingresso na educação superior por alunos do ensino médio. Revista brasileira de orientação profissional. 2006;6(2):45-53.
19. Santos R., Guilherme, LO. O acesso do jovem à educação superior frente às desigualdades sociais do sistema capitalista. Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019; 16, (1).
20. Carvalho M, Waltenberh F. Desigualdade de oportunidades no acesso ao ensino superior no Brasil: uma comparação entre 2003 e 2013. Economia Aplicada. 2015;19(2):369-396.
21. Coelho, G.C. O papel pedagógico da extensão universitária. Revista Em Extensão. 2014;13(2)11-24.
22. Weiler, L. et al. Benefícios obtidos por estudantes universitários por serem mentores em jovens de risco em um curso de aprendizagem de serviço. American Journal of Community Psychology. 2013(52):236-48, 2013.
23. Sevier, C. et al. Qual o valor do aprendizado de serviço na motivação dos alunos de introdução à engenharia e na promoção dos resultados do programa? Journal of STEM Education: Innovations & Research, Auburn. 2012(13)4:55-70.

Medicina narrativa e o desenvolvimento da empatia no futuro médico: relato de experiência

Gabriela Mendonça Vilar Trindade
Ana Luiza Antony Gomes de Matos da Costa e Silva
Carolinne Camila de Souza Scarcela
Luiz Felipe Falcão de Souza
Eliana Mendonça Vilar Trindade

Resumo

Introdução: A Medicina Narrativa (MN) é uma estratégia pedagógica direcionada para humanizar a prática médica. Apresenta-se como boa mediadora de processos de aprendizagem de habilidades éticas, afetivas, comunicacionais e empáticas. Objetiva-se dimensionar benefícios da MN para desenvolver humanização e empatia e descrever a experiência pedagógica de avaliação de narrativas escritas por acadêmicos. **Método**: Análise qualitativa de 48 narrativas de discentes do quinto período do curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), durante um semestre letivo no eixo de Profissionalismo – aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, pelo Parecer n. 3.754.176. A temática envolve sensibilidade ética e empatia associadas à educação médica. **Resultados e discussão**: A MN complementa a metodologia ativa na construção autônoma, dinâmica, dialógica e interativa do saber. A partir disso, reflexões sobre valores humanistas, dilemas éticos e posturas de docentes e outros profissionais dimensionam a relevância das narrativas. Assim, evita-se deterioração da prática médica e oportunizam-se o desabafo, a elaboração de conflitos, a percepção de limitações, anseios, sofrimentos e potencialidades e o desenvolvimento de altruísmo e de empatia. **Considerações finais**: A prática da MN estimula visão holística, humanizada e cuidadosa ao paciente. A empatia dos estudantes ficou patente nos relatos com escuta ativa, *rapport* e vínculos.
Palavras-chave: educação médica; medicina narrativa; empatia; humanização; metodologia ativa.

Introdução

A educação médica sofre forte influência do Positivismo, como metodologia tradicional, e valoriza o estudo segmentado do corpo humano, em matérias teóricas, como anatomia e fisiologia; contudo, percebeu-se a diminuição da qualidade da prática médica. Desenvolvimento de habilidades empáticas e altruístas deve ocorrer desde a graduação dos futuros médicos, com abordagem de temas subjetivos e recorrentes na vida profissional[1].

A ciência mostra-se fundamental à sociedade contemporânea, pois compreende fenômenos naturais e os controla com a tecnologia. Assim, a autoridade estabelecida ao longo de décadas mostra-se fundamental aos profissionais que almejam o desenvolvimento científico e a conservação dos legados passados. Entretanto, o acúmulo de tanto saber obrigou a comunidade científica a separar esses conhecimentos em especialidades e subespecialidades, para que o conhecimento continuasse a ser adquirido e fundamentado[2].

Na medicina, não foi diferente. A divisão do corpo humano desde as disciplinas básicas e clínicas abordadas na faculdade, como anatomia, fisiologia, farmacologia, fez com que a visão holística do paciente fosse dificilmente desenvolvida por profissionais graduados pela metodologia tradicional. Com isso, houve a supervalorização das especializações, com ênfase em aspectos puramente biológicos.

Hodiernamente, demanda-se a interdisciplinaridade desde a graduação, pois o modelo conteudista e biológico está sendo substituído pela abordagem biopsicossocial. Ou seja, deve haver relação entre diversas áreas do saber para possibilitar a visão integralista do corpo, do psíquico e do social de cada paciente. Por isso, o Ministério da Educação (MEC) do Brasil defende a metodologia ativa com a educação centrada no estudante e o professor como mediador do processo de aprendizagem, assegurando a indissociabilidade da formação médica. Isso é evidente com a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), para a graduação em Medicina, no ano de 2014, nesse novo formato pedagógico[3].

A memória e o discurso são importantes para o médico, mas também devem ocorrer o treinamento de habilidades e de capacidades psicológicas[4]. Com isso, a metodologia Problem Based Learning (PBL) –

Aprendizagem Baseada em Problemas – foi a escolhida, pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), desde a fundação do curso de Medicina, no ano de 2013. Para desenvolvimento de aspectos éticos, humanísticos, sociais e psicológicos, o eixo de Habilidades é atuante do primeiro ao oitavo período da graduação. Ao longo de dois anos, do terceiro ao sexto semestre, os estudantes vivenciam experiências subjetivas e reflexivas pelo eixo de Profissionalismo associado ao desenvolvimento daquelas habilidades, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e o modelo biopsicossocial[5].

O contato com pacientes no curso de Medicina do UniCEUB ocorre desde o primeiro semestre, mas é intensificado a partir do quinto. Dessa forma, o eixo de Profissionalismo escolheu a Medicina Narrativa (MN) como estratégia pedagógica para o quinto semestre, tendo em vista as mudanças e o surgimento de dilemas éticos, empáticos e altruístas. A médica Rita Charon desenvolveu a MN para promover a humanização da prática médica. Atualmente, a MN medeia processos de aprendizagens de habilidades éticas, afetivas, comunicacionais e empáticas de forma promissora[6]. Diferentemente da história clínica, as narrativas são vias de transcendência da prática médica tradicional, incluindo vivências privadas e subjetivas inerentes às relações humanas. Assim, espelham a riqueza da subjetividade e a visão formativa, com transformação da educação médica atual, que busca corresponder aos anseios de uma sociedade cada vez mais insatisfeita pela falta de assistência médica integrativa.

A escuta, a análise e a compreensão das narrativas transcendem o que é contado, mas também como se sentiu quem narra e como os outros se sentiram em relação a ele[7]. Ganha relevância a forma da narrativa, pois sua apresentação e organização também compreendem aspectos da autoimagem que o narrador espera transmitir aos outros e convencê-los[8]. Além disso, esse modelo também pode ser um instrumento na investigação semiológica, na medida em que o profissional com competências narrativas, durante todo o tempo da consulta, atenta-se ao diálogo com o paciente, extraindo o que considera relevante ao quadro, baseado em seu conhecimento científico, e interpretando a experiência da doença do paciente. Dessa forma, também é capaz de compreender a influência dos eventos da vida de uma pessoa no processo de saúde-doença.

Segundo Eloisa Grossman, em sua reflexão de cunho epistemológico para classificar diferentes tipos de NM, o método PBL traz a narrativa por meio do "problema". Essa estratégia didático-pedagógica centraliza o aluno ao substituir aulas puramente expositivas e sem contextualização por debates e vivências realísticas[9]. Desse modo, o aprendizado parte de estímulos provocados pelos problemas simples, objetivos e motivadores, os quais abordam situações que trazem possíveis conhecimentos prévios e experiências vivenciadas pelo aluno.

O nível de empatia dos estudantes de Medicina tende a decrescer ao longo do curso e, em particular, no primeiro ano de contato com a realidade clínica[10]. Indissociavelmente, o nível de empatia é mais sensível à mudança do que às habilidades comunicacionais. Assim, esforços de estratégias pedagógicas inovadoras são justificados pois, a maioria dos estudantes parece se beneficiar[11]. O grande desafio está associado à expressão da empatia[12].

O currículo médico deve promover amadurecimento emocional no estudante, restringindo o risco de excessivo contágio emocional ou, por outro lado, de esfriamento e distanciamento defensivo, relacionado à prática médica desumanizada, bem como prevenindo o aparecimento da Síndrome de Burnout. A MN é mediadora dessa evolução do estudante e, inclusive, pode atuar monitorando e avaliando a qualidade da relação do estudante com o paciente[13]. É válido o acompanhamento longitudinal do estudante pois, espera-se que suas narrativas explicitem maior amadurecimento e equilíbrio do futuro médico, associado a olhar mais integrado e singularizado de cada paciente.

Dessa forma, as evidências atuais constituem indicador claro de que as escolas médicas devem buscar novas estratégias de promoção do comportamento empático nos futuros médicos. A expansão da investigação acerca da evolução da empatia é fundamental para que se venham identificar melhores estratégias a serem aplicadas. Para tal efeito, deve-se dispor de instrumentos adequados para aferir empatia em múltiplos contextos formativos e culturais.

Assim, os objetivos deste relato de experiência consistem em dimensionar como a MN beneficiou o processo de desenvolvimento de humanização e empatia nos acadêmicos de Medicina, descrever a

experiência pedagógica de avaliação de narrativas escritas por futuros médicos e correlacionar as vivências médicas explicitadas nas narrativas com a literatura presente e disponível.

Método

O estudo realizado é de caráter qualitativo e exploratório sobre narrativas médicas de acadêmicos do quinto período do curso de Medicina do UniCEUB, no primeiro semestre de 2020, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a partir do Parecer n. 3.754.176.

Amostra

O critério utilizado para a construção da amostra qualitativa foi a diversidade de tipo, preconizada por Egberto Turato[14]. No período entre 1º de abril e 15 de maio de 2020, os textos foram escritos e entregues aos docentes do eixo de Profissionalismo. Cada estudante desenvolveu apenas um único texto, com temática livre, envolvendo alguma vivência médica marcante. De 15 a 19 de maio de 2020, a equipe pesquisadora enviou aos autores um formulário *on-line* de autorização da análise de suas narrativas, como forma adaptada de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devido à pandemia de COVID-19, que assegura a autorização dos autores para exposição pública de trechos das narrativas. Dessa forma, 48 narrativas médicas foram autorizadas a comporem a amostra deste estudo, com preservação do anonimato dos autores.

Metodologia

A estratégia de análise do conteúdo das narrativas foi fundamentada na proposta hermenêutica de González Rey, que propõe uma epistemologia qualitativa, interativa, dialógica, dinâmica de construção do conhecimento[15]. Depois de leitura dos relatos, os indicadores de sentido e as expressões emblemáticas mais frequentes e relevantes são identificados e escolhidos. As categorias de sentido visam a criar modelos de inteligibilidade sobre a temática estudada.

Concomitantemente à análise qualitativa das narrativas, no período de 20 de maio a 30 de junho de 2020, ocorreu revisão bibliográfica assistemática, por meio das plataformas de banco de dados Medline, Lilacs e Scielo.

Procedimento

O UniCEUB adotou a metodologia ativa para o curso de Medicina desde sua fundação, no ano de 2013. Ao se compreender a complexidade de temas subjetivos, recorrentes e fundamentais, o eixo de Profissionalismo realiza o aprofundamento com os discentes do terceiro ao sexto período.

No quinto período do curso, há um aumento da carga horária das atividades práticas. Desse modo, os acadêmicos têm mais oportunidades de contato com pacientes, em hospitais e em unidades básicas de saúde. Tendo isso em vista, os estudantes foram estimulados a escreverem uma narrativa médica. Todos os nomes utilizados foram fictícios, visando a proteger as pessoas e a preservar o anonimato, visto que o sigilo ético e a confidencialidade representam a pedra angular da aliança terapêutica.

Resultados

A equipe pesquisadora, a partir da orientação dos docentes responsáveis, separou os conteúdos dos textos em três temáticas principais, representando três categorias de sentido: 1) benefícios e aprendizagens associados à medicina narrativa no UniCEUB; 2) Medicina narrativa e o desenvolvimento de habilidades empáticas; e 3) narrativa médica e sensibilidade ética. Assim, possibilitar-se-á o entendimento da MN como contribuição na formação médica, uma vez que essas temáticas não são abordadas no currículo tradicional.

Um dos grandes desafios da prática com MN foi a realização das tarefas em si, por parte dos estudantes, relacionadas à visualização e à construção de uma nova epistemologia decorrente da natureza da narrativa médica, que contempla elementos privados, subjetivos e emocionais relacionados ao processo de entrevista médica. A adesão dos discentes viabilizou ganhos na graduação por meio da diversidade de experiências.

Ficou patente que as competências narrativas possibilitam melhor habilidade de ouvir e de acompanhar o que se é relatado, reconhecendo-se as imagens e as metáforas usadas pelos pacientes e adotando o ponto de vista do outro. Essas competências criativas, afetivas e textuais serão visualizadas nas histórias narradas pelos estudantes. Além disso, proporcionaram aos futuros médicos maior capacidade de observação e de compreensão psicodinâmica dos conflitos, comportamentos e reações dos pacientes biófilos ou tanatofílicos diante das doenças, a partir de escuta mais plena, que contemple não só a palavra proferida, mas também a linguagem não verbal, paraverbal, gestual, atitudinal, enfim que contemple o corpo e seus simbolismos, bem como toda a dimensão polissêmica da palavra.

Discussão

Foram construídas três categorias de sentido, o que permitiu a elucidação desse campo de saber com inteligibilidade e empatia: a) benefícios e aprendizagens associados à medicina narrativa no UniCEUB, b) Medicina narrativa e o desenvolvimento de habilidades empática**s** e c) narrativa médica e sensibilidade ética.

Benefícios e aprendizagens associadas à medicina narrativa no UniCEUB

Os estudantes ampliaram a criticidade acerca da prática médica e da pluridimensionalidade do processo de adoecimento, o que fica evidente a partir da análise de conteúdo das narrativas. A MN acarreta abertura da visão epistemológica do médico, pois, segundo Rita Charon, competências textuais, afetivas e criativas passam a ser consideradas[16]. As múltiplas fontes de saber acerca do paciente, incluindo as informais e as subjetivas, muitas vezes consideradas não científicas, tornam-se legítimas. É fundamental que o médico possa se emocionar com as conquistas clínicas, o que contribui para um ambiente profissional humanizado, como o descrito no trecho a seguir.

> E foi assim, do mesmo jeito que a arritmia veio, ela foi embora, deixando um neném loirinho e de olhos azuis muito bem e saudável. Quando meu pai falou "ele voltou", quase dei um grito, como se comemorasse um gol, mas me contive, talvez por vergonha, talvez por medo de alguma coisa acontecer de novo com aquele pequeno ser humano. Mas nada aconteceu, o procedimento terminou, foi um sucesso e adiou a próxima cirurgia do neném por, aproximadamente, cinco anos. Mais cinco anos dele com a sua família, mais cinco anos dele sem precisar passar por esse estresse entre a vida e a morte. (Estudante do quinto semestre do curso de Medicina).

Charon afirma que, apesar de tentar se manter onisciente em suas narrativas, o médico inegavelmente "habita" seu *set* de motivos, medos, esperanças. Logo, as narrativas por ele realizadas têm caráter pessoal e, por isso, são limitadas pelo seu ponto de vista. Um exemplo disso é a capacidade de transformar a história contada pelo paciente em dados objetivos que caracterizam o curso da disfunção biológica atual, excluindo as percepções dele sobre sua doença, aflições e angústias[17].

A MN faz com que o estudante, ao conseguir descrever toda a ambiência psicológica presente no encontro com o paciente, passe a valorizar as emoções, os medos, as fragilidades do paciente. O estudante encontra espaço para narrar seus próprios conflitos e desafios psicológicos durante sua prática clínica.

> Começo do quinto semestre. Finalmente, entramos no ciclo clínico. Finalmente, colocaríamos em prática tudo aquilo que passamos quatro semestres aprendendo. [...]. E, então, o dia havia chegado, quanta pressão. Sentimento de medo, apreensão, incerteza e vários questionamentos. Como seria nosso primeiro paciente? Será que ele ia ter paciência conosco, meros estudantes de Medicina? Será que vou conseguir fazer a anamnese e o exame físico? Vou me lembrar de tudo? E se eu esquecer algo? E se eu não souber fazer? Olhávamos para o lado e tudo o que víamos era nossos amigos com o mesmo sentimento, um tentando acalmar o outro, mas todos nervosos, revisando os vários resumos de semiologia feitos ao longo do curso. Preparados? Chegou a hora. (Estudante do quinto semestre do curso de Medicina).

A subjetividade arraigada nessas narrativas é vista por González Rey, professor de Psicologia, nascido em Cuba e criador da Epistemologia Qualitativa, como um fenômeno complexo que deve ser conhecido de forma mais aproximada e dinâmica, por intermédio de métodos qualitativos. Em suas obras, esse autor traça

um percurso do desenvolvimento da pesquisa qualitativa e mostra que a categoria subjetividade é passível de ser a principal proposição para investigação[18].

O médico com essas habilidades interpessoais concentra-se no que o paciente diz, possibilitando o estabelecimento de vínculo e confiança, o que é fundamental para a aliança terapêutica efetiva. Essa postura estimula o paciente a falar sobre sua doença, trazendo mais dados acerca do caso e, com isso, maior benefício terapêutico.

> Aquela conversa me encheu de emoção e, enquanto o doutor estava terminando de preencher alguns formulários, fui novamente à janela. Tive o sentimento de plenitude e relembrei o motivo pelo qual escolhi essa profissão. Escolhi Medicina não por remuneração, *status* ou para ser reconhecida mundialmente, escolhi para olhar para quem é esquecido, consolar quem precisa, conhecer e ajudar este Brasil que nos acolhe. Contudo, em muitas vezes, pela correria da vida, nos deixamos levar e realizamos nossos deveres sem ao menos refletir o porquê. Esquecemos de nossa essência em prol de notas, currículo, carreira, ser bem-sucedido. Eu tinha esquecido o meu porquê. Felizmente, eu o recuperei e não pretendo esquecê-lo novamente. (Estudante do quinto semestre do curso de Medicina).

Além disso, a narrativa escrita possibilita ao médico não apenas um conhecimento sobre o paciente e sua patologia, mas um "mergulho" em si mesmo, promovendo reflexão sobre suas vivências e, com isso, adquirindo maior confiança, capacidade de reconhecer e de prevenir erros e compromisso ético com o paciente.

> Deixamos nosso paciente muito feliz, muito cheio de vida, de sonhos e expectativas. Aprendi muito com aquele paciente, aprendi que as situações podem ser transformadas dependendo do ângulo pelo qual as enxergamos. (Estudante do quinto semestre do curso de Medicina).

No diálogo entre o paciente e o médico, está presente uma interação social entre esses sujeitos que estão buscando criar um enredo; sendo assim, as narrativas estão em constante mudança e continuamente negociadas, dependendo das mudanças de perspectivas e de modificações que ocorrem no processo de adoecimento[19]. Ambos (médicos e pacientes) precisam procurar um modo de entender, explicar e articular a doença a um sentido mais amplo. Nesse caso, a narrativa assume o caráter de contínua negociação, visando à construção de novo e diferente desfecho[8]. O resultado do encontro clínico seria, portanto, o produto da narrativa de médicos e de pacientes e da interação desses sujeitos. Essa influência mútua produz novas realidades por meio de construção compartilhada.

> Os pacientes me contaram tudo o que sabiam sobre suas condições até o momento e, também, os seus medos por estarem em um quarto em um andar tão próximo àqueles infectados pelo vírus causador da pandemia atual. Por um momento, então, senti que pude confortá-los e, principalmente, senti que, mesmo dentro de um ambiente hospitalar em que todos possuíam enfermidades tão graves (todos naquele quarto possuíam tumores pulmonares), o ambiente poderia apresentar-se como feliz e divertido. [...] pude ter certeza de que aquele dia foi essencial não apenas para meu crescimento profissional, mas também para o meu crescimento pessoal e espiritual. Aquele dia, como em poucos outros, consegui compreender o verdadeiro significado da palavra esperança. (Estudante do quinto semestre do curso de Medicina).

O enfoque dialógico do currículo inovador, na verdade, expressa a natureza dialógica do ato clínico, muito enfatizado por Grossman, a qual se aproxima da intenção proposta de elevar a condição do sujeito não a uma individualidade objetivada produtora de ações, mas considerá-lo como um ser em processo contínuo de construção de identidade a partir das relações que desenvolve com o outro, como proposto por Ayres, em 2001[20].

> Mas este sujeito, seu processo de adoecimento e sua narrativa, assim como seus interlocutores, não estão nas nuvens, isolados do mundo em que vivem. A singularidade ou a individualidade do significado da narrativa do adoecimento está inserida e é constituída em relação a um contexto social

> e cultural que ambos, pacientes e médicos (alternando papéis de narradores e ouvintes), compartilham com os objetivos que ambos trazem e os dirigem no encontro clínico[9].

Medicina narrativa e o desenvolvimento de habilidades empáticas

Atualmente, o grande desafio é fazer o médico e, até mesmo, o estudante de Medicina interessarem-se por aspectos emocionais em suas práticas. As vivências emocionais podem ser trabalhadas por meio de atividades nos cenários hospitalares ou de simulação realística, quando há contato dos estudantes com os pacientes e, por conseguinte, com seus conflitos e suas aflições. A supervisão dessas atividades promove respostas e busca resgatar a subjetividade inerente ao modelo biopsicossocial adotado pelo UniCEUB.

A MN qualifica a relação de empatia e de compaixão do estudante com seu paciente. Para que se formem profissionais com capacitação consoante ao modelo biopsicossocial, os currículos médicos devem mostrar coerência pedagógica, com foco nos aspectos humanísticos. Frequentemente, esses pontos são elencados nos projetos pedagógicos sob um referencial teórico clássico – a taxonomia de objetivos educacionais – e divididos em três domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor.

O estudante vivencia as mais variadas situações emocionais e, depois, escreve e reflete sobre elas, por meio das narrativas. Há grande diferença entre compaixão, pena e piedade. A compaixão implica respeito, caridade, amorosidade. Já a pena está associada ao sentimento de superioridade e de exclusão do indivíduo sofredor. Ressalta-se a necessidade de um olhar que contemple o sofrimento em suas múltiplas perspectivas: filosófica, psicológica e antropológica[21].

> Um momento muito especial para mim foi poder realizar o exame porque Kaio foi meu primeiro paciente [...], e eu conseguia ver o sofrimento que ele estava sentindo, por conta da dor, e também estava lá quando a doutora teve que explicar para os pais a justificativa da realização do exame e ver a preocupação nos olhos dos pais ao receberem a notícia que havia a possibilidade de Kaio necessitar de uma cirurgia [...]. Para mim foi algo muito intenso ver que uma possível cirurgia de emergência teria um impacto tão grande sobre uma família. (Estudante do quinto semestre do curso de Medicina).

Percebe-se a carência de estudos que possam comprovar a correlação causal entre a MN e o desenvolvimento da empatia. Há consenso que atividades pedagógicas inovadoras promovem aumento do escore de escalas de empatia, em estudantes de Medicina. Assim, a MN permite ao estudante refletir e visualizar os benefícios de escuta qualificada bem como compreender, por meio do autoconhecimento, as suas próprias limitações e bloqueios afetivos na relação com os pacientes reais, nos cenários de hospitais ou de unidades básicas de saúde, ou em cenários simulados por atores previamente treinados, no ambiente das simulações realísticas.

Outrossim, vários instrumentos têm sido desenvolvidos para medir a empatia, na sua maioria como as medidas de autorrelato, e alguns são aplicáveis ao contexto médico[22-23]. A validade desses instrumentos tem sido estudada, relacionando a pontuação obtida pelo estudante nas escalas de autorrelato com o comportamento empático dele relatado pelo paciente[10].

A empatia e a habilidade comunicacional aumentam a satisfação e a confiança do paciente e intensificam a habilidade de o médico diagnosticá-lo e tratá-lo bem como representam um bom preditor de saúde emocional, ajudando o futuro médico a gerir melhor conflitos, fadiga, responsabilidade diante da tomada de decisões bem como catalisando o processo de formação de um médico compassivo, que saiba se envolver com o paciente de forma ética e respeitosa, sem ficar envolvido, enfim, sem ficar afetado negativamente por uma contratransferência não manejada de forma consciente. O importante é que o estudante possa identificar e nomear suas emoções despertadas nas situações clínicas.

> O trabalho de parto não estava progredindo como esperado, então, ela estava em processo de indução. Suas poucas palavras demonstravam sua ânsia de que tudo fosse encerrado e tivesse o parto o mais rápido possível. Logo, pude perceber que aquele bebê não estava sendo aguardado com muita alegria. (Estudante do quinto semestre do curso de Medicina).

Os indivíduos empáticos tornam as relações mais agradáveis, por reduzir conflitos e rompimentos[24]. A habilidade em "ler" e valorizar pensamentos e sentimentos das outras pessoas é o que, provavelmente, acentua o sucesso desses indivíduos, em relações pessoais e profissionais[25]. Por outro lado, pessoas não empáticas parecem carecer de inteligência social e podem prejudicar-se no trabalho, na escola, na vida conjugal, nas amizades e nas relações familiares, além de correrem o risco de viver à margem da sociedade[26].

> Porém, quando tocamos em assuntos de como ele se sentia em relação à doença e como estava se sentindo emocionalmente foi perceptível a expressão de tristeza no seu rosto. Rubens, relatou a saudade de casa e do convívio com seus animais de estimação, três cachorrinhos, os quais eram sua companhia diária. A partir desse momento, percebi e refleti a complexidade em ser médico. O tato com o paciente era a habilidade mais importante no momento. O quadro de Rubens era estável, porém sem previsão de alta. Dessa forma, me vi em uma linha tênue entre confortá-lo e criar falsas expectativas. (Estudante do quinto semestre do curso de Medicina).

A partir da análise das narrativas, foi perceptível a importância da MN para o desenvolvimento de habilidades empáticas e a observação de situações que representam a propensão em valorizar os outros seres humanos que estão em condição de vulnerabilidade, principalmente de saúde. Isso pode servir como exemplo, várias narrativas dos discentes que expuseram situações de conexão e de responsabilidade e demonstraram aprendizado e maturidade emocional à medida que foi se estabelecendo vínculo o médico e o paciente.

Narrativas médicas e sensibilidade ética

Nesta pesquisa, observa-se que estudantes manifestaram sensibilidade ética em questões, como o respeito ao princípio da autonomia e ao direito do paciente de não participar da entrevista de anamnese. A MN é importante pela possibilidade de expressar conflitos e de refletir sobre os dilemas éticos na elaboração psíquica, afetiva e ética, como evidenciado no trecho a seguir.

> Diante desses dois relatos, pudemos presenciar, como dupla, em uma mesma tarde, duas faces do nascimento. Totalmente contrárias, com mulheres de histórias diferentes e sentimentos opostos. Uma demonstrava angústia, vergonha e sofrimento, com hipóteses de violência sexual, enquanto a outra, mesmo que adolescente, chorava de alegria e satisfação, enchendo aquela pequena sala de amor. Um parto cesárea, com perguntas desconfortáveis à gestante, e um parto normal humanizado, com as músicas favoritas da paciente, separados por uma parede. Nós, como estudantes de Medicina, acompanhamos os dois extremos de emoções junto com as gestantes. Assim, ambos os casos, com suas características peculiares, nos marcaram. Crescemos e amadurecemos naquele dia, saindo do hospital com novos conhecimentos e novas percepções para a vida, e, sobretudo, aprendemos a lidar, um pouco mais, com nossos sentimentos e vimos como isso é importante para a nossa futura profissão. (Estudantes do quinto semestre do curso de Medicina).

O desenvolvimento de postura ética implica respeitar os limites do paciente e a recusa deles em repetir o relato da própria história para incontáveis estudantes, fato comum nos hospitais escolas. É importante que o estudante desenvolva consciência reflexiva diante das demandas do paciente e da importância de transcender o seu papel nesse contexto. Assim, o estudante deve assumir papel ativo e crítico em sua graduação médica, quando deve ser enfatizado o respeito diante do paciente, como fica patente no trecho a seguir.

> Ao perguntarmos isso aos professores, eles apenas nos informaram que deveríamos realizar o exame físico completo, independentemente da dor sentida pelo paciente, o que nos deixou extremamente desconfortáveis. (Estudantes do quinto semestre do curso de Medicina).

A maturidade emocional e ética do estudante representa uma meta relevante da educação médica. A observação prática e a literatura científica indicam que os médicos têm, durante a prática profissional, dificuldades no trato dos aspectos emocionais. Atualmente, com os avanços tecnológicos, os médicos apresentam a tendência de estabelecer relações distantes de seus pacientes, sem confiabilidade, resultando em aumento da iatrogenia[27].

Os humanos são seres dialógicos e, como afirmado pelo filósofo austríaco Martin Bubber, não há como o homem existir sem o diálogo e a comunicação, e ambos não são possíveis sem que haja interação entre as

pessoas[28]. De fato, ninguém consegue se comunicar sem um interlocutor, uma vez que a comunicação é sempre direcionada a algo ou a alguém e, para ter e ganhar sentido, precisa ser decodificada e entendida pelo outro. A MN promove essa rica interlocução promotora de maior humanização e escuta de pessoas enfermas bem como de maior senso de ética médica, associado ao desenvolvimento de valores humanistas, como respeito, compaixão, honestidade.

Este papel da narratividade – de integrar o contexto de vida das pessoas e a construção de suas realidades e identidades – é compreendido como fruto da síntese de discursos políticos e morais, criados pelas pessoas, para entenderem e julgarem as circunstâncias e as situações em que vivem. Desse modo, a entrevista médica é fundamental, pois pode ampliar muito a visão de mundo do estudante e, ao mesmo tempo, pode ser espaço de reconstrução de sínteses sobre o significado e o impacto da doença na vida da pessoa. Além disso, o estudante, ao narrar uma situação vivida, é convidado a assumir posições, eleger detalhes, esquecer aspectos incômodos e ressaltar situações marcantes. O estudante passa a assumir posicionamento e mantém maior envolvimento com a dor do outro, ficando patente o aumento da capacidade de produzir discursos morais e éticos acerca das vivências[8].

Nessa perspectiva, estiveram presentes histórias de colegas que narraram situações de médicos que tiveram atitudes as quais fugiram da ética, além de comentários indevidos de professores. Esse fato é reflexo do que acontece no País. De acordo com a Demografia Médica de 2018, publicada pelo Conselho Federal de Medicina, 85,5% dos alunos egressos dos cursos de Medicina do Brasil já vivenciaram ou assistiram a alguma forma de conduta ética inadequada[29]. De acordo com Menezes et al, em estudo publicado em 2017, os acadêmicos vivenciam diversas formas de conflitos éticos no âmbito da faculdade[30]. Esses conflitos podem ocorrer entre acadêmicos, docentes, pacientes e funcionários, com predominância entre acadêmicos e docentes. Assim, tem-se as narrativas médicas uma forma de trazer os dilemas éticos para serem debatidos, dando voz a quem as faz, expondo seus pontos de vista[20].

Como exemplo disso, as narrativas, no contexto da ética médica, abordaram dois principais aspectos vivenciados pelos estudantes. O primeiro refere-se a atitudes inadequadas de médicos e de outros profissionais da saúde, os quais esses alunos acompanhavam. Dentre elas, falas desrespeitosas acerca de seus pacientes, tratando-os com desrespeito, inclusive em situações em que estavam entre a vida e a morte e em situações de vulnerabilidade. O segundo aspecto diz respeito a comentários de professores feitos para seus alunos. Desses comentários destacaram-se, negativamente, aqueles que desconsideraram as vontades dos pacientes, quando, diante da recusa deles de fornecer informações para a realização da anamnese ou de fazer o exame físico, devido dor intensa, os professores disseram para os alunos ignorarem a situação e realizarem o exame mesmo assim, inclusive afirmando que pacientes que estavam no Sistema Único de Saúde eram obrigados a terem suas histórias clínicas coletadas.

A importância da MN para o indivíduo estaria, assim, nas possibilidades que ela cria de percepção, vivência e julgamento de ações. Nessa perspectiva, a narrativa não seria uma forma neutra, dissociada da estória ou da linguagem, e não se limitaria a ser apenas uma forma de representação secundária em relação ao fato ou à situação que ela representa[31]. Uma vez constituída, ela passa a ser parte da realidade e promotora de novos contextos individuais e sociais. Consequentemente, a importância da narrativa no mundo social advém não apenas do "que" as pessoas falam, mas também do "como" elas falam, na medida em que é, por meio da narratividade, que se conhece e entende, mas, sobretudo, que se dá sentido ao próprio mundo social em que se vive[8]. O aspecto educativo da MN é enfatizado no UniCEUB, pois associa-se o cuidado com o paciente à capacidade de avaliação crítica dos processos relacionada à produção de narrativas lúcidas e éticas, a partir do que foi vivido.

Considerações finais

A utilização da MN vem representando possibilidade de diálogo fecundo no curso de Medicina do UniCEUB. O contato precoce com os pacientes pode catalisar o processo de amadurecimento do futuro médico bem como promover experiências únicas que visam a tornar o árduo e longo trajeto da graduação médica menos adoecedor e iatrogênico.

Escutar o outro representa tomada de decisão agregada à valorização da compaixão e ao cuidado integral com o paciente. Portanto, não representa uma técnica isolada de valores, mas, sim, gradativamente efetiva o treinamento do estudante. A MN mostrou-se como estratégia pedagógica válida no UniCEUB, por possibilitar expressão, elaboração e reflexão de conteúdos humanísticos inerentes à prática médica bem como de promoção da saúde mental do estudante de Medicina. A adesão voluntária e espontânea ao instrumento é crescente, pois muitos docentes e discentes acreditam na eficácia da MN.

Enalteceu-se a possibilidade do amadurecimento do acadêmico a partir do uso dessa modalidade de escrita, tanto no relacionado ao desenvolvimento das qualidades empáticas, na busca do crescimento humanista do futuro médico e da sensibilidade ética adquiridas durante o processo de formação, quanto na profilaxia da Síndrome de Burnout na graduação.

Referências

1. Cervo AL, Bervian PA, Silva R. Metodologia científica. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.
2. Carabetta JV. Metodologia ativa na educação médica. Revista de Medicina (São Paulo). 2016;95(3):113-121.
3. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1. p. 8-11.
4. Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976. 220 p.
5. Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Ementa da disciplina de Habilidades Profissionais do Curso de Medicina. 2020.
6. Medeiros NS, Santos TR, Trindade EMV, Almeida KJQ. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. Rev. Bras. Educ. Med. 2013;37(4):515-525.
7. Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative. Narrative based Medicine. 3. ed. Londres: BMJ Books, 2002. p. 3-17.
8. Hyden LC. Illness and narrative. Sociology of Health & Illness. jan 1997:48-69.
9. Grossman E. As narrativas em Medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev. Bras. Educ. Med. Rio de Janeiro. 2006;30(1):6-14.
10. Hojat M, Vergare MJ, Maxweel K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS. The devil in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Acad. Med. 2009;84(9):1182-1191.
11. Dereboy Ç, Harlak H, Gürel S, Gemalmaz A, Eskín M. Teaching empathy in medical education. Turkish Journal of Psychiatry, Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16(2).
12. Winefield HR, Chur-Hansen A. Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? Medical Education. 2000;34(2):90-94.
13. Mallet ALR, Andrade L, Geovanini F, Carvalho SB. Medicina narrativa: para além de uma história única. International Journal of Cardiovascular Sciences. 2016;29(3):233-235.
14. Dorigatti AC, Faber EW, Junior CG, Turato ER. Como se sentem pacientes quando examinados por estudantes de medicina? Um misto entre ambiguidades e satisfações encontradas em estudo qualitativo. Rev. Bras. Educ. Med. 2015;39(1):95-101.
15. González Rey FL. Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: International Thomson Editores, 2002.
16. Charon R. Literary concepts for medical readers: frame, time, plot, desire. In: Hawkins AH, McEntyre MC. Teaching literature and medicine. New York: Modern Language Association of America, 2000. p. 29-42.
17. Benedito MAC, Garcia D, Blasco PG. Era uma vez... narrativas em Medicina. Ver. Bras. Cuid. Paliat. 2010:3(1):19-25.
18. Trindade EMV. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. Rev. Bras. Educ. Med. 2011;35:517-525.
19. Favoreto CAO, Camargo Júnior KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. Interface Comunicação Saúde Educação. 2011;15(37):473-483.
20. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, 2001;6(1):63-72.

21. Trindade EMV. Uma perspectiva histórica do sofrimento humano: considerações éticas no âmbito da saúde. Rev. Saúde Dist. Fed. 2004;15(1/2):9-18.
22. May B, Aligood MR. Basic empathy in older adults: conceptualization, measurement, and application. Issues in Mental Health Nursing. 2000;21(4):375-386.
23. Hemmerdinger JM, Stoddart SDR, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. BMC Medical Education. 2007;7(24):1-8.
24. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. Journal of Personality and Social Psychology, 1983;44(1):113–126.
25. Ickes WJ, Maragoni C, Garcia S. Studying empathic accuracy in a clinically relevant context. Ickes WJ, editor. Empathic accuracy. The Guilford Press, 1997, p. 282-310.
26. Goleman D. Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 1995.
27. Cassarola RMS, Smeke ELM. Human self-destruction. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 1994;10(1):61-73.
28. Buber M. Eu e tu. 10. ed. São Paulo: Centauro; 2001. 170 p.
29. Scheffer M. Demografia médica no Brasil. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2018. 286 p.
30. Menezes MM, Maia LC, Rocha CU, Sampaio CA, Costa SM. Conflitos éticos vivenciados por estudantes de medicina. Rev. Bras. Educ. Med. 2017;41(1): 162-169.
31. Geertz, C. Blurred genres: the reconfiguration of social thought. Local knowledge: further essays in interpretive anthropology. New York: Basic Books, 1983.

Telessaúde e telemedicina: da implantação a expansão do uso durante a crise do sistema de saúde do Brasil em 2020

Nathalia Costa Macedo Noronha
Ana Caroline Gusmão de Matos
Carmem Isaura Salles do Nascimento
Luana Godinho Maynard

Resumo

A necessidade de isolamento social frente à pandemia do Sars-Cov-2, tornou imprescindível a implantação de recursos para a promoção e o controle de saúde, evitando deslocamentos desnecessários e protegendo pacientes e profissionais de saúde. O presente estudo visa retratar a história da implantação da telessaúde no Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo-a como importante tecnologia social e ferramenta de ampliação do acesso à saúde. Foi realizado um levantamento da literatura dos últimos cinco anos nas bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, tendo como foco estratégias de saúde digital no Brasil. Os resultados apresentaram múltiplas características e serviços disponibilizados como teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento, telerregulação, teleeducação, segunda opinião formativa e teleconsulta. Ademais, destaca-se a expansão e consolidação dessa prática no Brasil diante do desafio global de enfrentamento do COVID-19. Esta revisão ainda traz à tona recentes iniciativas do Governo Federal que irão reconfigurar a aplicação de serviços como a telemedicina no território brasileiro, demonstrando ter um potencial para além do enfrentamento da pandemia do novo coronavírus.

Palavras-chave: Brasil; Sistema Único de Saúde; Telemedicina.

Introdução

Telessaúde refere-se à uma prestação de serviços de atenção à saúde por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) com o intuito de superar a barreira da distância e promover qualidade de assistência à saúde, otimizando seu uso e garantindo a oferta qualificada de diferentes especialidades em saúde[1].

A Telessaúde teve início com a telemedicina, com os mesmos princípios, sendo a única diferença o amplo conceito do primeiro termo, referindo-se a diversas áreas da saúde e suas ações[2]. Com a crescente necessidade de descentralizar os serviços de saúde, ampliar o acesso aos usuários, agilizar e qualificar o atendimento surgiu um ambiente favorável para criação da Telessaúde[2].

Os primeiros relatos da aplicação de estratégias de saúde digital no Brasil surgiram nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro nas décadas de 80 e 90, com ações de telecardiologia e videoconferências. Mas foi nos anos 2000 que a Telessaúde se difundiu, principalmente nos Estados de Santa Catarina, Paraná, Pernambuco e Minas Gerais[2]. No ano de 2005 as ações de Telessaúde voltadas para atenção primária à saúde (APS) começaram a se concretizar, promovendo a teleassistência e tele-educação em busca de uma melhora na qualidade da APS no SUS.

O primeiro programa foi criado em 2007, Programa Nacional de Telessaúde, com o intuito de apoiar as ações de educação e assistência à saúde. Um ano após a implantação desse projeto já era possível observar os resultados positivos devido à diminuição do deslocamento de pacientes, o que possibilitou uma economia de 35 milhões para o SUS. Em 2011, esse mesmo programa foi redefinido e ampliado passando a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), com o objetivo de apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A partir de então, a oferta de serviços foi redefinida, passou a ser composta por: teleconsultorias, telediagnóstico e tele-educação[2,4].

Em 2020, o surgimento do Sars-Cov 2 (novo coronavírus) gerou um frenesi relacionado à telessaúde, já que a pandemia representou um desafio global aos sistemas de saúde visto a crescente velocidade no registro de óbitos. No Brasil, as estratégias de saúde digital tiveram que se expandir como forma de melhorar a resposta do sistema de saúde à crise em curso[3]. A telessaúde se transformou, então, em um recurso fundamental devido a sua capacidade de diminuir a circulação de indivíduos em estabelecimentos de saúde,

reduzindo assim o risco de contaminação e a propagação da doença. Essa ferramenta permite ainda o atendimento a pacientes portadores de doenças e comorbidades preexistentes que não podem comparecer pessoalmente a consultas médicas em vista das orientações de redução de convívio social. Sendo assim, é notável que a telessaúde pode ser considerada um instrumento de grande potencial no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus[3]

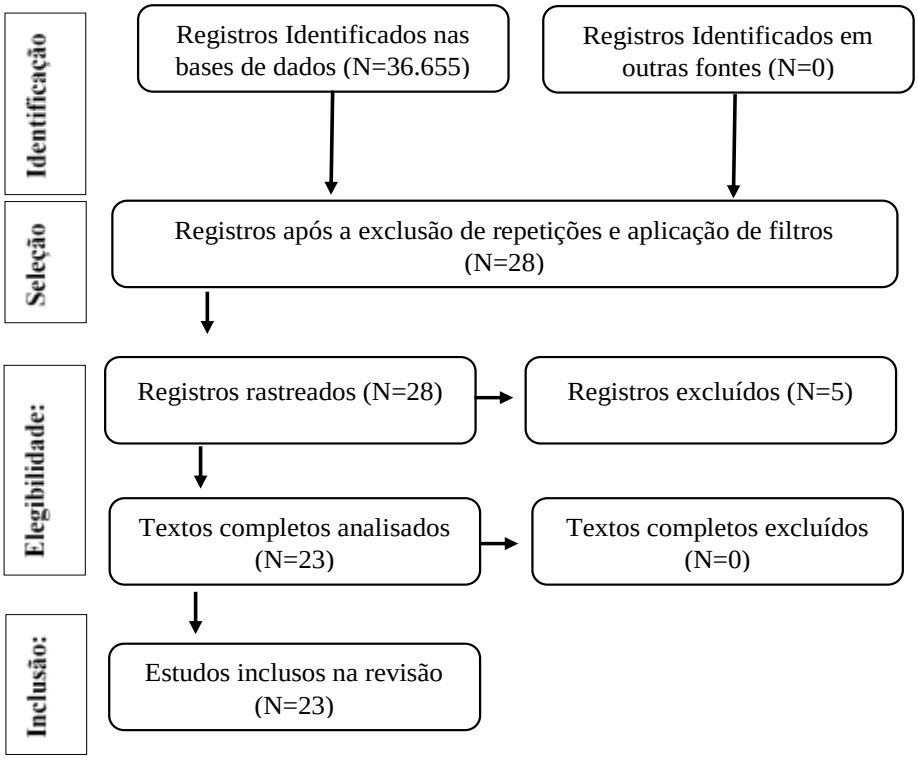
Métodos

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a implantação e expansão da Telessaúde e telemedicina no Brasil. Para a realização desta pesquisa foi lançada a pergunta de pesquisa: "quando surgiram as estratégias digitais em saúde no SUS e qual a importância desta ferramenta na ampliação do acesso à saúde, principalmente no enfrentamento à pandemia do novo coronavírus?"

Para responder à pergunta de pesquisa foi realizado um levantamento científico nas plataformas United States National Library of Medicine/National Institutes of Health (PubMed), Scientific Eletronic Library Online (Scielo), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), utilizando os seguintes descritores em saúde: "Telemedicina", "Telessaúde", "Sistema de saúde", "Brasil". Foram encontrados 36.655 artigos científicos, dos quais 28 foram elegíveis por discutirem a telessaúde no Brasil independente do diagnóstico do paciente. Foram incluídos na pesquisa 23 artigos que seguiram os critérios de: relataram a aplicação de estratégias digitais de saúde no SUS, tiveram sua publicação nos últimos 5 anos. Foram excluídos da pesquisa artigos duplicados ou do tipo comentários e editoriais, dissertações, simpósios e documentos irrecuperáveis; desfechos focados na confecção da TIC ou qualidade da internet; discussões em medicina veterinária; publicações em outro idioma que não português, inglês e espanhol.

Foram realizados encontros de consenso para avaliar os 23 artigos finais e evitar viés de seleção de acordo com os critérios de inclusão e exclusão descritos acima, aumentando assim a confiabilidade interexaminadores do grupo durante a triagem e análise. Os revisores compilaram suas anotações em uma planilha de Excel para posterior discussão.

Figura 1. Fluxograma das etapas referentes à busca de evidências nas bases de dados.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Resultados e Discussão

Os resultados da nossa pesquisa podem ser ilustrados no **quadro 1**. O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes foi estruturado pelo Ministério da Saúde a partir de centros regionais com objetivo de fornecer apoio assistencial ampliando e facilitando o acesso dos usuários aos serviços e aumentando a resolutividade na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir do apoio diagnóstico e terapêutico aos profissionais e trabalhadores da saúde, induzindo um modelo de atenção focado no usuário[4]. Os seus serviços são organizados a partir de Núcleos Técnico-Científicos de Telessaúde (NTCT) – são responsáveis por formular e gerir os serviços oferecidos. Por meio desses núcleos, os profissionais podem acessar cursos, webpalestras, apoio assistencial e organização do processo de trabalho[2,4].

A telessaúde tem múltiplos objetivos com diversas possibilidades de aplicação, os serviços disponibilizados estão dispostos no quadro abaixo[3,5]:

Quadro 1. Tipos de serviços de telessaúde.

Serviços da telessaúde	**Atividades**
Teleconsultoria	Consultoria registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho em saúde.
Teledianóstico	Utiliza das TICs para a realização de serviços de Apoio ao Diagnóstico, como a avaliação de exames à distância, facilitando o acesso a serviços especializados. Busca reduzir o tempo de diagnóstico possibilitando tratamento para complicações previsíveis por meio do diagnóstico precoce.
Telemonitoramento	Monitoramento a distância de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes por meio das TICs. O monitoramento pode incluir a coleta de dados clínicos, a transmissão, o processamento e o manejo por um profissional de saúde utilizando sistema eletrônico
Telerreguação	Ações em sistemas de regulação com intuito de equacionar respostas adequadas às demandas existentes, promovendo acesso e equidade aos serviços, possibilitando a assistência à saúde.
Teleeducação	Disponibilização de objetos de aprendizagem interativos sobre temas relacionados à saúde, ministrados a distância por meio de TICs, com foco na aprendizagem no trabalho.
Segunda opinião formativa	Resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica das melhores evidências científicas perguntas originadas das teleconsultorias
Teleconsulta	Realização de consulta médica ou de outro profissional de saúde à distância por meio de TIC, que até a epidemia só era permitida, no Brasil, pelo conselho federal de medicina em situações de emergência.

Fonte: elaboração própria com base em dados obtidos no *site* do Programa Telessaúde Brasil Redes (https://www.saude.gov.br/telessaude); CAETANO, Rosângela et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro

Evidências vem mostrando que o uso da telessaúde pode trazer diversos benefícios para o sistema de saúde e usuário. Exemplos disso são a redução de tempo de atendimento, dos custos de deslocamento de pacientes e profissionais de saúde e melhorias na qualidade assistencial, ao possibilitar o acesso a especialistas por profissionais de saúde não especializados em áreas remotas aumentando dessa maneira a capacidade de resposta aos problemas e a resolutividade nesse nível de atenção, além de proporcionarem redução de custos na execução dos exames[2,4].

Quadro 2. Aspectos positivos e negativos do uso da telessaúde para apoio assistencial

Aspectos positivos:	**Aspectos negativos:**
Supera limites geográficos e temporais	Falta de conhecimento das suas potencialidades
Oferta de maneira simplificada assistência à saúde e educação	Escassez de estudos documentando as suas vantagens
Clinicamente eficaz e serve de modelo assistencial centrado no paciente	Falta de regulamentos éticos claros e bem estabelecidos

Promete conforto e satisfação aos pacientes	Frágil infraestrutura e acesso
Aumenta resolutividade na APS	Possui uma frágil regulamentação política e de processos que garantem a sua sustentabilidade
Qualifica e reduz o isolamento profissional	Financiamento irregular e necessidade de investimento para institucionalização

Fonte: elaboração própria com base em figuras obtidas no *artigo* NILSON, Luana Gabriele e cols. Teoria da mudança na avaliação da telessaúde no apoio à atenção primária à saúde no brasil, 2020.

Teletriagem e consulta virtualizadas:

A consulta médica virtualizada pode utilizar diferentes tecnologias para mediar a comunicação entre médico e paciente disposto em locais geográficos distintos. Há um aumento do incentivo dessa ferramenta, devido ao seu potencial de superar distâncias e oferecer cuidados a saúde em menor tempo com redução do custo. O Conselho Federal de Medicina (CFM) permitiu a teleconsulta médica com premissas e recomendações. Além disso, iniciativas recentes do Governo Federal suspenderam restrições ao uso e abriram novas oportunidades para a maior consolidação da telessaúde no país como ferramenta de melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS)[8,17-19].

A teleconsulta médica pode ser subdivida em alguns tipos: aditiva (acrescenta momentos de interação entre médico e paciente, além das consultas presenciais), alternativa (substitui a consulta presencial) ou parcialmente substitutiva (algumas consultas presenciais são substituídas por teleconsultas ao longo do acompanhamento). Podem também ser utilizados diversos meios de comunicação e tecnologia para realização da consulta virtualizada, sendo a teleconsulta por vídeo a modalidade considerada mais segura, viável e com maior grau de satisfação. No entanto é fundamental lembrar que quando se refere à equidade e acessibilidade, a literatura afirma que a teleconsulta não é adequada para todos os pacientes ou para todas as situações[8,9].

Mediante o cenário pandêmico atual a utilização da telemedicina se mostra ainda mais eficaz, um exemplo disso é a estratégia de triagem direta (classifica os pacientes antes que cheguem aos serviços de saúde) utilizada para controlar o surgimento ou aumento de surtos de saúde. Nesse tipo de triagem tem-se a utilização de contatos virtuais que registram os dados dos pacientes como sintomas ou temperatura e podem impedir consultas hospitalares desnecessárias para pacientes com sintomas leves. Ainda a depender da gravidade dos sintomas o paciente pode ser encaminhado a um médico, ou orientado a permanecer em casa com os seus sintomas monitorados. Esse tipo de assistência durante a pandemia tem sido essencial, visto que os serviços de saúde reduziram ou até mesmo interromperam muitos serviços clínicos, incluindo o cancelamento e adiamento de consultas médicas presenciais. Muitos pacientes têm comorbidades as quais são inclusive fatores de risco para o desenvolvimento dos quadros graves da COVID-19 e precisam estar bem controlados, a assistência médica de maneira virtual vem sendo uma importante ferramenta de manutenção e promoção de saúde, impedindo consultas médicas presenciais desnecessárias [4,8,9,10,12].

A oferta de serviço de saúde mental utilizando a telessaúde vem ganhando grande espaço durante a vigência da pandemia em 2020. Essa oferta incluiu aconselhamento, supervisão, treinamento, psicoeducação por meio de plataformas *on-line*, outras terapias (como telerreabilitação, usando, por exemplo, plataformas educacionais *on-line* ou psicoterapia baseada em jogos para idosos, crianças e adolescentes, como forma de estabelecer relações cognitivas e resolver problemas). Tratando especificamente da saúde mental é importante lembrar que o crescimento do número de casos confirmados e mortes pelo vírus produz problemas psicológicos, incluindo ansiedade, depressão e estresse no público em geral e, também, na equipe médica e demais profissionais de saúde [4,8-12].

Telessaúde e suporte de especialistas:

Mesmo antes da chegada da pandemia do COVID-19 a telessaúde vinha sendo cada vez mais adotada para oferecer o suporte ao cuidado especializado. Como exemplo destaca-se o atendimento às populações rurais, que muitas vezes convivem com escassez e dificuldades de acesso a serviços de saúde e a vários especialistas [4,10].

Telessaúde e auxílio no monitoramento dos pacientes positivos para COVID-19

Desde o início da pandemia do COVID-19, diversas iniciativas ligadas à telessaúde estiveram presentes no Brasil. Esse telemonitoramento é utilizado para fazer acompanhamento dos casos positivos de COVID-19. Ele permite uma boa avaliação do estado de saúde dos doentes mesmo à distância, funcionando inclusive como uma forma de triagem, diminuindo o risco de transmissão como aconteceria no caso de atendimentos presenciais[16,20,21].

O telemonitoramento desse tipo de paciente tem alguns objetivos principais como fazer a avaliação de risco e gravidade, identificando aqueles que podem permanecer em isolamento domiciliar, os que devem ser orientados a teleconsulta e os que precisam procurar a Unidade de saúde de referência para consulta presencial [13,15,16,21].

Conclusão

O Brasil é um país em desenvolvimento, cujas características do sistema de saúde e condições de trabalho dos profissionais podem ser melhoradas com a utilização de serviços de telessaúde. Esses serviços representam uma importante estratégia para fortalecer e aumentar a resolutividade na atenção à saúde [2,4,6]. Ademais, desde os momentos iniciais da COVID-19 no país estiveram presentes várias iniciativas ligadas à telessaúde, fazendo parte de alguns planos estaduais de contingência da epidemia no que se refere à assistência, comunicação e capacitação dos profissionais de saúde. A partir disso, conclui-se que a telessaúde oferece capacidades para triagem, cuidado e tratamento remotos, auxiliando o monitoramento, vigilância, detecção e prevenção à saúde relacionados ou não ao COVID-19. As iniciativas desencadeadas nesse processo em 2020 podem reconfigurar o espaço futuro da telemedicina na prática dos serviços no território Brasileiro[4,7].

Referências

21. Organização Panamericana de La Salud. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina [internet]. Washington, DC: Organização Panamericana de La Salud; 2016 [Acesso em: 27 de junho de 2020]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6.
22. Nilson, LG; Maeyna, AM; Donly, LL; Boing, AF; Calvo, MCM. Telessaúde: da implantação ao entendimento como tecnologia social. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais. 2018; 5(1):33-47.
23. Caetano, R et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública. 2020; 36(5):e00088920.
24. Nilson, LG; Maeyna, AM; Donly, LL; Boing, AF; Calvo, MCM. Teoria da mudança na avaliação da telessaúde no apoio à atenção primária à saúde no brasil / Teoria da mudança na avaliação da telessaúde no apoio à atenção à saúde primária no brasil. Revista Brasileira de Saúde Review. 2020; 3(3):3900-3919.
25. Ministério da Saúde. Telessaúde Brasil Redes [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [Acesso em: 28 de junho de 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/telessaude_brasil_redes_2015.pdf
26. Silva AB. 1ª edição. Telessaúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rio de Janeiro: Doc Editora; 2014.
27. Merhy, EE; Feuerewrker, LCM. 1ª edição. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Rio de Janeiro: Hexis. 2016.
28. Catapan, SDC; Calvo, MCM. Teleconsulta: uma revisão integrativa da interação médico-paciente mediada pela tecnologia. Revista Brasileira de Educação Médica. 2020; 44(1):e002.
29. Harzheim, E; Katz, N; Ferri, C; Fernandes, JG; Barbosa, I. Guia de avaliação, implantação e monitoramento de programas e serviços em telemedicina e telessaúde [internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2017 [Acesso em: 28 de junho de 2020]. Disponível em: http://www.rebrats.saude.gov.br/images/MenuPrincipal/Guia_Avaliacao_telessaude_telemedicina.pdf.

30. Oliveira V, Queirós L, Gomes P, Monteiro M. COVID-19 e a Transformação Digital dos Cuidados de Saúde: "A Pastilha de Mentos na Coca-Cola Diet". Gazeta Médica. 2020; 7(2):124-131.
31. Bertelsen P; Petersen LS. Danish Citizens and General Practitioners Use of ICT for their Mutual Communication. Stud Health Technol Inform. 2015; 216:376–379.
32. Pereira, MD; Oliveira, LC; Costa, CFT; Pereira, MD; Santos, CKA. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. Research, Society and Development. 2020; 9(7): e652974548-e652974548.
33. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde – Versão 9 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [Acesso em: 28 de junho de 2020]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf
34. Medonça, CS et al. Resposta assistencial de um serviço docente assistencial de APS à pandemia da COVID-19. APS EM REVISTA. 2020; 2(1):33-37.
35. Villanova, R. Pacientes com Covid contam com Telemonitoramento do Hospital Albert Einstein [internet]. [Acesso em 20 de junho de 2020]. Disponível em: https://agenciapara.com.br/noticia/19130/.
36. Silveira, RP et al. Telemonitoramento da COVID-19 com participação de estudantes de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. APS EM REVISTA. 2020; 2(2):151-161.
37. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.227, de 13 de dezembro de 2018. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Diário Oficial da União. 2019 fev. 6; Seção 1. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf.
38. Conselho Federal de Medicina. Ofício CFM nº 1.756, de 19 de março de 2020. Resposta encaminhada ao Senhor Ministro de Estado da Saúde, Luiz Henrique Mandetta. [Acesso em 20 de junho de 2020]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf.
39. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União. 2020 mar. 23; Seção 1. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996.
40. Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União. 2020 abr. 16; Seção 1. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328.
41. Ministério da Saúde. Formulário de identificação e acompanhamento por meio de Teleatendimento de pacientes com síndrome gripal [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [Acesso em: 27 de junho de 2020]. Disponível em: https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1132.

A educação interprofissional como método de construção da identidade profissional

Lorena Sipauba Pitanga
Jessica Maria Ferreira de Araújo
Juliene Azevedo Oliveira

Resumo

O Sistema Único de Saúde, baseado nos princípios de equidade, integralidade e universalidade, trouxe uma nova perspectiva acerca do atendimento ao paciente. A busca de medidas eficazes, voltadas para a centralidade da saúde trouxe a proposta da saúde multidisciplinar. A importância da equipe multiprofissional é baseada na promoção de um atendimento diferenciado, no qual os profissionais interagem mutuamente em prol de um único objetivo, o reestabelecimento da saúde do paciente de forma integral. Diante disso, para a formação de um profissional capacitado para o trabalho em conjunto é preciso ressaltar a importância da educação interprofissional, em que membros de duas equipes ou mais aprendem uns com os outros sobre suas profissões e atuações. A união relatada é imprescindível para o desenvolvimento de um novo profissionalismo, voltado exclusivamente para as necessidades do paciente como um todo. Portanto, a educação interprofissional destaca-se como um método importante para o desenvolvimento de habilidades profissionais voltadas para o trabalho em equipe e como pilar para a construção de um profissional pronto para interagir, respeitar e compartilhar conhecimentos com os demais profissionais da área.

Palavras-chave: educação interprofissional; equipe multiprofissional; saúde multidisciplinar; graduação em saúde.

Introdução

Ao longo dos anos, com o aumento da expectativa de vida e a prevalência de doenças crônicas degenerativas, surgiu a necessidade de um acompanhamento contínuo e prolongado, evidenciando a urgência de uma abordagem integral do paciente, que contemplasse as múltiplas dimensões de suas demandas e as demais necessidades da população[1]. Assim, o surgimento da equipe multiprofissional foi de extrema importância para a construção de uma saúde multidisciplinar. O trabalho em equipe multiprofissional é aquele no qual a interação e a troca de informações do melhor plano terapêutico superam as dificuldades estabelecidas pelo modelo de saúde centrado apenas na figura médico-paciente[2]. Entretanto, é preciso ressaltar que a grande maioria dos profissionais de saúde, em seu processo de formação, não desenvolveu um contato eficiente com os profissionais da mesma área, o que gerou profissionais pouco aptos ao efetivo trabalho em equipe, revelando um modelo de atenção à saúde fragmentado e pouco resolutivo[3]. Nesse contexto, a educação interprofissional apresenta grandes colaborações conforme os participantes reveem suas relações profissionais, aumentam o entendimento mútuo e exploram meios para combinar seu conhecimento almejando um atendimento mais eficiente e preciso[4].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a educação interprofissional como o método pelo qual dois ou mais grupos de alunos, de diferentes vertentes do sistema de saúde, são treinados para prover serviços de saúde, prevenção, tratamento, reabilitação, melhoria e promoção de saúde com o importante objetivo de criar interação e participação entre os futuros profissionais para desenvolver atributos e habilidades essenciais ao trabalho coletivo[5,6]. Além disso, a comunicação entre os profissionais é de extrema importância para a fluidez da equipe multiprofissional, pois o sucesso do atendimento ao paciente está intimamente atrelado a isso[7]. Portanto, a necessidade da educação interprofissional decorre diretamente da complexidade da natureza multifacetada da saúde e das necessidades de assistência social dos pacientes, requerendo a coordenação eficaz dos serviços[6].

O crescimento da educação interprofissional no Brasil é apoiado pelas Políticas Indutoras para a Formação em Saúde, como o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), o Pró-Ensino na Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde, que vem se apresentando como ferramentas importantes para orientar a formação profissional e reconhecer a necessidade de adotar a

educação interprofissional como uma estratégia capaz de superar a fragmentação do trabalho em saúde no país[8].

É evidente que os limites entre cada profissão devem ser reconhecidos, porém é preciso que haja o entendimento da necessidade de interação entre os profissionais e a superação da dificuldade histórica existente na comunicação, para que além da troca de conhecimento haja a excelência em atendimento multidisciplinar, integral e centrado no paciente[9].

Método

Trata-se de uma revisão da literatura, realizada por meio de plataformas de conhecimento, como Scielo e Pubmed. Os descritores usados foram "educação interprofissional'', "graduação em saúde'' "equipe multiprofissional'' e "saúde multidisciplinar'', foi empregado o cruzamento dos descritores de forma aleatória. Não foi determinado um período para a busca, visando abranger todos os conteúdos publicados. Os artigos encontrados nas duas bases foram comparados para determinar uma correspondência entre eles. Inicialmente, foram estabelecidos como método de inclusão artigos publicados na íntegra em língua portuguesa e inglesa. Estudos inconclusivos e os que não obtiveram resultados satisfatórios foram excluídos da pesquisa. Dentro dos critérios utilizados, foram selecionados 20 artigos para a realização da pesquisa.

Resultado

Os dados coletados a partir da análise da literatura revelam o potencial substancial da educação interprofissional como formadora eficaz de um profissional qualificado em atendimento e trabalho em equipe.

Costa et al[9], em pesquisa realizada com estudantes de enfermagem e medicina, objetivando proporcionar uma aprendizagem compartilhada e o aprendizado interprofissional, constataram a importância do trabalho em equipe como oportunidade de troca de conhecimentos e construção de novos conhecimentos.

O estudo de Silva et al[10] evidenciou que 90,37% dos estudantes acreditam que a aprendizagem em conjunto com estudantes de outros cursos é benéfica ao trabalho em equipe, além disso, 74, 81% dos estudantes afirmam que os pacientes são beneficiados quando o trabalho é multiprofissional.

Anderson et al[11] demonstraram, através da realização de um modulo, a transformação do pensamento de estudantes acerca do conceito e da importância da educação interprofissional. O estudo tinha como objetivo a aprendizagem sobre educação interprofissional e sua prática. As respostas dos estudantes antes e após o contato com o método, demonstrou que após o término 39% dos alunos acreditavam que estudantes da área da saúde deveriam ser educados em conjunto para desenvolver relações de colaboração, anteriormente apenas 19% admitiam tal situação. Além disso, quando comparada ao total inicial, a quantidade de alunos que acreditam que os cuidados realizados por uma equipe multiprofissional entregam resultados mais eficazes aumentou 25%.

Leathers et al[12] desenvolveram um curso global de saúde na Nicarágua, envolvendo estudantes de medicina e enfermagem para avaliar o conhecimento e a experiência dos alunos acerca da educação e da prática interprofissional, antes e após a ministração do curso. O estudo demonstrou que após a conclusão do curso a perspectiva e as atitudes dos alunos acerca das atividades de educação interprofissional foram positivas. Os alunos desenvolveram a capacidade de entender cada função na equipe e trabalhar em conjunto, respeitando as diferenças de cada um.

O estudo de Bridges et al[13], afirma que compreender seu papel na equipe, bem como entender as profissões alheias é essencial para a educação interprofissional, pois conforme o aluno entende a função que desenvolve no grupo é provável que não interfira ou interfira menos na função de outro membro da equipe multiprofissional.

De acordo com Batista[14], valorizar a história das diferentes áreas profissionais, considerar o outro um parceiro legítimo na construção de conhecimentos, respeitando as diferenças, buscando o diálogo e o aprendizado, estabelecendo comprometimento e responsabilidade são fatores essenciais para a formação de um profissional capacitado para o atendimento multiprofissional.

Discussão

No âmbito da atenção à saúde, percebe-se que o pouco conhecimento ou a incompreensão que o profissional de saúde possui sobre o papel das outras profissões - motivado por estereótipos sobre as demais profissões e pelo medo de perder a identidade profissional - ocasiona fragmentação da atenção oferecida, comprometendo sua qualidade e acarretando insatisfação nos usuários[15]. Assim, a política de saúde identifica a educação interprofissional, como fator principal para a melhoria dos sistemas de saúde e a resolução efetiva e duradoura dos casos[6]. Desse modo, o debate entre as organizações de saúde é sobre o momento ideal para a implementação da educação interprofissional, sugerindo que a introdução do conceito deve iniciar com programas de pré-qualificação e prosseguir durante toda a carreira do profissional[6]. É importante ressaltar que quanto antes ocorrer a implementação da educação interprofissional, maior será a probabilidade de alunos treinados serem membros de uma equipe multiprofissional, desenvolvendo sentimentos positivos em relação aos seus companheiros e trabalhando em conjunto em prol do paciente[16]. Outrossim, as experiências de ensino e aprendizagem na perspectiva da educação interprofissional indicam que a formação favorece mudanças no perfil dos profissionais e possibilita a formação de profissionais de saúde mais críticos, reflexivos e proativos[17].

Algumas ferramentas da educação interprofissional podem ser utilizadas para incentivar o trabalho em equipe multiprofissional, uma delas é a simulação de treinamento de uma equipe clínica para a avaliação das habilidades dos alunos mediante atuação em grupo[13]. A estratégia de ensino é implementada no período de graduação, no qual a simulação permite replicar o atendimento clínico em um ambiente seguro para os alunos, sem a pressão e a complexidade de um ambiente de atendimento real, melhorando a integração da teoria e da prática, o que tem demonstrado resultados positivos na formação profissional[18]. Na atenção básica de saúde, o trabalho em equipe foi apontado como essencial para o processo, pois o trabalho em conjunto permite que cada um entenda seu papel no atendimento ao paciente[19]. Algumas universidades utilizam além da simulação em equipe, a inserção do estudante desde o primeiro ano de curso no ambiente profissional, para estimular o desenvolvimento de habilidades em grupo e o contato com uma equipe multiprofissional.

Alguns estudos demonstraram que os pacientes se sentem mais amparados e satisfatoriamente atendidos quando avaliados por uma equipe multiprofissional[13]. Templeman et al[20], afirmam que o trabalho em equipe é uma parceria mutuamente benéfica entre diferentes disciplinas, permitindo não somente a troca de conhecimento, mas um atendimento mais aprimorado e eficaz. Pois, a comunicação profissional que há dentro da equipe evita a prevalência de erros médicos e contribui para a maior satisfação em relação ao atendimento, visto que o sucesso da avaliação está intimamente relacionado com a boa comunicação interprofissional[7]. Além disso, a eficiente resolução de casos pela equipe multiprofissional evidenciou redução de custos para o sistema de saúde e menor rotatividade de membros da equipe[18].

Conclusão

Embora ainda haja um caminho longo para a adesão completa da educação interprofissional nas universidades e nos segmentos de saúde, as pesquisas evidenciam a efetividade da prática como método competente para melhorar a qualidade da atenção à saúde por meio do trabalho em equipe. Além disso, a experiência da educação interprofissional é de extrema importância para moldar as características necessárias a um profissional capacitado ao trabalho em equipe, como a flexibilidade, a boa comunicação, o respeito e o comprometimento.

Portanto, a implementação da educação interprofissional é um pilar para a manutenção dos princípios estabelecidos pelo SUS, uma vez que os profissionais da saúde, alinhados aos requisitos deste sistema, garantem o sucesso da equipe multiprofissional e um atendimento de excelência.

Referências:

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 15. Pag. 2297-2305, 2010.
2. Ferreira RC, Varga CRR, da Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: A perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(SUPPL. 1):1421–1428.

3. Da Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHS da S. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. Interface Commun Heal Educ. 2015;19:709–20.
4. Barr H, Low H. Introdução à Educação Interprofissional. Reino Unido. Fareham: CAIPE, 2013.
5. Safabakhsh L, Irajpour A, Yamani N. Designing and developing a continuing interprofessional education model. Adv Med Educ Pract. 2018;Volume 9:459–67.
6. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. Interface Commun Heal Educ. 2016;20(56):185–96.
7. Bekkink MO, Farrell SE, Takayesu JK. Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications for medical education. Int J Med Educ. 2018;9:262–70.
8. Rossit RAS, Freitas MA de O, Batista SHS da S, Batista NA. Constructing professional identity in interprofessional health education as perceived by graduates. Interface Commun Heal Educ. 2018;22:1399–410.
9. Costa MV da, Azevedo GD, Vilar MJP. Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina. Saúde em Debate. 2019;43(spe1):64–76.
10. Aguilar-da-Silva RH, Scapin LT, Batista N alves. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. Avaliação Rev da Avaliação da Educ Super. 2011;16(1):165–84.
11. Anderson OS, August E, Goldberg PK, Youatt E, Beck AJ. Developing a framework for population health in interprofessional training: An interprofessional education module. Front Public Heal. 2019;7(MAR):1–8.
12. Leathers JS, Davidson H, Desai N. Interprofessional education between medical students and nurse practitioner students in a Global Health course. BMC Med Educ. 2018;18(1):1–7.
13. Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki I V., Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: Three best practice models of interprofessional education. Med Educ Online. 2011;16(1):1–11.
14. Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. J Biol Chem. 1988;263(33):17658–62.
15. Santos LC Dos, Simonetti JP, Cyrino AP. Interprofessional education in the undergraduate medicine and nursing courses in primary health care practice: The students' perspective. Interface Commun Heal Educ. 2018;22:1601–11.
16. Zechariah S, Ansa BE, Johnson SW, Gates AM, Leo G De. Interprofessional Education and Collaboration in Healthcare: An Exploratory Study of the Perspectives of Medical Students in the United States. Healthcare. 2019;7(4):117.
17. Lairamore C, Morris D, Schichtl R, George-Paschal L, Martens H, Maragakis A, et al. Impact of team composition on student perceptions of interprofessional teamwork: A 6-year cohort study. J Interprof Care [Internet]. 2018;32(2):143–50. Available from: https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1366895.
18. Ferri P, Rovesti S, Magnani D, Barbieri A, Bargellini A, Mongelli F, et al. The efficacy of interprofessional simulation in improving collaborative attitude between nursing students and residents in medicine. A study protocol for a randomised controlled trial. Acta Biomed. 2018;89(7S):32–40.
19. Aguilar-da-Silva RH. Educação Interprofissional na Graduação em Saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema) Interprofessional. Educ em Rev [Internet]. 2011;(39):159–75.
20. Templeman K, Robinson A, McKenna L. Advancing medical education: Connecting interprofessional collaboration and education opportunities with integrative medicine initiatives to build shared learning. J Complement Integr Med. 2016;13(4):347–55.

Telessaúde como ferramenta multidisciplinar na atenção primária à saúde

Paola Beatriz de Almeida Carvalho
Pedro Filgueiras de Campos
Vitor Amaral Nunes da Silva

Resumo

A telemedicina é definida como o uso dos meios de comunicação audiovisual na assistência, educação e pesquisa na prática médica e é composta pela teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e teleducação. Constitui importante recurso para atenção a populações em que há maior dificuldade para o acesso da equipe de saúde, e como método de educação continuada para profissionais da área. A teleconsultoria, associada à segunda opinião formativa, tem demonstrado a capacidade de aumentar a resolutividade da atenção primária, reduzir encaminhamentos desnecessários, facilitar o acesso do usuário à atenção especializada e na contingência de gastos públicos. Apesar das vantagens apontadas, ainda há baixa adesão a essas tecnologias por parte dos profissionais por motivos de origem estrutural, desinformação e escasso treinamento. A instalação de computadores com acesso à internet de qualidade associada ao preparo técnico dos prestadores de serviços quanto às novas tecnologias são medidas necessárias para a ampliação da telemedicina no Brasil.

Palavras chave: Telessaúde; Teleconsultoria; Atenção Primária à Saúde;

Introdução

A telemedicina, definida como o uso de meios de comunicação audiovisual na assistência, educação e pesquisa na prática médica, foi inicialmente regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em sete de agosto de 2002, através da resolução número 1.643. Neste momento, o conselho estipulou que, apesar de reconhecidas, tais práticas permaneciam atreladas a preceitos éticos e legais, incluindo a garantia ao sigilo, confidencialidade e privacidade dos dados, e a responsabilidade profissional diante de toda e qualquer conduta[1]. Posteriormente, o CFM expandiu estes conceitos através da resolução número 2.227, em 2018, porém esta foi rapidamente revogada pela resolução 2.228 em 2019, restabelecendo a vigência da resolução 1.643[2,3].

Com a proposta de promover ações de apoio e de educação permanente na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde instituiu através da portaria número 35 de quatro de janeiro de 2007, o chamado Programa Nacional de Telessaúde, primariamente direcionado às regiões carentes, geograficamente isoladas, e de baixa população. Estabeleceu como critério de adesão ao programa a presença de infraestrutura de telecomunicações adequada, definida como acesso à internet[4]. Este projeto deu mais tarde origem ao Programa Telessaúde Brasil, com o intuito de fornecer suporte e qualificação às Equipes de Saúde da Família (ESF) norteada por evidências científicas, através de ações educativas. Dentre elas, destacam-se a "Segunda Opinião Formativa", então compreendida como o esclarecimento sistematizado de eventuais dúvidas levantadas pelas ESF, de origem clínica ou operacional, por uma equipe multiprofissional qualificada[5].

Em 2011, através da portaria de número 2.546, o Ministério da Saúde ampliou o seu programa de telessaúde, que passou a ser chamado de Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Definiu, em seu Artigo 2º, os seguintes serviços às Redes de Atenção à Saúde do SUS: teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e teleducação[6]. A teleconsultoria consiste em conferência realizada entre prestadores de serviços, profissionais e gestores da área da saúde, por intermédio de ferramentas de telecomunicação, com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser síncrona, quando ocorre em tempo real, ou assíncrona, a partir de mensagens *offline*. Essa modalidade de telessaúde guarda íntima relação com a Segunda Opinião Formativa, definida como a resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do

SUS[6]. A categoria teleducação, também conhecida como educação à distância, está relacionada a atividades de aperfeiçoamento, como conferências, aulas, palestras e cursos, ministrados por meios de comunicação eletrônicos. O telediagnóstico, por sua vez, é o serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal. Nesse caso, o exame complementar é coletado na esfera da atenção primária e laudado em um centro de referência. Todos estes serviços têm finalidade assistencial e educacional, visando a capacitação do profissional para abordagem autônoma de casos similares, baseado em evidências científicas atualizadas[6].

O presente trabalho visa avaliar, à luz da literatura científica atual, a eficácia da telemedicina como facilitador do acesso entre a atenção primária e à atenção especializada, e como ferramenta de educação permanente à distância dos profissionais. Busca também apontar os fatores limitantes ao pleno funcionamento do serviço no Brasil.

Metodologia

Foi realizada uma revisão bibliográfica em 19 de julho de 2020 nos bancos de dados LILACS, BVS e Google Scholar com os descritores "telemedicina", "informática em saúde pública", "consulta remota" e "comunicação por videoconferência". Também foi efetuada a consulta manual às referências dos textos escolhidos. Foram selecionados textos em português, inglês e espanhol, originados no Brasil, considerando os objetivos deste artigo.

Resultados

Os serviços de telessaúde são aplicáveis a várias esferas da Atenção Primária à Saúde (APS), podendo estar atrelados a todos os seus atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Modalidades como teleconsultorias, teleducação e sistemas de telediagnóstico, por exemplo, podem favorecer o atendimento na atenção primária visando maior efetividade no trabalho[7]. O Brasil é um país que oferece oportunidades ímpares para o desenvolvimento e as aplicações da telemedicina. Sua grande extensão territorial, com milhares de locais isolados e de difícil acesso, distribuição extremamente desigual de recursos médicos de boa qualidade, entre outros aspectos que vêm desafiando a efetivação do direito à saúde, permitem prever a existência de um grande potencial de expansão da telemedicina no país[8].

A teleducação, que é a utilização de tecnologias de multimídia para o ensino à distância, tem se mostrado bastante útil em promover educação continuada a profissionais e acadêmicos da área da saúde e a aos próprios pacientes. Em tempos de pandemia do vírus COVID – 19, a teleducação se mostrou de extrema importância em vários aspectos, tendo como ponto central a prevenção primária da doença. Graças aos diversos meios de comunicação, desde boletins formais até redes sociais, profissionais da saúde puderam informar grandes grupos populacionais sobre o vírus, maneiras de transmissibilidade, virulência, patogenicidade, como realizar a prevenção da infecção de maneira eficaz e o que fazer em caso de apresentar sinais e sintomas característicos. Nesse contexto, a teleducação tem sido útil também na educação dos profissionais da saúde, permitindo que possam se atualizar acerca de informações sobre o novo vírus e sobre protocolos de manejo dos casos suspeitos e infectados[9].

Os métodos de telediagnóstico possibilitam a realização de diagnósticos em locais de difícil acesso pela equipe de saúde. Um dos benefícios já demonstrados é nos serviços da área da telecardiologia. Consistem em sistemas em que unidades de saúde recebem um microcomputador e um eletrocardiógrafo digital, com possibilidade de envio dos traçados eletrocardiográficos e comunicação com plantão de cardiologia em unidade referência. Tal atributo tem se mostrado além de factível, economicamente benéfico[10].

A teleconsultoria, que consiste no diálogo entre profissionais de saúde através de conferências realizadas por meios de telecomunicação, é bastante útil para promover o esclarecimento de questionamentos e discussão das mais diversas condutas, visando o melhor atendimento ao paciente. A oferta de teleconsultorias em saúde no Brasil é ampla, com uma boa satisfação daqueles que a procuram e com uma alta taxa de resolução de dúvidas. Entretanto, a procura por este serviço é baixa, com estudos mostrando que a maior parte dos usuários cadastrados no programa não fez nem ao menos uma solicitação no período de 24

meses. Esses dados evidenciam uma reduzida demanda dos profissionais da atenção primária, principalmente por médicos, fazendo com que muitos núcleos que oferecem o atendimento sejam subutilizados[11].

A baixa adesão dos profissionais da APS ao uso da teleconsultoria é multifatorial. Em um estudo realizado com o objetivo de esclarecer os fatores associados à não utilização da teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família[12], a maioria dos médicos (55,8%) relatou não utilizar o serviço e quase um terço (32,5%) disse não ter sido informado sobre o mesmo. Quase dois terços dos entrevistados (63,9%) informaram que no município onde atuam não há orientação administrativa para uso do recurso. Aproximadamente metade (47,5%) desses profissionais relatou não ter computador com internet disponível para uso do profissional médico na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde trabalha e, para quase um terço (31,4%) dos mesmos, a qualidade da conexão internet no município onde atua é considerada ruim ou péssima. Os principais problemas associados à baixa adesão ao uso das teleconsultorias no estudo foram: a alta rotatividade de profissionais nas unidades, uma vez que quase metade dos médicos do estudo relatou trabalhar na atenção primária há menos de um ano; a baixa divulgação da ferramenta e a falta de treinamento dos profissionais para o uso dessa tecnologia; a falta de estrutura, como equipamento e acesso à internet, além da pequena familiaridade dos profissionais com este recurso; resistência de médicos e usuários à quebra de padrões tradicionais de atenção à saúde, sendo muitas vezes relutantes ao uso de novas tecnologias, além de tempo adicional requerido para as atividades do serviço[12].

Em municípios da região norte do estado de Minas Gerais, foi realizado estudo que visou avaliar os impactos da chamada Rede de Teleassistência de Minas Gerais (RTMG), um serviço público de telessaúde que resultou da parceria entre seis universidades públicas do estado[13]. A RTMG presta serviços de teleconsultoria e telediagnóstico em cardiologia a 821 pontos de atenção à saúde, principalmente na APS. A RTMG oferece atendimentos assíncronos nas diversas áreas da saúde aos profissionais em 660 municípios do estado. No estudo, foi demonstrado que, cerca de 40% das solicitações foram originadas de áreas de menor IDH do estado, em cidades com populações inferiores a 20 000 habitantes. Nessa pesquisa, foi realizado questionário aos usuários do serviço, constatando que 80% responderam que as teleconsultorias evitaram encaminhamentos e 95% responderam que foram úteis para esclarecer a dúvida. Noventa e quatro por cento dos profissionais de saúde relataram estar satisfeitos com o serviço[13].

Discussão

Não há no DeCS, na BVS-APS ou no MeSH Terms do PUBMED a definição para a palavra “telessaúde”. De um modo geral, telemedicina e telessaúde são conceitos que se referem à utilização das tecnologias da comunicação e da informação na saúde e, muitas vezes, são utilizados como sinônimos[14].

Para Maheu et al.[15], a telemedicina é a prestação de serviços de saúde, informação clínica e educação a distância por meio das tecnologias da telecomunicação. Telessaúde, por sua vez, seria um conceito mais amplo e multidisciplinar que telemedicina, pois abrangeria todas as outras áreas relacionadas com a saúde, como enfermagem, odontologia, psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia.

O Brasil é, como já destacado, um país de grande extensão territorial, com locais de difícil acesso e grande heterogeneidade da qualidade da APS. A Telemedicina se mostra importante ferramenta para a melhora da atenção em saúde em áreas remotas, por meio da teleducação, dos sistemas de telediagnóstico e com o uso das teleconsultorias pela equipe da ESF[16].

A teleducação tem se mostrado benéfica, uma vez que ela pode ser utilizada de maneiras diversificadas. O período de pandemia do COVID-19 tem evidenciado as inúmeras aplicações dessa modalidade de telessaúde, possibilitando orientar pacientes em relação à prevenção primária e à coordenação do cuidado dos pacientes com sintomas característicos. Os sistemas de telediagnóstico também tem apontado resultados positivos na avaliação de exames complementares, como demonstrado em alguns serviços de telecardiologia, possibilitando diagnóstico e manejo precoce de afecções cardiovasculares[17].

A teleconsultoria tem também mostrado repercussões favoráveis, sendo a RTMG um exemplo bem-sucedido de serviço de telessaúde sustentável. Possibilita quebra das barreiras geográficas à assistência especializada, qualificação dos encaminhamentos, melhora da qualidade do atendimento aos pacientes e constitui-se como uma ferramenta importante e eficiente de educação permanente em serviço. Além disso, são

monitorados indicadores precisos de utilização e satisfação dos profissionais de saúde e evidências dos benefícios aos municípios remotos[17]. Ademais, a teleconsultoria, por reduzir o número de encaminhamentos, qualifica os mesmos, possibilitando melhor organização do atendimento especializado e maior qualidade da assistência ao paciente. É também um recurso importante e eficiente de educação continuada em saúde, tendo em vista que a assimilação do conhecimento é melhor quando advém da resolução de problemas e desafios concretos vivenciados ou quando o conhecimento adquirido tem aplicação prática imediata[18].

Apesar das vantagens oferecidas pela teleconsultoria, é demonstrado nos trabalhos realizados sobre o tema que o serviço apresenta ainda um percentual muito baixo de uso dos profissionais da APS, principalmente pelos médicos. Por ser uma ferramenta com evidentes benefícios para o cuidado com o paciente, é de interesse que seja cada vez mais disseminada no sistema de saúde[19]. A aplicação da educação permanente com processos contínuos de divulgação das teleconsultorias e o treinamento dos profissionais para o uso dessa tecnologia seria importante para que pudesse ser utilizada em maior escala. Como um dos obstáculos citados nos estudos pelos profissionais é de não possuir computador com internet viável na unidade de saúde em que trabalha, é notável a necessidade de investimentos em estrutura adequada para o emprego dessa tecnologia. Até mesmo ferramentas de comunicação mais simples e baratas, mas igualmente eficazes, como serviços de telefonia móvel de qualidade, são opções possíveis[20]. Além disso, visando a maior aceitação do uso da telemedicina, é interessante que esse tema seja exposto aos futuros médicos desde a sua graduação, para que eles cheguem mais habituados aos postos de trabalho onde está implantado o serviço. Outra medida que poderia ser instituída a fim de aprimorar a relação custo-eficácia das teleconsultorias, é a centralização dos núcleos de telessaúde, adequando a oferta dessa ferramenta à demanda de cada localidade, para que não haja tantas unidades ociosas.

Conclusão

O Brasil possui inúmeros desafios para alcançar o objetivo de oferecer uma saúde universal, integral e equânime a todos os cidadãos. A telemedicina é uma ferramenta que tem demonstrado melhorias no acesso ao cuidado e funciona como interface entre a atenção básica e a especializada. Entretanto, falta de estrutura mínima, desinformação e escasso treinamento dos profissionais são limitações à plena disseminação da telessaúde no país. O investimento em instalação de computadores com acesso à internet de qualidade, a orientação e o preparo dos prestadores de serviço para utilizarem os recursos tecnológicos no atendimento são medidas que permitiriam a ampliação da telemedicina e, consequentemente, seus benefícios aos usuários e ao sistema de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1643/2002. Brasília: Diário Oficial da União; 2002.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2227/2018. Brasília: Diário Oficial da União; 2018.
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2228/2019. Brasília: Diário Oficial da União; 2019.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007. Brasília: Diário Oficial da União; 2007.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Diário Oficial da União; 2010.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 2546, de 27 de outubro de 2011. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
7. Landsberg GAP. e-Health and Primary Care in Brazil: concepts, correlations and trends. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016; 11(38): 1-9.
8. Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2016; 32 (2): 1-12.
9. Caetano R, Silva AB, Guedes AC, Carneiro M, Paiva CCN, Ribeiro GR, Santos DL et al. Desafios e oportunidades em Telessaúde em tempos de pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre espaços e iniciativa do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2020; 36 (5): 1-16.
10. Andrade MV, Maia AC, Cardoso CS, Alkmim MB, Ribeiro ALP. Custo benefício do serviço de telecardiografia no Estado de Minas Gerais: Projeto Minas Telecardio. Arq Bras Cardiol. 2011; 97(4): 307-316.

11. Schmitz CAA, Harzheim E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017; 12 (39): 1-11.
12. Damasceno RF, Caldeira AP. Fatores associados à não utilização da teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2019; 24 (8): 3089-3098.
13. Marcolino MS, Alkmim MB, Assis TGP, Sousa LAP, Ribeiro ALP. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2014; 35 (5/6):345–52.
14. Mariani A, Fernandes P. Telemedicine: a technological revolution. São Paulo Med J 2012; 130:277-8.
15. Maheu M, Whitten P, Allen A. E-health, telehealth and telemedicine: a guide to start-up and success. 1ª edição. New York: Wiley; 2001.
16. 16.Guimarães EMP, Godoy SCB, Villela LCM, Mafaldo JDS. Teleconsutoria e videoconferência como estratégia de educação permanente para as equipes de saúde da família. Cogitare Enferm. 2015; 20 (2): 376-84.
17. Ribeiro ALP, Alkmim MB, Cardoso CS, Carvalho GGR, Caiaffa WT, Andrade MV et al. Implementation of a Telecardiology System in the State of Minas Gerais: the Minas Telecardio Project. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95 (1): 70-78.
18. Schmitz CAA, Gonçalves MR, Umpierre RN, Siqueira ACS, D'Ávila OP, Bastos CGM, et al. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017; 12 (39): 1-7.
19. Oliveira DG, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal SA, Novaes MA, Souza WV. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. Cad. Saúde Pública. 2015; 31 (11): 2379-2389.
20. Almeida MM, Albuquerque CA, Veras VR, Carvalho SH, César ID, Carvalho LPF. O uso de tecnologias da informação e comunicação em áreas rurais é suficiente para a educação continuada? J Bras Tele. 2014; 3 (1): 211-219.

Potencialidade da arte e música como métodos terapêuticos adjuvantes facilitadores da inclusão

Nathália Carolinne Rabêlo de Souza
Maria Cristina Araújo Estrela
Matheus Henrique Mendes de Oliveira
Cyntia Rodrigues de Araújo Estrela

Resumo

Introdução: Artes são manifestações da atividade humana que provocam o sentimento admirativo e modificam em consonância ao contexto histórico e sociocultural. Musicoterapia e arteterapia surgem como ferramentas com potencial de possibilitar o autoconhecimento e desenvolvimento de maneira humanizada. **Objetivo**: Discutir os aspectos neurocientíficos e potencialidade da pintura e música como terapêuticas adjuvantes. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão, em que se aplicou os descritores: “Art therapy”, “Psychiatric disorders”, “Neuroplasticity”, "Music Therapy”, “perspectives”, “neurociência” e “música”, nas plataformas PubMed, Scielo e Scholar Google. Foram analisados 385 resumos, com critérios de inclusão: idioma, tipo de estudo, abordagem temática e publicação no período de 2015 a 2020, sendo selecionados 20 artigos. **Resultados:** Ambos proporcionam experiências que aumentam a autonomia e estimulam um novo olhar sobre a vida e existência. Propriedades terapêuticas, promoção do bem estar emocional e instrumento facilitador na aprendizagem, são exploradas por áreas inúmeras da medicina, visando uma maior inclusão. Os aspectos neurocientíficos envolvem a neuroplasticidade, psicomotricidade e a capacidade de acionar diversas áreas cerebrais. **Conclusão:** Configuram-se como terapêuticas adjuvantes no Alzheimer, esquizofrenia, autismo, depressão e ansiedade, pois possibilitam o desenvolvimento de habilidades cognitivas e interpessoais e compreensão das emoções individuais. Entretanto, a resistência social constitui um impasse na efetivação desses métodos.
Palavras-chave: arteterapia; musicoterapia; neurociência; terapêutica; inclusão.

Introdução

Definir arte é deparar-se com inúmeros questionamentos e convicções divergentes que permeiam a história da humanidade e que fundamentaram o estudo de diversos filósofos e entusiastas da área. No entanto, ao considerar a etimologia da palavra tem-se que a arte provém do latim *ars, artis* e significa maneira de ser ou de agir. Nesse sentido, de modo substanciado e leigo, o termo arte engloba as manifestações da atividade humana que provocam o sentimento admirativo e que está sujeito a alterações em consonância ao contexto histórico, cultural e social do indivíduo[1].

Nesse diapasão, Freud reconheceu a arte como instrumento capaz de propiciar a exteriorização do inconsciente, constantemente omisso na manifestação verbal. O psiquiatra e psicoterapeuta suíço Carl Jung, discípulo de Freud, introduziu a linguagem artística na psicoterapia. Jung acreditava que a criatividade artística era uma função psíquica natural que possibilita a transformação de questões inconscientes em imagens simbólicas. Esse ilustre psicoterapeuta estimulava seus pacientes a retratar livremente as percepções socioemocionais vivenciadas, por meio de desenhos ou pinturas. O correspondente mecanismo, permitia a análise das representações desenvolvidas pelos pacientes, além de viabilizar a organização do caos interior por meio da arte[2,3].

Sob esse viés, a arteterapia surge como uma ferramenta que possibilita o autoconhecimento por intermédio do fazer artístico somado às técnicas diversificadas como a colagem, pintura, desenho e escultura, por exemplo. Essas técnicas terapêuticas promovem o desenvolvimento do indivíduo ao abrir novos horizontes, sendo um processo único e que não há regras preestabelecidas. Nessa perspectiva, Nise da Silveira, médica psiquiatra brasileira, revolucionou o tratamento dos transtornos mentais ao propiciar aos pacientes uma terapêutica não agressiva, humanizada e alicerçada na arte[4,5,6].

Ademais, a musicoterapia é outra opção no processo de estimulação cognitiva. Essa prática envolve o uso da música e seus elementos como intervenção médica ou educacional, podendo ser exercida

individualmente ou em grupos e permite o aprimoramento da qualidade de vida emocional, intelectual e social, além da canalização de sentimentos[7].

Diante disso, é possível compreender a relevância da arteterapia e da musicoterapia no aprimoramento dos aspectos psicossociais. Logo, o presente artigo tem como finalidade discutir a potencialidade dessas técnicas na terapêutica de inumeráveis patologias neuropsiquiátricas e neurocognitivas, com ênfase na pintura e na música, além de analisar os aspectos neurocientíficos envolvidos.

Métodos

O presente estudo é uma revisão integrativa de literatura, a qual se baseia na coleta de dados a partir de plataformas secundárias, objetivando-se reunir, analisar, discutir e sintetizar os dados compilados. Conduziu-se uma busca nas plataformas Scholar Google, PubMed e Scielo no período de Julho de 2020, com o intuito de esclarecer a potencialidade da músico e arteterapia. Para o levantamento dos artigos, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Art therapy”, “Psychiatric disorders”, “Neuroplasticity”, “Music Therapy”, “perspectives” e “neurociência”, “música” em inglês, português e combinados com o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: idioma, artigos publicados em inglês, português e espanhol, tipo de estudo realizados nos artigos, abordagem temática e artigos publicados nos últimos cinco anos, período de 2015 a 2020. Quanto aos critérios de exclusão, revisões de literatura e relevância na abordagem do tema foram utilizados como determinantes de exclusão.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram reunidos 53.735 artigos organizados por critério de relevância, dentre quais, os 385 resumos mais relevantes foram analisados. A partir desses, realizou-se uma leitura analítica e, por fim, foram selecionados 20 artigos, em inglês e português publicados no período de 2015 a 2020, para compor o trabalho (Quadro 1).

Quadro 1. Métodos

Data	Base de dados	Termos de busca	Referências obtidas	Critério de exclusão	Resumos analisados	Referências selecionadas
30/07/2020	PubMed	art therapy AND psychiatric disorders	2.890	99	50	5
30/07/2020	PubMed	neuroplasticity AND music	388	136	100	4
29/07/2020	Scholar Google	music therapy AND perspectives	439.000	42.700	135	6
29/07/2020	Scholar Google	neurociência AND música	19.000	10.800	100	5
Total	-	-	461.278	53.735	385	20

Fonte: Elaborado pelo autor.

Resultados e Discussão

O Brasil vem aumentando a expectativa de vida nas últimas décadas em função dos avanços da medicina e do saneamento básico. Há uma clara transição epidemiológica, ainda em curso, que fez com que a maior causa de mortes no país migrasse de doenças e condições agudas para doenças crônico-degenerativas e câncer. Nesse sentido, houve um aumento de transtornos neuropsiquiátricos por fatores genéticos, mas também externos aos indivíduos, favorecidos pelo contexto social de inserção[8]. Logo, o aumento das queixas de natureza psíquica, essencialmente a datar do século XXI, embora já existissem, associadas às afecções neuropsiquiátricas, levou o Ministério da Saúde levantar essa discussão e trazer à tona caminhos possíveis para a solução dessa problemática.

A arteterapia surge como uma opção eficaz para o tratamento alternativo dos transtornos e condições neuropsiquiátricas e neurocognitivas, tais como Alzheimer, esquizofrenia, autismo, depressão, ansiedade, alcoolismo, entre outros quadros que transitam na clínica, ora como sintomas, ora como patologias. Ela proporciona a partir da imaginação, experiências que podem se manifestar e aumentar a potencialidade da autonomia e independência do sujeito, melhoramento da saúde mental e outros sintomas ligados como a ansiedade, em função da expansão do horizonte de possibilidades e estímulo a buscar um novo olhar sobre a vida e sua existência[9].

Entretanto, há uma resistência por certa parte da população e até mesmo de profissionais da saúde para a aceitação da arte terapêutica, em razão de fatores históricos arcaicos que valorizavam a medicina farmacológica em detrimento de outras inúmeras vias já comprovadas cientificamente na literatura nacional e internacional. Para tanto, a abordagem da arte como terapia foi reconhecida como ocupação profissional e há pouco inserida à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), portaria nº 849/2017, sendo assim, regida pelo Sistema Único de Saúde (SUS)[10]**.** Essa ação foi enxergada como oportunidade de ampliação e melhoria da atenção à saúde e assistência tanto à população quanto ao profissional de saúde, o que vai ao encontro com as prerrogativas legais dispostas pela Política Nacional de Humanização (PNH), sendo indicada desde o diagnóstico paralelo aos demais tratamentos[11].

A pintura é uma arte já existe desde a pré-história, quando o homem as utilizava para se comunicar, deixar sua marca, se apropriar do objeto e de fazê-lo seu "duplo". Atualmente, a função da pintura no processo de cuidado comporta todas essas características e muito mais, tem o dom de curar holisticamente o paciente. O trabalho de quem acompanha a pintura, seja individualmente, seja em grupo, deve ser de muita concentração porque o processo da pintura vale mais que o resultado final. Para isso, há cursos que podem ser feitos caso o profissional se interesse por essa área, além da necessidade de ampliar essa discussão nos currículos universitários que, em sua maioria, resistem à arte e aos demais tratamentos alternativos, apesar da comprovada eficácia. O momento do diálogo é especial porque é fundamentado principalmente no diálogo. Quando em grupo, se tem a chance de se interessar pelos argumentos dos outros, além dos seus, e construir sua própria perspectiva.

A origem epistemológica da palavra música vem do grego "musikétéchne", que significa "a arte das musas" é uma representação artística de uma população, sua cultura, valores coletivos e individuais, condições socioeconômicas e políticas, além do tempo que se encontram. É constituída por ritmos, rimas, melodias, pausas e silêncio, os quais conseguem ativar diferentes partes do cérebro para entender e decifrar o som[12].

A musicoterapia vem sido usada desde a Antiguidade, as propriedades da música de facilitar a catarse das emoções e como provedora de serenidade, vêm sido destacada pelos filósofos Platão e Aristóteles, no entanto, não se sabia ao certo qual o princípio terapêutico que a música se embasava, tendo sido, portanto, negligenciada pela medicina por muito tempo. As propriedades terapêuticas, promoção do bem estar emocional e instrumento facilitador na aprendizagem da música, atualmente, vêm sido bastante explorada por áreas diversas da medicina como a medicina paliativa, neurociência e uma subárea dessa, a neuroeducação, visando uma maior inclusão e tratamentos adjuvantes ao principal[12-15].

O embasamento científico da musicoterapia está relacionado tanto à capacidade de acionar diversas áreas cerebrais, quanto à neuroplasticidade e psicomotricidade. No que diz respeito ao acionamento, o início da cadeia se dá na periferia cerebral pela extração das características no primeiro contato com o som, identificando timbre, altura, localização. Para total percepção musical, os sinais passam para áreas superiores do cérebro, podendo ativar o cerebelo, promovendo a liberação de dopamina, a qual atua nas emoções, o hipocampo e córtex frontal inferior também são ativados no acompanhamento musical, além disso, na leitura e execução musical, são ativados respectivamente o córtex visual e lobos frontais[12,13,16-19].

A psicomotricidade trabalha com o envolvimento do corpo, mente e o ambiente que envolve o indivíduo, a terapêutica relacionando a música ajuda na otimização dos resultados, uma vez que possibilita, através do som elemento do ambiente externo, uma maior integração e correlação dos sentidos do indivíduo, possibilitando um maior desenvolvimento neuro, psicoafetivo e corporal no indivíduo[20,21]. A neuroplasticidade é

a capacidade adaptativa dos neurônios, ou seja, sua adaptação e formação de novas redes e conexões, as quais permitem a adequação ao cotidiano, resultando na aprendizagem e memória[19].

A reabilitação neuropsicológica é uma forma de recuperação do paciente em que se busca a melhora física, psicológica e social, é um processo dinâmico, o qual capacita de indivíduos com déficits cognitivos decorrente de lesões ou doenças para que possam passar por um processo de inclusão social[18,22,23]. Seu embasamento está estruturado na neuroplasticidade, esses conhecimentos possibilitam a utilização de terapias adjuvantes como a arte e musicoterapia como ampliadores de prognósticos e qualidade de vida. Indo de encontro ao que se acredita, a pesquisa de Alain et al demonstrou que a neuroplasticidade continua ocorrendo entre os grupos etários mais velhos e idosos, por mais que seja uma plasticidade modesta, ainda é passível de reabilitação e treinamento cognitivo[24].

O Alzheimer é uma doença que afeta a memória, linguagem, atenção e planejamento, por meio do acometimento do hipocampo e o córtex entorrinal. A musicoterapia, segundo Hirata e Barbosa, pode ser benéfica nos pacientes com Alzheimer, uma vez que os componentes da música servem como mnemônicos ajudando a pessoa a realizar associações facilitando, por fim, tanto o aprendizado, quanto a memória. A memória musical é processada por um sistema neurológico específico, independendo do normal, com isso, essa memória é preservada mais facilmente na doença, o que permite ser alvo para lembranças e emoções por meio da associação[22]. Ademais, McDermot et al, em sua pesquisa demostrou os efeitos diretos e indiretos nos cuidados de pessoas com demência e o aumento da socialização, inclusão no meio em que vive e qualidade de vida tanto do paciente, quanto dos familiares estão entre os ganhos dessa terapia[25]. A musicoterapia e arte terapia podem, também, apresentar resultados positivos nos casos de transtorno do espectro autista (TEA), ajudando as pessoas na comunicação e socialização, além de melhorar a habilidade de adaptação social, melhorando, com isso a qualidade de vida tanto dos responsáveis, como do paciente[24,26,27].

Quadro 2. Distribuição quanto ao autor et al (ano) e principais conclusões dos artigos selecionados

Autor et al (ano)	Conclusões
Dias et al (2019)	A música pode ser utilizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar objetivando reduzir o estresse, melhorando o equilíbrio emocional, ajudando na aprendizagem e aprimorando as capacidades cognitivas.
Raglio et al (2016)	A musicoterapia pode ser utilizada como terapêutica adjuvante em casos de problemas comportamentais e de relacionamento, por causas orgânicas ou psicogênicas (demência, esquizofrenia, autismo).
Casarotto et al (2017)	A utilização da música como ferramenta de ampliação cognitiva e memorização obteve impacto positivo nos estudantes aumentando o conhecimento quanto à temática.
Louro (2019)	A psicomotricidade se refere ao envolvimento da mente, corpo e ambiente na aprendizagem e aprimoramento cognitivo e a música interfere potencializando esses efeitos.
Brito et al (2019)	A música atua na neuroplasticidade cerebral formando novas redes e conexões permitindo a aprendizagem, envolvimento emocional e memória.
Vik et al (2019)	Há uma relação estreita entre a musicoterapia e capacidade neural de se adaptar, neuroplastia, e pode ser uma forma de intervenção para pacientes com dificuldade de interação.
Mansouri et al (2017)	Músicas de alto ritmo conseguem interagir com o córtex pré-frontal alterando efeitos em sua função executiva. A música influencia o aprendizado na implementação de controles inibitórios.
Cunha (2017)	O som permite que o indivíduo se relacione mais facilmente com o ambiente externo, promovendo maior socialização, memórias e emoções.
Hirata et al (2019)	A musicoterapia é uma terapia adjuvante que auxilia na fixação da memória e conhecimento, uma vez que a memória musical é processada separadamente da memória comum, permitindo,

	assim, o acesso a emoções vividas mais facilmente.
McDermott et al (2018)	As consequências indiretas da musicoterapia abrangem, também, a família dos pacientes e a qualidade de vida de todos, uma vez que há uma maior inclusão e socialização.
Rizzo et al (2018)	A música tem capacidade ampla de estimulação cerebral, o que permite o acesso aos sentimentos, emoções e memórias, permitindo que o aprendizado ocorra de forma mais simples e fácil.
Ripollés et al (2015)	A musicoterapia mostrou, por meio de de uma ressonância magnética atividade em áreas auditivas e motoras, além de um aumento da conectividade funcional entre várias regiões da rede motora auditiva (iv) sugerindo que a terapêutica tem efeitos não específicos adicionais sobre o desempenho cognitivo e humor.
Moss (2018)	Alguns dos efeitos da musicoterapia na mente são: melhoria do foco, atenção e capacidade de lidar com as emoções e memórias.
Koshimori et al (2019)	A música produz maiores estímulos cerebrais aumentando sua excitação, podendo aumentar, assim, o desempenho cognitivo e capacidade de memorização do indivíduo.
Alain et al (2019)	O treinamento cognitivo e reabilitação neuropsicológica ainda é viável nos grupos etários mais velhos, visto que, por mais que há uma diminuição na plasticidade neural, essa ainda permaneça passível de mudanças.
Thompson (2017)	As mães observaram uma melhora na relação com seus filhos autistas e qualidade de vida de toda a família, após a adoção de musicoterapia e gincana envolvendo música.
Tsiris (2016)	A musicoterapia conjunta à abordagem da espiritualidade por, mas que continue sendo uma questão complexa e delicada, é uma prática cada vez mais utilizada.
Liola et al (2017)	A partir das estratégias utilizadas pelo psicólogo, ficou evidente a importância da arteterapia para desenvolver a comunicação, autonomia e independência do indivíduo.
Martinie et al (2016)	Constatou-se que os indivíduos que foram submetidos à arteterapia conseguiram mergulhar no seu próprio inconsciente e passar para a tela o reconhecimento de si.
Bazargan et al (2016)	A terapia foi utilizada em meninas e contribuiu significativamente para retardar a doença ou atenuar seus efeitos na medida que a arte diminuiu alguns sintomas clínicos.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conclusão

O quadro de transição epidemiológico brasileiro configura, dentre diversas patologias, o acréscimo de transtornos neuropsiquiátricos e neurocognitivos. Logo, a arteterapia e a musicoterapia são alternativas terapêuticas que demonstram resultados positivos no tratamento de doenças como Alzheimer, transtorno do espectro autista, ansiedade, depressão, dentre outros. As técnicas correspondentes possibilitam a melhor compreensão a respeito das emoções individuais, facilitam o processo de aprendizagem, além de proporcionar o desenvolvimento de habilidades interpessoais e melhorias na interação social e consequentemente na inclusão dessas pessoas, algo que constitui um desafio recorrente na área da saúde. As explicações científicas fundamentam a justificativa terapêutica, como a relação entre a música e as inúmeras áreas do cérebro, que permitem a percepção dos nuances musicais e promovem a liberação de neurotransmissores que influenciam os aspectos emocionais. Além da psicomotricidade que integra os aspectos emocionais, físicos e cognitivos e a neuroplasticidade que viabiliza a adaptação constante do cérebro. Desse modo, a arteterapia e a musicoterapia demonstram potencialidade e relevância terapêutica, sendo imprescindível a capacitação da

equipe multiprofissional e disseminação dessas opções no intuito de minimizar a resistência dos pacientes quanto às práticas.

Referências

1. Coli J. O que é arte? São Paulo. Editora Ática; 2011.
2. Ubaatbrasil. Ubaatbrasil [Internet]. Available from: https://www.ubaatbrasil.com/
3. Reis A. Arteterapia: a Arte como Instrumento no Trabalho do Psicólogo. Psicol Ciência e Profissão [Internet]. 2014;34(1):142–57. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100011&lng=pt&tlng=pt
4. Poiate TB. Arteterapia através de linhas. São Paulo. Editora Clube de Autores; 2015.
5. Arcuri I. Arteterapia de corpo e alma. São Paulo. Editora Casa do Psicológo; 2004.
6. Melo W. Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. Mnemosine. 2013;5(2):30–52.
7. Edwards J. The Oxford Handbook of Music Therapy. Oxford. Oxford University Prees; 2016.
8. De Negri F, Uziel D. O que é medicina de precisão e como ela pode impactar o setor de saúde? Inst Pesqui Econômica Apl – ipea [Internet]. 2020; Available from: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9970/1/td 2557.pdf
9. Loiola RDS, Andriola CJS. A Arteterapia como Instrumento do Psicólogo na Clínica. Id Line Rev Psicol. 2017;11(35):18–31.
10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Vol. (5)2, 2015.
11. Ministério da Saúde. Politica Nacional de Humanização. Vol. 1. 2013. 285–299 p.
12. Dias F de A, Oliveira BA e S, Pires H dos SR. (Inter)conexão de saberes na educação contemporânea. 2019; Vol. 2. 156–165 p.
13. Casarotto FD, Vargas LDS de, Mello-Carpes PB. Música e seus efeitos sobre o cérebro: uma abordagem da neurociência junto a escolares. Rev ELO – Diálogos em Extensão. 2017;6(02):55–60.
14. Tsiris G. Music therapy and spirituality: an international survey of music therapists' perceptions. Nord J Music Ther. 2017;26(4):293–319.
15. Rizzo SC, Fernandes E. Neurociência e os benefícios da música para o desenvolvimento cerebral e a educação escolar. Rev Pós-Graduação Multidiscip. 2018;1:13–20.
16. Mansouri FA, Acevedo N, Illipparampil R, Fehring DJ, Fitzgerald PB, Jaberzadeh S. Interactive effects of music and prefrontal cortex stimulation in modulating response inhibition. Sci Rep [Internet]. 2017;7(1):1–13. Available from: http://dx.doi.org/10.1038/s41598-017-18119-x
17. Fujioka T, Dawson DR, Wright R, Honjo K, Chen JL, Chen JJ, et al. The effects of music-supported therapy on motor, cognitive, and psychosocial functions in chronic stroke. Ann N Y Acad Sci. 2018;1423(1):264–74.
18. Koshimori Y, Thaut MH. New Perspectives on Music in Rehabilitation of Executive and Attention Functions. Front Neurosci. 2019 (November);13:1–6.
19. Brito LMP, Brito R dos R, Sissi SA de A. Neuroplasticidade e música: emoção estética, harmonia e cognição promovendo aprendizagem. 2019;12(4):51–70.
20. Louro V. Conceitos de psicomotricidade e o ensino de música. Música na Educ Básica. 2014;13:1–6.
21. Issn AM, Este R, Therapy M. Musicoterapia : Música e saúde em prática. 2017;4(2):71–8.
22. Hirata MS, Barbosa AF de C. A Musicoterapia e sua inter-relação com a reabilitação neuropsicológica na doença de Alzheimer. 2019;1–11.
23. Vik BMD, Skeie GO, Specht K. Neuroplastic effects in patients with traumatic brain injury after music-supported therapy. Front Hum Neurosci. 2019 (June);13:1–11.
24. Alain C, Moussard A, Singer J, Lee Y, Bidelman GM, Moreno S. Music and Visual Art Training Modulate Brain Activity in Older Adults. Front Neurosci. 2019 (March);13:1–15.
25. McDermott O, Ridder HM, Baker FA, Wosch T, Ray K, Stige B. Indirect music therapy practice and skill-sharing in dementia care. J Music Ther. 2018;55(3):255–79.

26. Thompson GA. Long-term perspectives of family quality of life following music therapy with young children on the autism spectrum: A phenomenological study. J Music Ther. 2017;54(4):432–59.
27. Raglio A, Galandra C, Sibilla L, Esposito F, Gaeta F, Di Salle F et al. Effects of active music therapy on the normal brain: fMRI based evidence. 2016;10(1):182-6.

Saúde mental dos estudantes de medicina: prevalência de transtornos mentais comuns e automedicação

Cristina Amaral Calixto
Nathália Macedo Marteletto
Luciane Teixeira Passos Giarola
Priscila Totarelli Monteforte

Resumo

OBJETIVO: Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e o uso de psicotrópicos, sem prescrição médica, entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei, *Campus* Dom Bosco. **MÉTODOS:** Estudo transversal com 138 voluntários, do primeiro ao oitavo período. Para o levantamento dos dados foram utilizados o questionário SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*) e perguntas elaboradas a partir da análise do instrumento ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*). Foi realizada análise exploratória, descritiva, por meio da distribuição das frequências. Pesquisa aprovada pela Comitê de Ética em Pesquisa da UFSJ (Nº CAAE: 01694918.0.0000.5151). **RESULTADOS/ DISCUSSÃO:** Observou-se predominância de jovens do sexo feminino e da faixa etária de 20 a 25 anos. O quarto período apresentou o maior número de acadêmicos com Transtornos Mentais Comuns (85%). O terceiro e o sexto período tiveram o maior consumo de tranquilizantes (30%). O uso de anfetaminas foi maior no terceiro período (30%). O uso de psicotrópicos prevaleceu entre os homens. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A prevalência de Transtornos Mentais Comuns e do uso automedicado de psicotrópicos foi elevada na amostra, indicando a importância de se conhecer a realidade dos alunos, visando o direcionamento de estratégias de suporte aos universitários.

Palavras-chave: saúde mental; automedicação; estudantes de Medicina.

Introdução

O ambiente extremamente competitivo, advindo do período pré-vestibular, o qual se estende às escolas médicas, dada a disputa pelas limitadas vagas nos estágios extracurriculares, nos programas de residência e em alguns postos de trabalho são características inerentes à formação médica[1,2]. Além disso, fatores como carga horária integral, extenso conteúdo programático das disciplinas e contato precoce com pacientes em situação de sofrimento, constituem fatores estressores importantes que permeiam a rotina dos estudantes de Medicina. Some-se a isso a construção social de elevadas expectativas com relação ao médico em formação.

Essas situações estressoras favorecem o aparecimento de sintomas físicos e psíquicos, os quais podem não ser suficientes para caracterizar o diagnóstico de uma patologia psiquiátrica formal, mas que comprometem o desempenho das atividades diárias do indivíduo[3]. Esse conjunto de sintomas configura o espectro dos Transtornos Mentais Comuns (TMC), também conhecidos como Transtornos Psiquiátricos Menores[2]. Os TMC estão, portanto, relacionados a distúrbios de ansiedade e de depressão e, consequentemente, a sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade. Nas últimas décadas, sintomas de TMC têm sido constatados em estudantes do curso de Medicina de diversas universidades[4-7].

Lima e colaboradores demonstraram, em estudo transversal com 551 estudantes de Medicina, que 44,7% desses alunos apresentavam TMC[8]. Resultado similar foi encontrado por Fiorotti e colaboradores, cujo trabalho revelou que, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), havia incidência de 37,1% de perturbações psíquicas entre os estudantes de medicina analisados[9]. Estudo realizado na Universidade Estadual do Ceará (UECE) demonstrou que 53,3% dos alunos de Medicina pesquisados eram suspeitos de apresentar transtornos mentais leves, enquanto que na Universidade de Brasília, 95,2% dos estudantes de Medicina entrevistados referiram desespero, ansiedade, mau humor e depressão, sendo que 50% deles relataram experimentar esses sentimentos frequentemente, muito frequentemente ou sempre[10,11].

Esse adoecimento psíquico, assim como os sintomas físicos do estresse presentes no contexto da formação médica, acaba por estimular o uso inadequado de medicamentos, principalmente psicotrópicos. Em estudo recentemente publicado por Boclin e colaboradores, foi constatada maior prevalência do uso de fármacos psicoativos entre estudantes do curso de Medicina, comparativamente a alunos de outros cursos superiores. A maioria desses estudantes, por sua vez, relatou a utilização dessas substâncias com o propósito de aliviar a tensão e o estresse[12]. A perspectiva de que acadêmicos de Medicina estejam utilizando medicamentos psicotrópicos, muitas vezes, sem prescrição e sem devida supervisão médica, alerta para o potencial risco de agravo à saúde desses alunos.

Corrobora essas observações o estudo multi- institucional realizado por Emanuel e colaboradores com 2.732 estudantes de Medicina de instituições públicas e privadas de Chicago, o qual mostrou que 18% desses alunos já haviam usado medicamentos psicotrópicos ao menos uma vez na vida[13]. Além disso, o trabalho de Wege e colaboradores avaliou a prevalência de transtornos mentais comuns, bem como o uso de medicações psicotrópicas em estudantes iniciantes do curso de Medicina de uma universidade alemã. De acordo com esse estudo, a proporção do uso desses medicamentos foi maior para esses alunos do que para a população em geral, mas menor do que a dos estudantes de Medicina dos últimos anos do curso. Dentre os acadêmicos avaliados, 10,7% relataram uso regular de substâncias psicoativas, principalmente ansiolíticos, hipnóticos, moduladores do humor e medicamentos para melhorar o desempenho cognitivo, como o metilfenidato[14].

Para além da exemplificação, esses estudos também apontam para o fato de que a presença de TMC, bem como o uso abusivo de psicotrópicos e psicoestimulantes por estudantes de Medicina é uma questão que perpassa as fronteiras territoriais. No Brasil, trabalhos que avaliem esse panorama são escassos, embora sejam de extrema relevância para direcionar estratégias de saúde pública[13,14].

Sendo assim, evidencia-se a importância da identificação precoce de TMC entre os estudantes e que o surgimento de sintomas associados a esses transtornos pode propiciar o uso abusivo e, muitas vezes, automedicado de substâncias psicoativas. Mais ainda, que o conjunto destes fatores pode diminuir a qualidade de vida do estudante bem como apresentar risco à sua saúde. Desse modo, o objetivo deste trabalho foi fazer um levantamento sobre a prevalência de TMC e do uso de anfetaminas e de tranquilizantes, sem prescrição médica, por alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei – UFSJ no Campus Dom Bosco – CDB.

Métodos

Trata-se de estudo epidemiológico observacional e transversal, realizado de janeiro a julho de 2019, para o qual as informações foram obtidas a partir do questionário de auto relato SRQ-20 (*Self- Reporting Questionnaire)* e de perguntas embasadas no instrumento denominado *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST). A amostra foi voluntária, estratificada por período do curso e composta por 138 estudantes de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei/ *Campus* Dom Bosco (UFSJ/CDB), matriculados entre o primeiro e o oitavo período, no primeiro semestre de 2019. É importante ressaltar que a UFSJ/CDB abre semestralmente 20 vagas no curso de medicina e que cada estrato da amostra contemplou 70% ou mais desse quantitativo, exceto no 3º período, cuja porcentagem foi de 50%.

Por uma questão logística, não foram incluídos os alunos do nono ao décimo segundo período (alunos na fase de treinamento - internato), visto que muitos campos de prática do curso encontram-se em instituições de saúde de diversas cidades da região. Para cada estudante participante do estudo foi registrada a faixa etária e o sexo.

A estratégia de análise das informações obtidas seguiu o contexto da estatística descritiva, utilizando o programa Excel®[15-17].

A pesquisa realizada teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSJ (**Nº CAAE: 01694918.0.0000.5151**), e o Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes, no qual todos os alunos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre o anonimato dos questionários

Instrumentos de coleta:

1– Self- Reporting Questionnaire – SRQ-20

Este instrumento, na versão com 20 questões, foi originalmente desenvolvido por Harding *et al.* para detectar pacientes da atenção primária com sofrimento mental[18]. Trata-se de questionário confiável e validado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a pesquisa de TMC[19].

Este instrumento de pesquisa é composto por 20 questões que abrangem quatro dimensões específicas, comuns aos indivíduos portadores de algum tipo de sofrimento mental não psicótico[20]. São elas:

1. humor ansioso e depressivo;
2. sintomas somáticos;
3. decréscimo de energia;
4. pensamentos depressivos.

O padrão de resposta binária (sim/não) permite avaliar a prevalência de cada parâmetro que compõe o rastreamento da suspeita de TMC, individual ou coletivamente. A identificação da presença de TMC no indivíduo é feita por meio do somatório de respostas positivas ao teste. Para valor de corte maior ou igual a sete, o SRQ-20 apresenta sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31 sem diferença de sexo. Utilizando esse ponto de corte os valores preditivos positivo e negativo do teste são de 76,43% e de 94,21%, respectivamente[19,20].

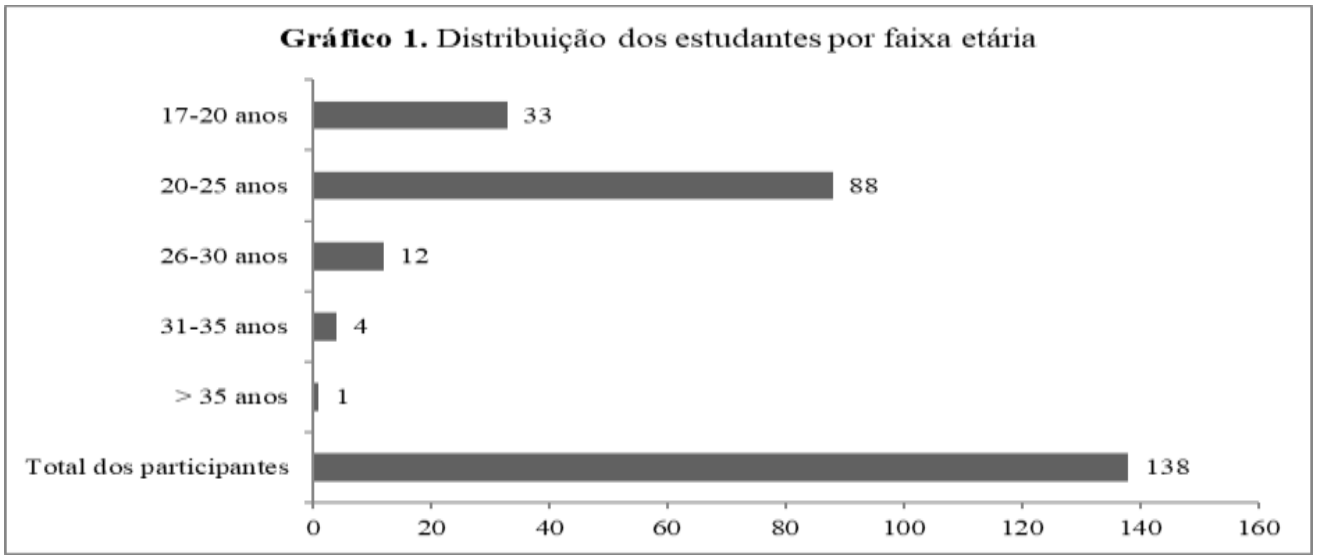
2– Questionário elaborado com base no instrumento ASSIST-Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

Este instrumento foi originalmente desenvolvido por pesquisadores de diversos países, sob a coordenação da OMS, para se fazer o rastreio do uso de drogas e de substâncias psicoativas. Ele foi utilizado neste estudo para embasar a elaboração de perguntas relativas ao uso de medicamentos psicotrópicos, tais como ansiolíticos e anfetaminas, pelos estudantes regularmente matriculados no curso de medicina da UFSJ/CDB[21].

Resultados

1- Panorama dos entrevistados

O estudo contou com a participação de 138 estudantes. No tocante à distribuição da amostra por sexo, 94 alunos (68%) são do sexo feminino e 44 (32%) do sexo masculino. No que se refere à idade dos participantes, a maioria dos entrevistados (63,8%) possui entre 20 e 25 anos. O Gráfico 1 apresenta a distribuição segundo a faixa etária dos alunos estudados.



Fonte: Elaborado pelo autor.

2- Avaliação de respostas positivas ao SRQ-20

O Gráfico 2 apresenta a distribuição de frequência percentual de respostas positivas para cada variável do questionário.

Sete das vinte perguntas obtiveram 50% ou mais de respostas positivas. A pergunta *"Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?"* destaca-se pela alta frequência de respostas positivas (85,5%), seguida pela pergunta *"Dorme mal?",* que obteve 63,8% de afirmações positivas. Em relação aos sintomas somáticos, o questionamento sobre a presença de dores de cabeça obteve a maior frequência de respostas positivas entre os entrevistados (50,7%). Na avaliação do decréscimo de energia vital, a maioria dos entrevistados (61,6%) respondeu sim à pergunta *"Você se cansa com facilidade?".*

No tocante à avaliação de pensamentos depressivos, 48,6% afirmam ter perdido o interesse pelas coisas. Ainda nesta dimensão, deve-se destacar que 12,3% dos alunos responderam sim à pergunta sobre ideação suicida.

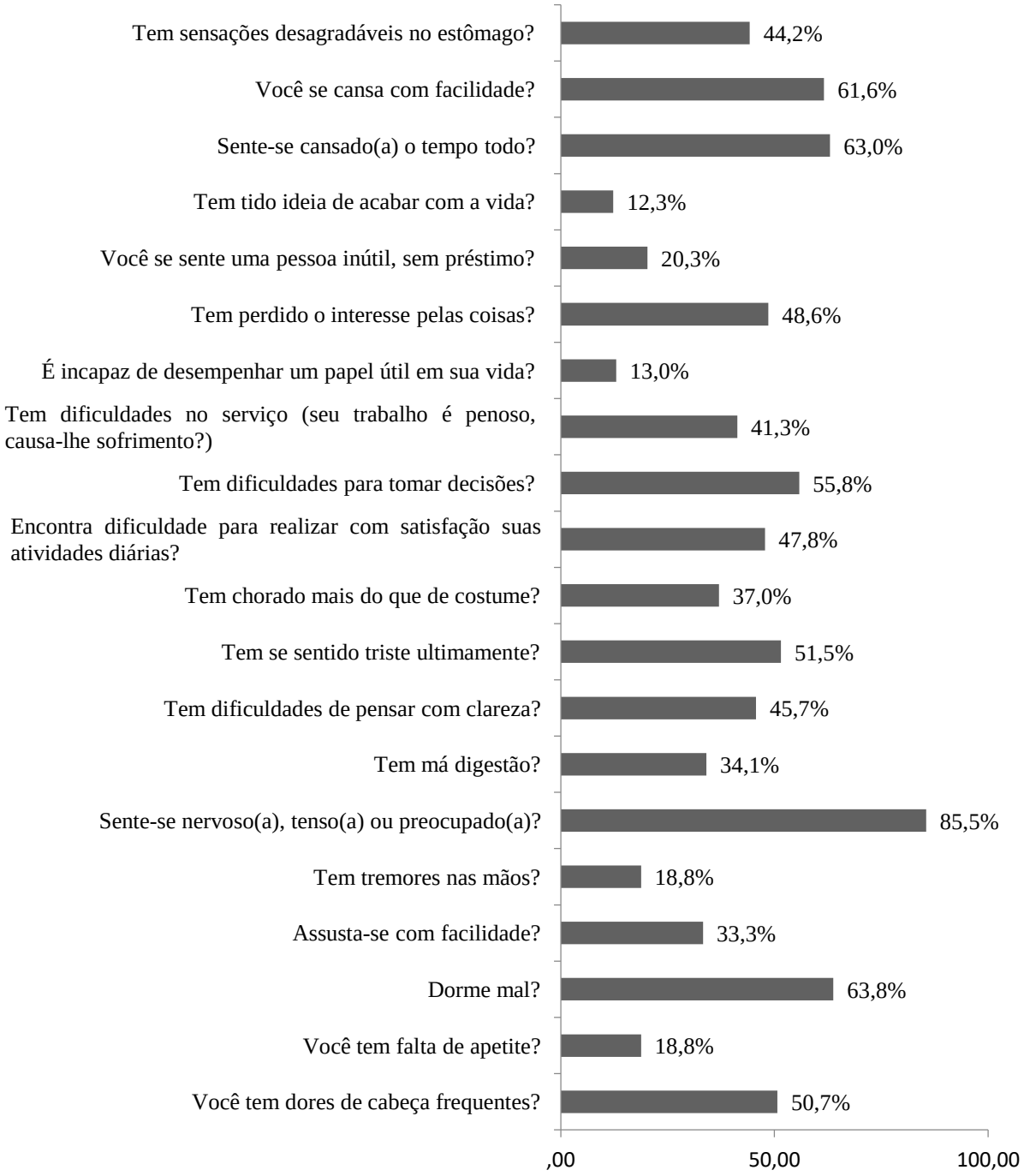
3- Avaliação da presença de TMC

De acordo com as respostas obtidas pelo preenchimento do questionário SRQ-20, alunos que obtiveram sete ou mais respostas positivas foram considerados portadores de TMC. Os resultados se encontram na Tabela 1, para cada período, de modo geral (coluna 5) e separados por sexo (colunas 6 e 7). Nessa tabela também são apresentados o total de alunos em cada período (coluna 2) e a distribuição desses estudantes por sexo (colunas 3 e 4).

Como se pode verificar na Tabela 1, o quarto período foi o que contemplou maior percentual de alunos classificados com TMC (85%), enquanto o terceiro e o sexto períodos do curso apresentaram o menor valor (50%). Porém, cabe ressaltar que o terceiro período foi o que obteve o menor número de voluntários participantes da pesquisa, dentre os 20 ingressantes no início do curso.

A frequência relativa de TMC também foi obtida para cada sexo separadamente. Dessa forma, observou-se que 42% dos estudantes classificados com TMC são do sexo feminino e 21% do sexo masculino. O cálculo também foi realizado por período e destaca-se que 100% dos alunos do sexo masculino do primeiro e do quarto períodos foram classificados com TMC. Já em relação ao sexo feminino, as maiores frequências relativas apareceram no segundo e no quarto períodos com 84,6% e 75%, respectivamente, das estudantes classificadas com TMC.

Gráfico 2. Frequência de respostas positivas ao SRQ-20



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 1. Distribuição de frequências por período acadêmico e por sexo, 2020 (N=138)

Período	n	Composição Amostral por sexo		≥7 respostas positivas ao SRQ-20 (%)	Valor absoluto de TMC por sexo	
		F	M		F	M
1º	21	14	7	61,9	6	7
2º	16	13	3	81,3	11	2
3º	10	3	7	50,0	2	3
4º	20	12	8	85,0	9	8
5º	14	11	3	71,4	8	2
6º	20	17	3	50,0	9	1
7º	17	10	7	52,9	5	4
8º	20	14	6	50,0	8	2
Frequência de TMC em relação ao total da amostra (%)				64,0	42,0	21,0

n= tamanho amostral; F= Feminino; M= Masculino; TMC= Transtorno Mental Comum
Fonte: Elaborado pelo autor.

4 - Avaliação da automedicação

Na avaliação da automedicação, considerando o total da amostra analisada, tanto as anfetaminas quanto os tranquilizantes tiveram maior consumo identificado em estudantes do sexo masculino (Tabela 2).

Quando somente a automedicação de anfetaminas é avaliada, é possível observar maior utilização (valor absoluto) entre alunos do sexto período, com predomínio do consumo entre as mulheres, contrariamente aos demais períodos, nos quais o uso dessa substância se mostrou predominante entre estudantes do sexo masculino. O consumo de anfetaminas no quarto e no quinto período do curso apresentou valores bem inferiores àqueles encontrados nas demais turmas (5% e 7,1%, respectivamente). É importante ressaltar que no quarto período a amostra contemplou a totalidade dos estudantes matriculados no semestre.

Com relação ao uso de tranquilizantes, o sexto período também apresentou o maior consumo dessa medicação (valor absoluto), com utilização predominante no sexo feminino. O menor consumo dessa substância foi demonstrado no sétimo período (11,8%), seguido pelo quinto e pelo quarto período, com 14,3% e 15%, respectivamente. O uso de tranquilizantes também foi preponderante entre as mulheres no quarto e no quinto período do curso.

Tabela 2. Distribuição da automedicação por sexo de acordo com o período, 2020 (N=138)

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	Total absoluto	Frequência relativa por sexo (%)
Uso de anfetaminas										
Mulher	1	2	1	1	1	4	0	1	11	11,7
Homem	3	2	2	0	0	1	2	3	13	29,5
Total absoluto por período	4	4	3	1	1	5	2	4	24	-
Frequência relativa por período/ geral (%)	19,0	25,0	30,0	5,0	7,1	25,0	11,8	20,0	16,7	-
Uso de tranquilizantes										
Mulher	2	2	0	3	2	5	0	0	14	14,9
Homem	3	2	3	0	0	1	2	4	15	34,1
Total absoluto por período	5	4	3	3	2	6	2	4	29	-
Frequência relativa por período/ geral (%)	23,8	25,0	30,0	15,0	14,3	30,0	11,8	20,0	21,2	-

Fonte: Elaborado pelo autor.

Discussão

Consoante aos dados obtidos pela análise dos questionários aplicados observou-se, na amostra, a predominância do sexo feminino e da faixa etária de 20 a 25 anos. A presença de TMC foi marcante nas amostras de todas as turmas (≥ 50%) e foram obtidas cerca de 38% de respostas positivas quanto ao uso de psicotrópicos (anfetaminas e/ou tranquilizantes) sem prescrição médica, com consumo predominante entre os homens.

No que concerne à investigação da presença de TMC entre os estudantes dessa amostra, foi notório o fato de que, em todas as turmas e em pelo menos metade do quantitativo de alunos voluntários, foi identificada a presença desse transtorno. Chama a atenção os resultados do quarto período, o qual apresentou o maior número de acadêmicos identificados com TMC (85%). De um modo geral, os períodos mais avançados do curso apresentaram menor número de estudantes com sete ou mais respostas positivas ao SRQ-20. O sexto, o sétimo e o oitavo período, apresentaram, em média, 50% dos alunos com TMC. Nos demais períodos, essa média foi superior a 60%, com exceção do terceiro período (50%). Convém destacar, entretanto, que a amostra desta turma diferiu das demais, visto que apenas dez alunos responderam aos questionários, sendo a maioria deles do sexo masculino.

Quanto à presença de TMC segundo o sexo do universitário, observou-se que 42% da amostra corresponde a mulheres com TMC, ao passo que para o sexo masculino essa frequência foi de 21%. A maior prevalência de TMC entre estudantes do sexo feminino e, de um modo geral, entre acadêmicos do ciclo básico do curso de medicina é referida na literatura[12].

No que diz respeito à análise das dimensões mensuradas pelo SRQ-20, para as questões que avaliam a presença de humor depressivo-ansioso, a pergunta *"Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?"* destaca-se pela alta frequência de respostas positivas (85,5%). Quanto às perguntas que avaliam sintomas somáticos, o

questionamento sobre a presença de dores de cabeça obteve a maior frequência de respostas positivas entre os entrevistados (52,9%). Vale aqui ressaltar que existem relatos na literatura demonstrando alta prevalência desse sintoma entre acadêmicos de medicina, como visto no estudo de Wege realizado com 592 estudantes dessa área (55,7% das mulheres e 42,3% dos homens referiram dores de cabeça)[14].

Na avaliação do decréscimo de energia vital, a maioria dos entrevistados (61,6%) respondeu sim à pergunta *"você se cansa com facilidade?"*. No tocante à avaliação de pensamentos depressivos, 48,6% afirmam ter perdido o interesse pelas coisas. Ainda nesta dimensão, deve-se destacar que 12,3% dos alunos responderam sim à pergunta sobre ideação suicida, representando importante sinal de alerta, tendo em vista que essa frequência corresponde a um total de 16 alunos, os quais poderiam compor quase que a totalidade de uma turma do curso de medicina da UFSJ, considerando que são abertas 20 vagas semestrais.

A análise do uso de fármacos por meio de perguntas elaboradas a partir do questionário ASSIST permitiu verificar o número de estudantes que já fizeram uso de anfetaminas e/ou de tranquilizantes sem prescrição médica. 16,7% dos 138 estudantes entrevistados referiram o uso de anfetaminas, sendo o terceiro período do curso aquele que apresentou o maior percentual de consumo desse psicoestimulante (30%). Quando foi comparada a frequência relativa do uso de anfetaminas por homens e por mulheres, identificou-se 11,7% para estas e 29,5% para esses (valor 2,5 vezes maior do que o encontrado para o sexo feminino).

Com relação ao consumo de tranquilizantes, 21,2% dos estudantes relataram que já utilizaram algum medicamento desta classe. O consumo dessas substâncias foi maior no terceiro e no sexto período (30%). O uso de tranquilizantes pelos homens (34,1%) mostrou-se mais expressivo que o consumo das mulheres (14,9%).

A despeito de o número de mulheres presentes na amostra representar praticamente o dobro da quantidade de homens (94 estudantes do sexo feminino e 44 do sexo masculino), a maior frequência de uso automedicado de anfetaminas e/ou tranquilizantes foi encontrada no sexo masculino, o que contrasta com os resultados apresentados por outros estudos sobre a automedicação em estudantes de medicina, nos quais a maior prevalência do uso de medicamentos psicoativos se deu entre as mulheres[12,14,22].

Alguns trabalhos referem relação entre a presença de TMC e o maior consumo de medicamentos psicoativos[23,24]. Entretanto, no presente estudo, as turmas que obtiveram altos valores percentuais de alunos com TMC, como o quarto e o quinto período, figuraram com baixos valores referentes ao uso dos psicotrópicos avaliados, em comparação com os demais períodos.

Por fim, é importante destacar como limitação deste estudo a baixa porcentagem de voluntários do terceiro período na amostra e a não inclusão de estudantes matriculados em períodos mais avançados, por se encontrarem nos internatos, o que poderia agregar novas características para comparação dos resultados obtidos.

Conclusão

Há elevada prevalência de TMC e de automedicação com fármacos de ação no sistema nervoso central entre os estudantes de Medicina avaliados por esse estudo. A presença de TMC pode conduzir à somatização (representação física do desequilíbrio psíquico e biológico do indivíduo), coadjuvando para o uso automedicado de substâncias psicoativas. Contudo, neste estudo, o maior uso de fármacos psicoativos não coincidiu com as turmas nas quais a presença de TMC foi mais elevada.

O conhecimento dessa realidade do curso, portanto, faz-se importante, a fim de direcionar estratégias para suporte aos universitários, visando o diagnóstico e o tratamento precoce, bem como a prevenção da automedicação. Esse apoio pode colaborar no enfrentamento aos graves desdobramentos possíveis à saúde mental e física dos estudantes de medicina, advindos de distúrbios psíquicos e do uso de substância psicoativas sem a devida supervisão médica.

Referências

1- Millan LR, Arruda PC. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. Revista da Associação Médica Brasileira. 2008;54(1):90-4.

2- Ferreira CM, Kluthcovsky AC, Cordeiro TM. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em estudantes de Medicina: um estudo comparativo. Revista Brasileira de Educação Médica. 2016;40(2):268-77.
3- Aragão JC, Casiraghi B, Mota ÉM, Abrahão MA, de Almeida TA, do Paço Baylão AC, Araújo PA. Saúde mental em estudantes de medicina. Revista de estudios e investigación en psicología y educación. 2017(14):38-41.
4- Santos ÉG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2010;59(3):238-46.
5- Cvejic E, Parker G, Harvey SB, Steel Z, Hadzi-Pavlovic D, Macnamara CL, Vollmer-Conna U. The health and well-being of Australia's future medical doctors: protocol for a 5-year observational cohort study of medical trainees. BMJ open. 2017;7(9):e016837.
6- Bidwal MK, Ip EJ, Shah BM, Serino MJ. Stress, drugs, and alcohol use among health care professional students: a focus on prescription stimulants. Journal of pharmacy practice. 2015;28(6):535-42.
7- de Jesus Neponuceno H, Souza BD, Neves NM. Transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. Revista Bioética. 2019;27(3).
8- Lima MC, Domingues MD, Cerqueira AT. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. Revista de Saúde Pública. 2006;40(6):1035-41.
9- Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges LH, Miranda AE. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2010;59(1):17-23.
10- Andrade JB, Sampaio JJ, Farias LM, Melo LD, Sousa DP, Mendonça AL, Moura Filho FF, Cidrão IS. Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 2014;38(2):231-42.
11- Bampi LN, Baraldi S, Guilhem D, Araújo MP, Campos AC. Qualidade de vida de estudantes de Medicina da Universidade de Brasília. Revista Brasileira de Educação Médica. 2013;37(2):217-25.
12- Boclin KD, Cecílio FF, Faé G, Fanti G, Centenaro G, Pellizzari T, Gaviolli E, Mario DN, Rigo L. Academic performance and use of psychoactive drugs among healthcare students at a university in southern Brazil: cross-sectional study. São Paulo Medical Journal. 2020;138(1):27-32.
13- Emanuel RM, Frellsen SL, Kashima KJ, Sanguino SM, Sierles FS, Lazarus CJ. Cognitive enhancement drug use among future physicians: Findings from a multi-institutional census of medical students. Journal of General Internal Medicine. 2013;28(8):1028-34.
14- Wege N, Muth T, Li J, Angerer P. Mental health among currently enrolled medical students in Germany. Public Health. 2016;132:92-100
15- Vieira S. Introdução à Bioestatística. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2008.
16- Soares JF, Siqueira AL. Introdução à estatística médica. 2ª ed. Belo Horizonte: CCOPMED; 2002.
17- Morettin PA, BUSSAB WO. Estatística básica. 5ª ed. São Paulo: Saraiva Educação SA; 2017.
18- Harding TW, De Arango V, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrido-Ignacio L, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychological medicine. 1980;10(2):231-41.
19- Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24:380-90.
20- Guirado GM, Pereira NM. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. Cadernos Saúde Coletiva. 2016;24(1):92-98.
21- Group WA. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. Addiction. 2002;97(9):1183-94.
22- Elnicki DM. Cognitive enhancement drug use among medical students and concerns about medical student well-being. Journal of general internal medicine. 2013;28(8):984-5.

23- Lima MC, Menezes PR, Carandina L, Cesar CL, Barros MB, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. Revista de Saúde Pública. 2008;42(4):717-23
24- Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. Revista Panamericana de Salud Pública. 2015;38:195-201.

Estudantes de medicina como palhaços de hospital: um relato de experiência.

Ana Carolina Veronese Silva
Danielle Rodrigues Vendramini
Raisa Natalia Dotto
Tainá Cristine Carloto
Solena Ziemer Kusma Fidalski

Resumo

Introdução: O palhaço é uma figura cada vez mais presente no ambiente hospitalar. Atuando em prol da humanização, a palhaçaria minimiza os impactos da hospitalização e da própria doença, amplia o acolhimento, compartilha sentimentos e cuida com alegria e equidade. **Objetivo:** Relatar a estratégia do grupo de palhaços para reavivar a humanização hospitalar e a experiência adquirida pelo grupo. **Método**: Relato da atuação de acadêmicos no grupo de palhaços de hospital Cajumigos. Todos os participantes submeteram-se à formação, com práticas semanais em intervenções nas enfermarias do hospital. Ao final da visita, compartilharam aprendizados e reforçaram a harmonia do grupo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética. **Relato de Experiência:** A constituição do grupo por estudantes possibilita a concretização da relação médico-paciente por meio das habilidades artísticas desenvolvidas, utilizando-se de linguagem não-verbal, improviso e sensibilidade, fazendo do atendimento um elemento terapêutico e com trocas entre eles. **Considerações Finais:** O palhaço é um ator que auxilia no desenvolvimento da empatia e de habilidades capazes de estabelecer e estreitar o vínculo profissional-paciente. Além disso, com o auxílio de suas habilidades, os futuros profissionais são capazes de olhar o outro mais profundamente e valorizar o ser humano além da doença.

Palavras-chave: Humanização; Palhaço-doutor; Empatia.

Introdução

O palhaço é uma figura conhecida na maior parte das culturas modernas, geralmente inserido em um contexto cômico e de alegria. A imagem do palhaço atingiu o espaço hospitalar, tornando-o uma personagem importante na promoção da saúde, sendo Michael Christensen considerado o primeiro palhaço de hospital em 1986 ao satirizar rotinas médias e hospitalares[1]. Contudo, o nome mais lembrado da arte *clown* hospitalar é o de Hunter Doherty, o famoso médico estadunidense Patch Adams, que ficou famoso por sua metodologia excêntrica no tratamento de seus pacientes e que em 1971, juntamente com um grupo de amigos, fundou um modelo de hospital humanizado, o Instituto Gesundheit, que em seus 12 anos de funcionamento promoveu a integração da medicina com as artes, natureza, recreação e serviços sociais, priorizando o paciente e seus familiares, sem esquecer que a saúde dos funcionários é tão importante quanto a do paciente[2,3].

O hospital é um ambiente paradoxal, podendo ser visto como um local de cura, mas também carrega um estigma de dor e sofrimento[4,5]. A melhoria da qualidade de vida dos pacientes internados não envolve apenas uma transformação do ambiente hospitalar, mas também da forma na qual o paciente e seus familiares encaram e vivenciam a experiência nesse local que por vezes é hostil e desumano[6].

No Brasil, a besteirologia é regida pela Política Nacional de Humanização no Ambiente Hospitalar do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), segundo o qual o palhaço atende ao conceito de saúde integral apresentado pela OMS e às necessidades biopsicossociais do ser humano. Nesse âmbito, o papel do palhaço vai muito além de fazer palhaçadas[7–9], atuando como ferramenta de empatia e vínculo, não apenas com o paciente, mas com os familiares e com toda a equipe envolvida no cuidado, valendo-se, para isso, da arte do improviso[2,10]. O humor é uma importante estratégia de enfrentamento do estresse, permitindo a expressão de sinais e sintomas subjetivos do indivíduo, além de tornar o processo de hospitalização uma experiência mais amena e alegre e menos traumática, colaborando com uma recuperação mais rápida e menos estressante para os pacientes e seus familiares[6,11,12].

Em relação aos profissionais envolvidos no processo do cuidar, a intervenção do palhaço os encoraja a articular um olhar mais sensível sob a perspectiva de um ser humano que necessita de cuidados[1,13]. Para Pires *et al*, as terapias lúdicas em ambiente hospitalar, incluindo a palhaçaria, melhoram a interação profissional-paciente, a socialização e a manifestação de sentimentos[14]. Estudos apontam que a terapia do riso é um instrumento eficaz, que facilita o processo de recuperação, além de ser de fácil aplicabilidade e aceitação pelos pacientes, seus familiares e por todos os profissionais envolvidos no processo[15].

Fisiologicamente, a alegria e o bom humor proporcionados pelos palhaços estimulam a hipófise, sintetizando endorfinas e proporcionando sensação de bem-estar e relaxamento. Por outro lado, a alegria estimula a glândula pineal, liberando triptofano, que é um aminoácido essencial para a produção de serotonina. Ressalta-se que o esboço de um sorriso já é suficiente para ativar o sistema límbico, aumentar os batimentos cardíacos e a absorção de oxigênio, promover o fortalecimento do sistema imunológico e a ativação do sistema gastrointestinal[10,16,17].

Destacando aqui o reconhecimento dos efeitos positivos da palhaçaria no ambiente hospitalar, a ONG Doutores da Alegria, pioneira na besteirologia no Brasil, intervém junto a crianças, adolescentes e grupos vulneráveis e sob risco social e foi reconhecida pela ONU em 1998 como uma das cem maiores práticas globais pelo bem-estar no planeta[18]. Em parceria com a Doutores da Alegria, um projeto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas propõe a empatia para melhorar a relação médico-paciente, uma vez constatado que a maioria dos alunos do último ano da graduação em Medicina não se sentia à vontade com seus pacientes. A partir daí, observamos que as universidades nas diversas áreas da saúde propiciam conhecimento técnico, mas não ensinam o profissional a lidar com pessoas, apesar de esta ser a essência da profissão, de modo que, o projeto caminha em direção a uma medicina mais humanizada e com uma visão integral do paciente[19].

Corroborando com esta ideia, estudos apontam que a atuação de profissionais de saúde como palhaços em hospitais promove uma visão mais integral e humana do paciente, além do desenvolvimento de habilidades de comunicação verbal e não verbal e na redução de sintomas ansiosos e depressivos nos pacientes e nos profissionais de saúde envolvidos no processo. Nesse contexto, o teatro *clown* permite resgatarmos a humanização do encontro clínico e a simetria da relação médico-paciente, refletindo na fortificação do vínculo com o paciente e gerando um atendimento mais humanizado[4,13].

Ambroise Paré ao evocar "curar ocasionalmente, aliviar frequentemente, consolar sempre" talvez demonstre de maneira palpável a principal meta dos palhaços de hospital: gerar empatia e acolhimento no ambiente hospitalar. A empatia deve ser o principal pilar das relações hospitalares e símbolo dos profissionais que cuidam da saúde. É a partir dela que se inicia uma saúde humanizada e que, comprovadamente, se aplica uma comunicação eficaz entre os profissionais da saúde e destes com seus pacientes[19,20].

O presente estudo foi realizado no Hospital Universitário Cajuru (HUC), objetivando relatar a estratégia de grupo de palhaços para reavivar a humanização no ambiente hospitalar e a experiência adquirida por quatro acadêmicas de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), acerca de sua participação no Cajumigos ao longo do ano de 2019.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência da atuação do grupo de palhaços de hospital intitulado "Cajumigos" no Hospital Universitário Cajuru, na cidade de Curitiba/PR. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCPR (parecer n° 2.979.861), bem como pelo Centro de Pesquisa e Inovação (CEPI) do Hospital Marcelino Champagnat e autorizado pelo gerente médico, Juliano Gasparetto, do HUC.

Os participantes do grupo foram selecionados a partir da prova de ingresso à Liga de Humanização do Cuidado em Saúde (LAHCS) da PUCPR e que se prepararam por meio de oficinas, palestras e cursos para serem palhaços de hospital. Tais programas preparatórios foram realizados no período de fevereiro a junho de 2019, compostos por seis módulos centrais obrigatórios: (1) O que é ser voluntário?, (2) Arte *clown,*(3) Acolhendo Novos Voluntários, (4) Momento entre coordenação e voluntários, (5) Hospitour e (6) Formação Marista.

O Centro de Ação Voluntária (CAV) de Curitiba ministrou o primeiro módulo, o qual é de fundamental importância para constituir a base do voluntariado e abrir as portas para novos horizontes daqueles que buscam o "ser voluntário", um ser que expressa o seu humano.

O segundo módulo: "Arte *clown*", foi uma oficina aplicada por Eduardo Roosevelt, presidente e fundador do grupo de palhaços de hospital Nariz Solidário, na qual foram ensinadas técnicas de brincadeiras, improvisos, imitação e dinâmicas para que os alunos aflorassem sua maneira de se expressar como *clown.* A palavra *clown* vem do inglês e significa: torpe, ingênuo e rude; é um indivíduo desajeitado que erra e, dessa forma, provoca o riso[6].

As outras quatro etapas foram realizadas no HUC, compostas por momentos de reconhecimento do local de atuação, aproximação com os funcionários e colegas de trabalho e aprendizado dos cuidados físicos, psíquicos, sociais e espirituais que devemos ter em tal ambiente.

A partir de maio de 2019, iniciaram as visitas, que aconteciam semanalmente, com duração aproximada de uma a duas horas e escalas de quatro pessoas para cada "plantão". Todos os pacientes internados abordados foram informados da ação e quando algum deles não se sentiu à vontade de receber o grupo de palhaços, esse sentimento foi respeitado. Além dos pacientes, o grupo se dedicou a alegrar acompanhantes e funcionários do hospital.

Ao final da visita foi feito um *feedback* em grupo e anotou-se quantos pacientes, acompanhantes e funcionários foram atendidos naquele dia. Esse fechamento permite o compartilhamento de aprendizados entre os integrantes e reforça a união e harmonia do grupo.

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão de literatura e por entrevista com quatro acadêmicas de medicina que participam do grupo de palhaços de hospital Cajumigos.

Relato de Experiência

A humanização vem sendo alvo de muitos projetos e políticas em saúde e motivo de debates e ensino nas universidades de medicina. Por ser um termo de difícil conceituação e de caráter subjetivo, muitos estudantes ficam sem norte sobre como colocá-la em prática no seu dia a dia como futuros médicos. Parece óbvio, mas como entender o que é humanizar aquilo que é propriamente humano?

O hospital, para muitos, associa-se à cura, ao passo que para outros, carrega os estigmas do sofrimento, principalmente diante de atendimentos tecnicistas, nos quais os pacientes passam a ser identificados por sua doença e não em sua individualidade. E é nesse contexto que o palhaço aparece como um ser promotor de empatia, levando graça e riso a um ambiente tão hostil, além de propor um acolhimento livre de julgamentos respeitando a singularidade de cada paciente.

No ambiente acadêmico, projetos como o Cajumigos auxiliam no aprendizado a partir da interação do acadêmico com a sociedade, sendo o conhecimento técnico associado ao envolvimento afetivo, elucidando o cuidado integral em saúde e vinculando os conceitos de humanização à prática médica. É necessário que o profissional de saúde pense e aja de forma humanizada desde o início da sua caminhada, ainda como estudante, permitindo que essa prática seja capaz de tocá-lo e tornar-se parte de sua essência.

Muito além da doença, das características e limitações físicas de cada paciente, a experiência da palhaçaria permite ao estudante de medicina entender o conceito de integralidade, compreendendo que as necessidades do paciente vão além da doença e personificando leitos que, muitas vezes, tornam-se apenas números em prontuários diante de uma rotina automatizada de atendimento. Entender o ser humano de forma menos tecnicista e mais empática tira o médico do papel de detentor único do conhecimento e o coloca em uma posição de comprometimento com a busca de significado afetivo para o momento do cuidado.

> *Fazer alguém se sentir bem e feliz é algo inexplicável e, ao contrário de muitos remédios, a alegria não tem contraindicação. Em um ambiente centralizado na doença, o palhaço é um instrumento de humanização, pois valoriza o ser humano todo em suas multiplicidades. Conseguir um sorriso de um paciente, seja ele através dos lábios ou até mesmo do olhar, é capaz de realinhar a boa e velha filosofia do "fazer o bem sem olhar a quem". A experiência como palhaça no Cajumigos me fez resgatar valores como a esperança e o afeto nas relações, mas principalmente me faz acreditar em uma medicina mais humana, baseada no cuidado.*

Estudante 1

O resgate de valores na prática médica, trazido no relato do estudante 1 mostra o impacto da empatia no atendimento. A valorização das necessidades subjetivas do paciente é parte fundamental da construção do conceito de saúde integral, pois não apenas as mazelas físicas devem importar ao médico, mas todos os múltiplos aspectos do ser biopsicossocial. O palhaço constrói uma relação que vai muito além do físico, mas que permite a manifestação e a compreensão de necessidades, experiências e, principalmente, sentimentos, que são muitas vezes negligenciados.

No decorrer do projeto, os acadêmicos participantes do Cajumigos puderam observar a resposta daqueles que estavam envolvidos, recebendo interação e verbalização consensual positiva sobre as ações desenvolvidas. A partir desse *feedback*, o grupo observou que a experiência proposta pelo Cajumigos torna o ambiente hospitalar menos hostil não apenas para os pacientes e seus acompanhantes, mas também aos prestadores de serviço que ali atuam.

Historicamente, os profissionais da saúde estão submetidos a plantões exaustivos e jornadas longas e muitas vezes acabam entrando em um modo automático de atendimento, principalmente em decorrência do cansaço. O cuidado com o paciente hospitalizado envolve entrega física e emocional dos profissionais de saúde. Mas, e quem cuida dos que cuidam? O bem-estar dos profissionais da saúde é essencial a um atendimento mais humanizado, eficaz e de qualidade, ao passo que se sentem acolhidos e assistidos. Ao acessarmos esses ambientes, notamos as reações desses profissionais, que muitas vezes buscavam espontaneamente a interação com os palhaços e, perceptivelmente, se alegravam.

Os acadêmicos de medicina integrantes do Cajumigos, enquanto futuros profissionais da saúde, puderam assimilar o impacto que causam nos pacientes e colegas que são tocados pela experiência *clown*, experimentando a sensação de acolhimento que o palhaço pode proporcionar. A recompensa por cada ação se dá por meio de sorrisos, lágrimas, abraços, fotografias e agradecimentos.

> *Minha caminhada no voluntariado, especificamente como palhaça de hospital, iniciou em 2017 e se consolidou com a fundação do grupo Cajumigos. Destaco a importância do trabalho em conjunto, desde a criação do grupo e nas visitas em si, um conceito básico que está intrínseco no ser humano, porém, que em muitos casos precisa ser reavivado. Em minha experiência, no curso de medicina, vejo que a competitividade impera nesse meio, sendo a união esquecida. Desse modo, os grupos de palhaços são uma forma de relembrar e restituir a união, neles, trabalhamos em conjunto para alegrar os pacientes, acompanhantes e funcionários do hospital e criando esse ambiente mais agradável, os próprios funcionários trabalham melhor. Portanto, o Cajumigos foi uma forma de concretizar o trabalho em conjunto dos estudantes, proporcionando também o trabalho multidisciplinar e sendo eficaz em melhorar a atmosfera do ambiente hospitalar. "Pois juntos somos efetivos e alcançamos grandes voos".*
>
> Estudante 2

O palhaço de hospital é um ser de muitas facetas e que integra inúmeras habilidades, como interpretação, dança, música, técnicas de recreação e oratória. Devido às peculiaridades do ambiente hospitalar, torna-se um improvisador habilidoso, com capacidade de responder múltiplas necessidades de forma autêntica e imediata através das expressões evocadas por qualquer paciente em qualquer situação.

> *Nessa experiência, fui profundamente tocada e pude praticar habilidades de comunicação não-verbal, trabalho em equipe e desenvolver um olhar mais acolhedor às necessidades existenciais do ser humano. Ao longo das visitas, fortaleci um propósito que eu tinha, mas que me parecia utópico na medicina, ressignificando a alegria e o sorriso, observando uma melhora da experiência dos pacientes, seus acompanhantes e dos profissionais da saúde envoltos nessa atmosfera hospitalar. Dentre tudo o que aprendi, o mais importante foi a gratidão e a possibilidade de ajudar com gestos simples, como um sorriso ou um olhar.*
>
> Estudante 3

A constituição do um grupo por estudantes de Medicina permite o desenvolvimento de habilidades artísticas que facilitam o estabelecimento uma relação médico-paciente mais concreta, utilizando-se de linguagem não-verbal, afinidades simbólicas, capacidade de improvisação e sensibilidade, tornando o momento do atendimento um elemento terapêutico, por meio do qual o médico se revela para o paciente e dá abertura para o paciente fazer o mesmo.

A dimensão artística do palhaço se dá justamente na sua comicidade que reside em seu aspecto extremamente humano, expressando seus sentimentos, emoções, defeitos e qualidades de maneira intensa e autêntica, refletindo a subjetividade de cada indivíduo, independente do papel que o mesmo assume no ambiente hospitalar.

> *Ser palhaço de hospital sempre foi um sonho, que com ajuda de amigas do coração foi possível realizar. Sou muito grata por participar desse projeto e me sinto muito feliz vendo os resultados positivos de nosso trabalho. Ser parte do Cajumigos é tornar um momento difícil um pouco mais leve, fazendo abrir um sorriso em alguns rostos cheios de dor e tristeza e levar assim ao coração dos pacientes mais um pouquinho de luz.*
>
> Estudante 4

Conclusão

Criar e efetivar um grupo de palhaços de hospital demanda tempo e muita preparação. Levar graça e riso a um ambiente tão hostil, além de propor um acolhimento livre de julgamentos, respeitando a singularidade de cada paciente, é uma proposta desafiadora, mas com paciência e determinação o grupo foi implementado no hospital. Sendo um grande ganho para a formação médica da PUCPR e HUC, pois viabiliza um trabalho multidisciplinar, inclusivo, plural e principalmente, humanizado, corroborando com o conceito ampliado de saúde. Ganho também, ocorre para os alunos profissionais da saúde, que ao serem palhaços, recuperam os aspectos mais profundos e holísticos do cuidar, fazendo com que não apenas repitam os conhecimentos habilitados pela ciência, mas que vivenciem a riqueza do momento clínico e todas as experiências que o mesmo promove, tornando o profissional mais humano. Além disso, essa prática transforma a situação complicada do paciente e acompanhante, levando o riso e minimizando as consequências da enfermidade. Promove um ambiente mais alegre e leve para todos presentes.

Referências

1. Remédios do Riso Doutores Palhaços. A Origem [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 25]. p. 1. Available from: http://remediosdoriso.pt/wp/os-velhotes
2. Masetti M, Lopes E, Pessoa Z, Carina D, Truzzi R. Palhaços em Hospitais Brasil/Mundo [Internet]. São Paulo SP; 2005. Available from: http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/17/palhacosemhospitaismundo.pdf
3. Adams P. Patch Adams - Biografia [Internet]. 2012 [cited 2020 Jun 23]. p. 3. Available from: https://www.patchadams.org/patch-adams/
4. Takahagui FM, Moraes ÉN de S, Beraldi GH, Akamine GK, Basile MA, Scivoletto S. MadAlegria - Estudantes de medicina atuando como doutores-palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico? Rev Bras Educ Med. 2014;38(1):120–6.
5. Oppenheim D, Simonds C, Hartmann O. Clowning on children's wards. Lancet. 1997;350(9094):1838–40.
6. Matraca MVC, Wimmer G, Araújo-Jorge TC de. Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. Cien Saude Colet. 2011;16(10):4127–38.
7. Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehrn MB. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(3):530–9.
8. Doutores da Alegria. Sobre Palhaços de Hospital no Brasil e no Mundo [Internet]. 2012 [cited 2020 Jun

25]. p. 2. Available from: https://www.doutoresdaalegria.org.br/blog/sobre-palhacos-de-hospital-no-brasil-e-no-mundo/
9. Rodrigues AL, Malo MC. Estruturas de Governança e Empreendedorismo Coletivo: o Caso dos Doutores da Alegria. RAC [Internet]. 2006 Sep [cited 2020 Jun 28];10(3):29–50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552006000300003&lng=pt&tlng=pt
10. Françani GM, Zilioli D, Silva PRF, Sant'ana RP de M, Lima RAG de. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. Rev.latino-am.enfermagem. 1998;6(5):27–33.
11. Araújo MMT de, Silva MJP da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):668–74.
12. de Souza ÉL, Grassi-Oliveira R, Brietzke E, Sanvicente-Vieira B, Daruy-Filho L, Moreno RA. A influência dos traços de personalidade nas habilidades de coping de indivíduos com transtorno de humor bipolar. Rev Psiq Clín. 2014;41(4):95–100.
13. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med. 2011;86(8):996–1009.
14. Pires WGB, Pessalacia JDR, da Mata LRF, Kuznier TP, Panitz GEC. Efeito da Intervenção Clown no Padrão de Depressão de Idosos em Instituição de Longa Permanência. Cienc y enfermería [Internet]. 2015;XXI(2):99–111. Available from: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_10.pdf
15. Lima RAG de, Azevedo EF, Nascimento LC, Rocha SMM. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009;43(1):186–93. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/24.pdf
16. Coutinho MO, Lima IC, Bastos RA. Terapia do riso como instrumento para o processo de cuidado na ótica dos acadêmicos de enfermagem. ABCS Heal Sci. 2016;41(3):163–7.
17. Ballone GJ, Ortolani IV, Neto EP. Da emoção à lesão: um guia de Medicina Psicossomática. 207AD. 328 p.
18. Doutores da Alegria. Sobre os Doutores [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 28]. p. 2. Available from: https://www.doutoresdaalegria.org.br/conheca/sobre-os-doutores/
19. Doutores da Alegria. Empatia e a capacidade de ouvir o outro [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 28]. p. 1. Available from: https://apps.doutoresdaalegria.org.br/blog/empatia-e-a-capacidade-de-ouvir-o-outro/
20. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. JAMA. 2005;293(9):1100–6.

A abordagem da espiritualidade na prática clínica e sua importância para uma saúde integral

Gustavo Henrique Pedroso
Daniel Lopes Marques de Araújo
Nathália de Carvalho Barros Silva
Luna Gonçalves Giati
Talitha Araújo Velôso Faria

Resumo

Diversos estudos, que contemplam o que há de mais amplo na epidemiologia da literatura religiosa, denotam evidências eficazes de que a religião e a espiritualidade podem influir diretamente no binômio saúde-doença, otimizando resultados clínicos positivos na prática médica. O presente trabalho, através de uma revisão bibliográfica, tem como escopo o delineamento de uma abordagem inclusiva da espiritualidade na prática clínica e sua certificação científica no que cerne à construção de uma saúde integrativa, dialógica e simétrica. Nesse cenário, evidenciou-se a distinção entre religião e espiritualidade, que embora cotidianamente sejam vistas como palavras sinônimas, apresentam significados diferentes que são de suma relevância tanto para o paciente quanto para os familiares e profissionais da saúde. Constatou-se, ainda, o potencial da espiritualidade na prevenção e no gerenciamento de sintomas relacionados à saúde, bem como o seu papel célebre no que tange à manutenção de uma qualidade de vida dotada de significância e de sentido. Por fim, analisou-se a ótica de diferentes profissionais da saúde sobre a abordagem da espiritualidade na prática clínica, evidenciando-se alguns métodos que podem ser utilizados para se obter a história espiritual do paciente, como os Questionários FICA e HOPE, a História Espiritual do ACP e o CSI-MEMO. **Palavras-chave**: Espiritualidade; Religião; Promoção da saúde; Qualidade de vida.

Introdução

Em uma era capitalista, em que a produtividade tem se tornado crescentemente primordial e os números são as rédeas de um modelo de vida que te define pelo resultado que você produz, a superficialidade das relações e a objetificação do ser humano são mantidas em fortes pilares. Diante desse cenário, no que se refere à área da saúde, encontram-se obstáculos que fazem com que o paciente seja abordado de uma maneira direcionada à sua patologia e nada além. Com isso, torna-se essencial o olhar holístico, que leva a um profundo entendimento de quem está ali perante o profissional carregando àquela doença e, além do mais, faz-nos encarar o paciente como alguém que é muito além de uma alteração fisiológica, alguém que tem uma história, que faz parte de alguma família ou de algum cenário. Trata-se de um indivíduo que possui tantos outros fatores que devem ser levados em consideração e que, inclusive, podem levar ao entendimento diagnóstico das doenças com muito mais fidelidade e propriedade quando comparados aos melhores e mais tecnológicos aparatos radiológicos, laboratoriais, dentre outros[1].

Compreender a família e o contexto social são importantes tópicos ensinados na teoria acadêmica, mas, mais do que disso, é imprescindível que se conheça sobre a espiritualidade do paciente. Muitas vezes, a forma que cada um lida com as adversidades e com as diversas situações da vida é resultado da sua religião, do que se acredita ou em quem se apoia. Confiar que Deus ou que a força maior que rege o mundo, como alguns acreditam, pode capacitar profissionais para serem aptos a exercer o cuidado é de extrema relevância quando se leva em consideração tratamentos delicados ou que exigem muita ciência. A firme esperança no positivo ou no que se pode dar certo muda a perspectiva que não só o paciente obtém sobre o prognóstico, mas também modifica a do profissional que está assistindo a determinada situação. Dessa forma, entende-se que o aspecto espiritual constituinte em cada ser humano, inclusive de agnósticos e de ateus, tem progressivamente obtido importância quanto ao enfrentamento da trajetória de cada um, além de permitir com que cada indivíduo venha a descobrir e entender o porquê das coisas e o que significa passar por tal momento, ou ainda quanto à sua conexão estabelecida com o Ser superior definido de acordo com cada crença, que faz o paciente manter o controle dos pensamentos e ações seja lá em qual contexto ele estiver inserido[2].

A resposta que as pessoas geram acerca do que vivem diz muito sobre a fé ou não que possuem, se almejam equilíbrio ou se facilmente se entregam ao descontrole emocional, além da conexão consigo e com a fé e em que se fundamenta perante contratempos, transtornos e até mesmo impasses. Dessa maneira, investigações e análises acerca do espiritual a que venham traçar estratégias para otimizar a abordagem ao paciente têm se mostrado extremamente necessárias e têm ganhado espaço quando se busca por uma medicina que vê o todo e não só a doença, e que entende o que significa a existência para cada um na sua particularidade. Com isso, compreende-se que os seres humanos vão além de uma fachada que é visível e superficial, ou seja, há profundezas por traz de cada um, há história e há uma trajetória[3].

Nesse contexto, o objetivo do presente trabalho é elucidar a importância de se abordar a espiritualidade na prática clínica no que diz respeito à construção de uma saúde holística.

Métodos

O presente estudo representa uma revisão bibliográfica e, ao buscar artigos que dessem sustentação à abordagem, foram selecionadas publicações através das plataformas eletrônicas PubMed, Scielo e Google Acadêmico, por meio das seguintes palavras-chave extraídas dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "espiritualidade", "religião", "promoção da saúde" e "qualidade de vida."

Utilizou-se artigos disponíveis nas plataformas acima citadas, publicados nos últimos 10 anos, não só na língua portuguesa, mas também inglesa e espanhola que abordassem e embasassem acerca da temática escolhida e trabalhada. Excluiu-se materiais e conteúdos que não possuíssem relação com espiritualidade, religião e as contribuições de ambas na promoção de saúde, e que não relatassem a respeito do olhar dos profissionais mediante a todas essas temáticas.

A pesquisa foi realizada em etapas. Em primeiro lugar, foi feito um apanhado geral nas bases de dados sobre o impacto da espiritualidade na saúde. Posteriormente, selecionou-se pontos a serem trabalhados com o objetivo de estabelecer um foco e excluir o que não acrescentaria. Por fim, após selecionar os artigos que atingissem a temática definida, todo o conteúdo foi avaliado e analisado de maneira minuciosa. Assim, tornou-se possível evidenciar a conexão da espiritualidade com a prática clínica e seu valor para a construção de uma saúde integral.

Resultados

Religião e espiritualidade: construções sobrepostas, contudo distintas

Mediante a crescente indispensabilidade de se reputar o indivíduo sob a ótica do holismo, a definição de saúde como ausência de doença, cujo cerne principal era a cura, tornou-se obsoleta e passou a contemplar o ser humano em sua integralidade e completude. Nesse ínterim, o conceito de saúde abarcou, além da esfera biológica, outras dimensões, potencialmente convincentes na prevenção e na melhoria de doenças, como a religião e a espiritualidade. Foram nas últimas três décadas que, especialmente, ocorreu uma maior busca por fatores socioculturais da doença e uma efetiva conscientização da relevância da religião e da espiritualidade para os pacientes[4-7].

Diversos estudos, que contemplam o que há de mais amplo na epidemiologia da literatura religiosa, denotam evidências eficazes de que a religião e a espiritualidade podem influir diretamente no binômio saúde-doença, otimizando resultados clínicos positivos na prática médica. Mecanismos como, regimento de estilos de vida e hábitos individuais de saúde, criação de laços sociais, aquisição de autopercepção positiva (domínio próprio e melhora da autoestima), criação de emoções (amor e perdão) e promoção de crenças em saúde, são alguns dos benefícios proeminentes que a religião e a espiritualidade podem oferecer ao ser humano. Ademais, metanálises recentes, publicadas em 2015, com uma amostra de mais de 44.000 pacientes com câncer, evidenciaram uma associação global positiva da religião e da espiritualidade com medidas autorreferidas de resultados de saúde[5,6,8].

Nesse cenário, faz-se mister o entendimento da distinção entre religião e espiritualidade, que embora cotidianamente sejam vistas como palavras sinônimas, apresentam significados diferentes que são de suma relevância tanto para o paciente que vive o processo da enfermidade quanto para os familiares e profissionais da saúde. A religião assinala uma atitude particular, com rudimentos norteadores específicos, correspondente

a um sistema codificado de crenças, de hábitos e de rituais que ocorrem em uma determinada comunidade, que partilha de uma mesma opinião, com o intuito de aproximar o indivíduo a um poder transcendente definido (o Sagrado, o Divino). Tende a ser definida por fronteiras étnicas, culturais e territoriais, que culminam com a criação de uma série de regras e de dogmas, tendo como exemplo o Cristianismo, o Islamismo, o Budismo, o Hinduísmo e o Judaísmo, que são as cinco principais religiões do mundo[4,5,9-12].

Antes de elucidar o significado e o universo que permeia a espiritualidade, há ainda o termo "religiosidade", que se refere ao grau de adesão em que o ser humano acredita, pratica e segue uma determinada religião. A espiritualidade, por sua vez, transcende as escrituras sacras e a teologia, configurando-se como um processo subjetivo e multidimensional que visa compreender a relação do indivíduo com tudo que há em sua volta, seja em âmbito físico ou abstrato. Sob a ótica da sutileza e do dinamismo, a espiritualidade diz respeito à busca pelo entendimento das nuances da vida e suas possíveis conexões com o transcendente e o divino, e pode ou não contemplar as práticas religiosas. Sentimentos positivos como alegria, amor, gratidão e esperança podem sumarizar e definir o aspecto espiritual. Um mero abraço à pessoa que está ao seu lado ou um simples obrigado pelo dia que se findou, traduzem essencialmente a ideia de espiritualidade, visto que atitudes singelas, por vezes efêmeras, podem trazer ao indivíduo significância, paz, realização pessoal e satisfação com o universo à sua volta[4,5,9,10,13].

Dessa forma, embora a religião e a espiritualidade travem um combate imemorial na história da humanidade e pertençam a uma mesma esfera da dimensão da vida, que é movida pela necessidade elementar do ser humano de encontrar respostas e sentidos para a sua existência no universo, tais áreas assumem fenômenos distintos e, confundi-las, torna-se um equívoco. Reconhecer e compreender os desígnios e as potencialidades da religião e da espiritualidade no tocante à qualidade de vida relacionada à saúde e ao gerenciamento de sintomas torna-se de extrema relevância para qualquer indivíduo, em especial, para os profissionais da saúde que almejam contemplar as esferas cognitivas, afetivas e comportamentais de seus pacientes. O diálogo científico da dualidade religião-espiritualidade, por conseguinte, configura-se como um solo fecundo para o aprimoramento de mais pesquisas e para o desenvolvimento de uma literatura ampla e heterogênea que consiga maximizar as qualidades indutoras de saúde dessas duas potentes áreas que, extraordinariamente, detêm a primazia de encapsular aspectos fundamentais para a existência humana[5-7,14].

Contribuições da espiritualidade para a promoção da saúde

O Niilismo pós-moderno tem acarretado uma falta de sentido e um vazio existencial no ser humano. Essa neurose noogênica configura-se como uma neurose de massa, pois grande parte da população mundial enfrenta essa frustração de sentido. Sob essa perspectiva; a depressão, o alcoolismo, a dependência de drogas e o excesso de erotização da sociedade pós-moderna constituem tentativas de superar o dilema noogênico[15].

Para Viktor Frankl, psiquiatra sobrevivente dos campos de concentração nazista, o ser humano possui uma vontade de sentido, que quando não realizada, acarreta distúrbios psíquicos. Por sua vez, a saúde só é alcançada de forma plena quando o indivíduo está dotado de um para quê que guiará suas escolhas e posicionamentos ante a vida. Assim, a Logoterapia, propõe a autotranscendência do eu narcísico, sendo a espiritualidade o meio pelo qual o indivíduo se torna não somente saudável, mas um ser humano com a existência dotada de sentido[15].

Por outro lado, em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH) trouxe como diferencial a valorização do aspecto subjetivo e social do indivíduo nas práticas de saúde. Fatores como: disponibilidade de vagas em leitos; melhoria do acolhimento ao usuário; melhor capacitação dos profissionais foram apresentados como uma forma de garantir a humanização na atenção em saúde. Apesar da espiritualidade não ser abordada diretamente nessa política, no conceito de clínica ampliada há como preceito o compromisso com o sujeito e seu contexto de vida. Portanto, ao abordar o paciente de forma integral, suas crenças, valores e expectativas mostram-se cruciais para um cuidado holístico[16].

Um estudo qualitativo desenvolvido na unidade de internação Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário, localizado na cidade de Pelotas/Rio Grande do Sul, avaliou 20 pacientes internados que aguardavam uma intervenção cirúrgica. A coleta de dados objetivava avaliar como a fé e a espiritualidade se

manifestavam na vivência desses pacientes. Os resultados mostraram que o medo e a angústia são sentimentos muito presentes em momentos de incerteza, como uma cirurgia que está por vir. No entanto, a fé e a espiritualidade foram evidenciados como fatores que proporcionaram aconchego, propósito e bem-estar aos indivíduos[17].

Uma revisão sistemática de 2019 avaliou a atividade elétrica cerebral de pessoas envolvidas com ritos religiosos para entender os fundamentos neuronais dessas experiências. Foi constatado que nos rituais cristãos e budistas as ondas Gama forma observadas. Já entre os islâmicos as ondas Alfa foram percebidas. Os pesquisadores sugerem que esses resultados estão relacionados a um maior senso de propósito e significado de vida, além de serem um potencializador de empatia e compaixão. Outrossim, a religião também foi relacionada a menores índices de depressão e ansiedade, além de melhorar a capacidade de atenção[18]. Portanto, a abordagem da espiritualidade contribui em vários aspectos para a promoção da saúde. Pacientes que tem esse lado explorado desenvolvem um senso de sentido e resiliência frente ao sofrimento[19].

A visão dos profissionais da saúde sobre a abordagem da espiritualidade na prática clínica

O professor e médico Daher Elias Cutait, ao definir a relação médico-paciente, destaca a importância do afeto do médico para com os pacientes, o qual ele nomeia "espírito de solidariedade"[20]. Sabe-se que o desenvolvimento tecnológico da ciência e da medicina proporcionou, além de avanços técnicos promissores, uma geração médica mecanicista, pelo fato de não fazer parte da formação acadêmica do médico, os preceitos de humanização da medicina. Com isso, muitos profissionais da saúde ainda demonstram não possuir facilidade em desenvolver relações afetuosas para com os pacientes. No entanto, é notória a busca recente, por parte dos médicos, pelo retorno a uma medicina que desenvolva a compaixão e aborde, na prática, assuntos de cunho espiritual[21].

Um estudo publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem em 2010, utilizou o método de pesquisa qualitativa-descritiva para estudar a visão de profissionais da saúde sobre a fé dos pacientes portadores de câncer durante o tratamento da doença. Os resultados da pesquisa demonstram que a maioria dos médicos, enfermeiros e psicólogos percebem a espiritualidade enquanto algo transcendental que proporciona esperança e conforto aos pacientes durante o processo de enfrentamento da doença. Apesar de que a vivência de religiosidade de cada profissional entrevistado seja particular, e alguns não se enquadrem em uma religião específica, percebe-se que a maior parte deles utiliza o viés espiritual ao tratar dos pacientes como ferramenta de amenizar o sofrimento destes e dos familiares; e reforçam, ainda, a importância de abordar a fé dos pacientes de maneira natural e de forma a não negligenciar a realidade e o conhecimento científico em detrimento das crenças religiosas unicamente[22].

Um outro estudo, realizado com 85 profissionais da saúde e publicado na Revista de Psicologia de São Paulo em 2013, objetivou conhecer as concepções destes, com relação à espiritualidade na área de Oncologia. A pesquisa concluiu que a maioria dos profissionais aborda o viés religioso dos pacientes durante a prática clínica, e possui uma percepção da fé do paciente como fator de conforto e fortalecimento perante as dificuldades enfrentadas com o diagnóstico e o tratamento do câncer. Os profissionais da saúde também demonstram relacionar a crença espiritual do paciente a resultados positivos durante o tratamento, como melhoria da adesão, redução do estresse e ainda, notam influência benéfica ao paciente e sua evolução clínica quando estes recebem suporte social de membros do grupo religioso ao qual fazem parte[23].

O médico Harold G. Koenig é autor do livro "Espiritualidade no Cuidado com o Paciente", e nesta obra ele aborda os momentos ideais, durante a prática médica, para abordar o assunto de religiosidade e fé do paciente. De acordo com ele, a espiritualidade do paciente

pode e deve ser questionada em diversos contextos e, dentre eles, durante a própria anamnese. A história clínica possui tópicos como história social e hábitos de vida, nos quais pode-se abordar o assunto da espiritualidade, inserindo-o naturalmente, ao questionar o paciente sobre suas crenças transcendentais. Muitos são os métodos existentes usados para obter a história espiritual do paciente, dentre eles pode-se citar: o Questionário FICA, o Questionário HOPE, a História Espiritual do ACP e o CSI-MEMO (Quadro 01)[24].

Quadro 01. Métodos de obtenção da História Espiritual

QUESTIONÁRIO FICA F – Fé: Perguntar ao paciente se ele possui alguma religião ou alguma crença religiosa; se a resposta for não, perguntar sobre o que dá sentido à vida dele. I – Importância/Influência: Questionar ao paciente sobre o nível de importância que a fé/crença religiosa possui na vida dele. C- Comunidade: Perguntar ao paciente se ele participa de alguma comunidade religiosa ou grupo social que o proporcione apoio e suporte A- Ação no tratamento: Questionar ao paciente sobre a maneira que ele gostaria de ter sua espiritualidade abordada durante o tratamento.
QUESTIONÁRIO HOPE H- Hope/Esperança: Questionar ao paciente sobre quais são suas fontes de esperança e força. O- Religião Organizada: Perguntar ao paciente se ele faz parte de alguma comunidade religiosa e de que forma esta crença o ajuda. P- Espiritualidade Pessoal e Prática: Indagar ao paciente se ele possui alguma crença própria, além da religião a qual pratica, e como esta crença é útil. E- Efeitos no tratamento médico e assuntos terminais: Questionar ao paciente se a doença o impossibilitou de realizar atividades relacionadas à espiritualidade; e se há algo que o médico possa fazer para ajudá-lo a recuperar isso. Procurar saber, também, se há alguma restrição a ser considerada no tratamento.
História espiritual do ACP: Questionar sobre a espiritualidade do paciente, e se esta é importante para ele no processo do adoecimento; Perguntar sobre a importância da religião durante outros momentos da vida; Perguntar se o paciente tem o hábito de conversar sobre assuntos relacionados à fé com alguma pessoa e se gostaria de dialogar sobre isso com alguém.
CSI—MEMO Questionar ao paciente sobre ser membro de alguma comunidade religiosa e de que forma ela é importante para ela; Perguntar ao paciente se as crenças de fé que ele possui proporcionam estresse ou conforto; Conversar sobre possíveis crenças espirituais do paciente que podem interferir no tratamento médico; Indagar ao paciente sobre sua necessidade de conversar sobre assuntos religiosos com alguém.

Fonte: Lucchetti et al. (2010).

Percebe-se, como exposto, que a postura do profissional ao abordar aspectos religiosos e espirituais de cada paciente não deve ser realizada de maneira unidirecional e engessada, pelo contrário, como evidenciado nos questionários acima, deve ser conduzida de forma inclusiva e espontânea com a finalidade de se construir um diálogo simétrico e um vínculo efetivo entre profissional e paciente. Evidencia-se, ainda, que é possível sim contemplar propósitos de vida e, inclusive, questionar crenças em pacientes que não sejam religiosos.

Conclusão

Nota-se, portanto, que a medicina do século XXI tem buscado aproximar-se de uma visão biopsicossocial do ser humano. As doenças são vistas além de um viés mecanicista que limita o adoecer à disfunções orgânicas. Nesse sentido, a dimensão espiritual do paciente entra em cena como fator determinante na construção de uma saúde integral. Ademais, é imprescindível diferenciar religião de espiritualidade. A primeira refere-se a um sistema de codificação de crenças, hábitos e rituais; já a última relaciona-se com uma ligação ao que é transcendente. A abordagem clínica dessa transcendência de cada indivíduo permite conferir acalento e sentido em meio ao sofrimento e, por conseguinte, menores índices de depressão e de ansiedade são gerados. Embora os profissionais da saúde sintam dificuldade em desenvolver a espiritualidade de seus pacientes, há uma busca constante no meio médico pelo retorno de uma medicina mais plural e holística.

Referências

1. Cabaço SR, Caldeira S, Vieira M, Rodgers B. Spiritual Coping: A Focus of New Nursing Diagnoses. Int J Nurs Knowl. 2018;29(3):156–64.
2. Tarrida ÁCL, Romero VR, Martín TG. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. Rev Esp Salud Pública. 2020;94(e202001002):1–25.

3. Salimena AM de O, Ferrugini RRB, Melo MCSC de, Amorim TV. Understanding spirituality from the perspective of patients with mental disorders: contributions to nursing care. Rev Gauch Enferm. 2016;37(3):e51934.
4. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG da, Batista PS de S, Batista JBV, Oliveira AM de M. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2016;69(3):591–601.
5. Lassiter JM, Parsons JT. Religion and Spirituality's Influences on HIV Syndemics Among MSM: A Systematic Review and Conceptual Model. AIDS Behav. 2016;20(2):461–72.
6. Park CL, Masters KS, Salsman JM, Wachholtz A, Andrea D, Salmoirago-blotcher E, et al. Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine. J Behav Med. 2017;40(1):39–51.
7. Park CL, Sherman AC, Jim HS, Salsman JM. Religion/Spirituality and Health in the Context of Cancer: Cross- Domain Integration, Unresolved Issues, and Future Directions. Cancer. 2015;121(21):3789–94.
8. Vitorino LM, Lucchetti G, Leão FC, Vallada H, Peres MFP. The association between spirituality and religiousness and mental health. Sci Rep. 2018;8(17233):1–9.
9. Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. SSM - Popul Heal [Internet]. 2016;2:373–81.
10. Steinhorn DM, Din J, Johnson A. Healing, spirituality and integrative medicine. Ann Palliat Med. 2017;6(3):237–47.
11. Rassoulian A, Seidman C, Loffler-Stastk H. Transcendence, religion and spirituality in medicine: Medical students' point of view. Med (United States). 2016;95(38):1–6.
12. Chakraborty R, El-Jawahri AR, Litzow MR, Syrjala KL, Parnes AD, Hashmi S. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. Palliat Support Care. 2017;15(5):609–22.
13. Rigon IB, Calado G de A, Linhares LS, Cantu PLM, Moritz JLW, Wolf P, et al. Religiosity and spirituality in patients with epilepsy. Arq Neuropsiquiatr. 2019;77(5):335–40.
14. Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DAR da, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 5):2323–33.
15. Carrara PS. Espiritualidade e saúde na logoterapia de Viktor Frankl. Interações - Cult e Comunidade. 2016;11(20):66–84.
16. Gomes ET, Bezerra SMM da S. Espiritualidade , integralidade , humanização e transformação paradigmática no campo da saúde no Brasil. Rev Enferm Digit Cuid e Promoção da Saúde. 2020;5(1):65–9.
17. Rocha LG, Souza A de Q de, Arrieira IC de O. Fé e espiritualidade no cotidiano de pacientes pré-operatórios internados na clínica cirúrgica. J Nurs Heal. 2020;10(2):e20102003.
18. Caruzo MS, Pires EU. O que o Eletroencefalograma tem a nos dizer sobre a experiência religiosa : uma revisão sistemática. Psicol Argumento. 2019;37(95):01–24.
19. Zandavalli RB, Silveira JB dos S da, Bueno RM, Santos DT dos, Filho ED de C, Mosqueiro BP. Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2020;15(42):2213.
20. Souza VCT de, Pessini L, Hossne WS. Bioética , religião , espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. Rev Bioethikos. 2012;6(2):181–90.
21. Nery RM, Pietrobon RC, Machado CLB, Comel JC, Manfroi WC. Espiritualidade no Ensino Médico. Saúde Integr. 2014;7(13–14):209–17.
22. Espíndula JA, Valle ERM Do, Bello AA. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(6):1–8.
23. Gobatto CA, de Araujo TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: Concepções de profissionais da saúde. Psicol USP. 2013;24(1):11–34.
24. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SA da P. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. Rev Bras Clín Méd. 2010;8(2):154–8.

A importância da espiritualidade nas consultas médicas: um relato de experiência

Eryka Regina de Lima
Beatriz Almeida Fernandes
Eloá Fátima Ferreira de Medeiros

Resumo

A espiritualidade pode ser definida como a conexão que um indivíduo estabelece consigo mesmo, com outros indivíduos, com a natureza ou com algum poder superior, no intuito de buscar um propósito de vida, sendo essencial para o bem-estar biopsicossocial. Integrar a espiritualidade à prática médica é uma estratégia fundamental no contexto da saúde e visa fortalecer a relação entre médico e paciente, resultando em desfechos positivos na recuperação dos pacientes. Além disso, é necessário que a espiritualidade seja discutida nas consultas em saúde, no entanto isso é algo infrequente atualmente, uma vez que os próprios médicos encontram dificuldades em abordar esse assunto. O objetivo deste artigo é fomentar a reflexão sobre a importância da espiritualidade nas consultas médicas a partir de um relato de experiência, além de compartilhar conhecimentos que possam, futuramente, contribuir de maneira relevante para prática médica e estimular os profissionais a abordarem seus pacientes de maneira espiritualizada.

Palavras-chave: espiritualidade; saúde; relação médico-paciente; qualidade de vida; prática médica.

Introdução

Embora a medicina possua como pilar o conhecimento científico, a visão espiritual e religiosa continua presente na sociedade e é peça importante para a compreensão de cuidado com a saúde[1]. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade[2]. A espiritualidade é uma prática capaz de trazer qualidade de vida para cada indivíduo[3] em diferentes contextos, pois essa está intimamente relacionada à cultura, princípios e valores[4].

Ainda que não exista um conceito que abranja todo o seu significado, é possível definir a espiritualidade como a conexão que um indivíduo estabelece consigo mesmo, com outros indivíduos, com a natureza ou com algum poder superior, no intuito de buscar um propósito de vida[5-6]. Além disso, a espiritualidade também se refere à forma com que os indivíduos expressam tal propósito, independentemente da religião que, por sua vez, é uma maneira de vivenciar a espiritualidade[3], ou seja, a religiosidade envolve crenças de determinada religião.

No contexto clínico, já foi estabelecida a relação entre o bem-estar espiritual e desfechos positivos para a saúde dos pacientes, uma vez que, quando a espiritualidade foi integrada nas consultas médicas, a terapêutica foi favorável, a relação médico-paciente foi fortalecida e os pacientes e seus familiares puderam desenvolver um entendimento maior acerca das condutas médicas[6]. Tal abordagem biopsicossocial é focada na pessoa e no processo de adoecimento, e associa as dimensões psicológicas e sociais à biológica[7]. Além disso, muitas pesquisas evidenciaram que grande parte dos pacientes desejam que sua espiritualidade seja discutida nas consultas médicas, no entanto, isso é algo infrequente atualmente[5], o que impede que a espiritualidade adentre nos serviços de saúde[1].

Diante disso, é possível perceber que, embora a importância da espiritualidade nas consultas médicas já tenha sido provada, poucos profissionais adotam essa prática. Assim, tal problemática deve ser vista como uma das limitações em se conquistar a saúde multidisciplinar, inclusiva e plural, além da abordagem holística de cada indivíduo, ou seja, a visão de que tudo está interconectado[8].

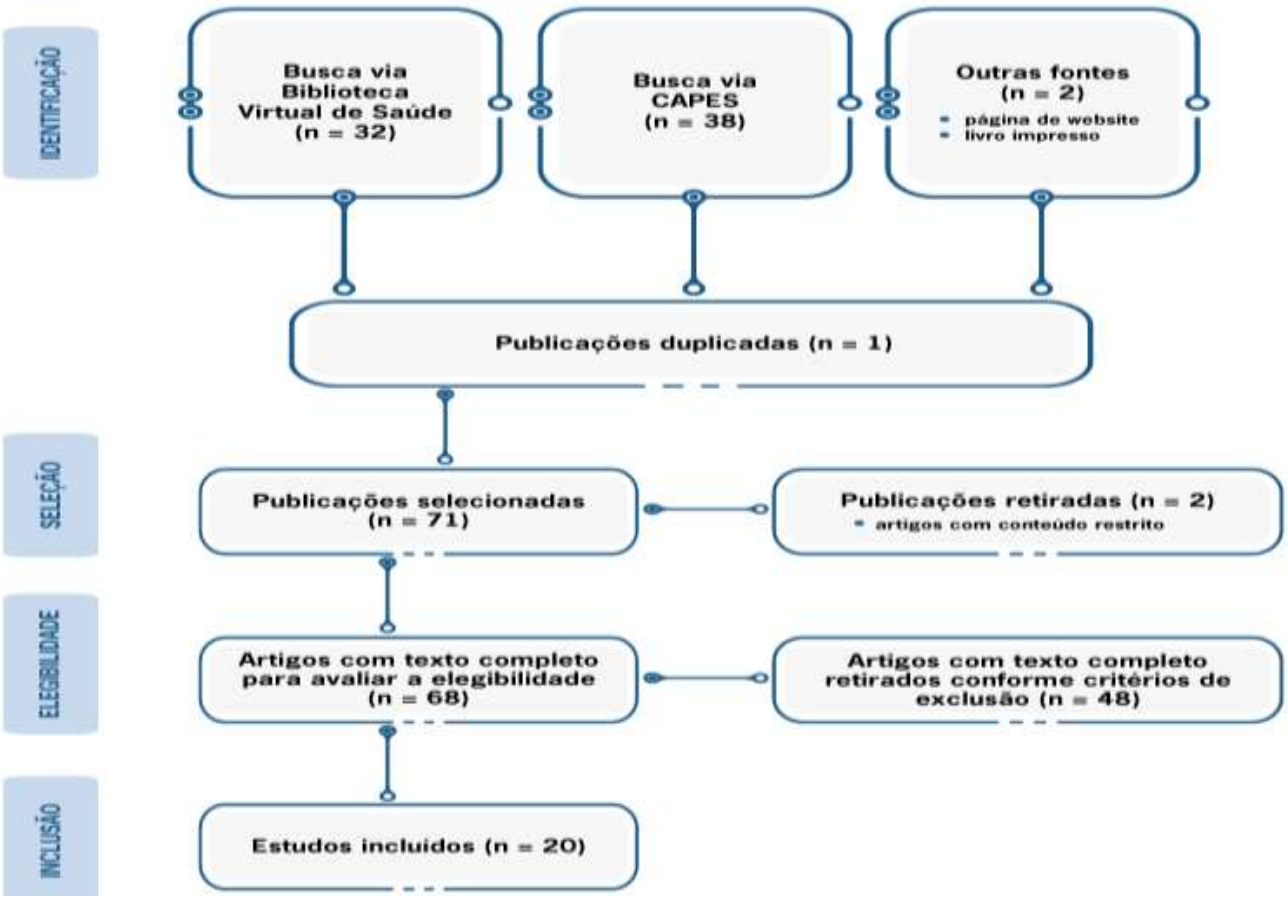
A busca por avanços no contexto da saúde multidisciplinar, portanto, deve incluir a conscientização dos profissionais da saúde acerca da importância da espiritualidade nas consultas com seus pacientes. Por fim, com o intuito de exemplificar essa temática de forma prática e enfatizar a importância da espiritualidade nas consultas médicas, o presente artigo se trata de um relato de experiência vivenciado durante uma consulta no

ambulatório de Endocrinologia, realizada por acadêmicas do sétimo semestre do curso de Medicina, no Centro Integrado Ambulatorial da Universidade Católica de Brasília (CIA-UCB).

Métodos

Para o embasamento teórico do relato de experiência em questão, foi realizada uma busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDENF, IBECS, via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e no portal periódico CAPES dentre os anos de 2010 e 2020, com os descritores “espiritualidade” “e” “prática médica”. Foram encontrados 70 artigos e, a partir retirada de artigos duplicados e/ou pagos e da determinação dos critérios de inclusão e exclusão, 20 foram selecionados, dentre eles revisões sistemáticas, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os critérios de inclusão se resumiram à seleção de trabalhos que abordassem a espiritualidade nas consultas médicas, sua importância e seus benefícios para a relação médico-paciente, em português e inglês. Já artigos classificados como relatos de caso, editorial e estudos que envolveram outros desfechos foram excluídos. É importante salientar que o presente relato de experiência está de acordo com os ditames das resoluções CONEP 466/2012 e Carta Circular 166/2018 CONEP/SECNS/MS.

Resultados

Diante da busca por avanços na saúde multidisciplinar, este relato tem como objetivo compartilhar uma experiência que possa, futuramente, contribuir de maneira relevante para prática médica. A experiência se trata de uma consulta médica realizada no Centro Integrado Ambulatorial UCB (CIA-UCB) de uma paciente de sexo feminino, 54 anos, negra, desempregada. A paciente compareceu ao CIA-UCB para consulta no ambulatório de endocrinologia, devido à obesidade. Por se tratar de um ambiente de ensino médico, o atendimento foi conduzido por estudantes do sétimo semestre de medicina e supervisionado pelo professor da

disciplina. A consulta foi iniciada de maneira conturbada devido ao tempo excessivo que a paciente esperou para o seu atendimento; se mostrou irritada, impaciente e não colaborativa no decorrer da anamnese, respondendo de maneira ríspida e grosseira as perguntas das acadêmicas que a atendiam. No entanto, quando a paciente foi perguntada sobre suas relações familiares, sua rotina e seu propósito de vida, sua postura agressiva foi imediatamente substituída por uma aparência chorosa, triste e envergonhada. Após alguns minutos de acolhimento da paciente, esta confessou que, nos últimos meses, tem se sentido desamparada, desesperançosa e sem nenhum propósito que justificasse a sua vida; não possuía fé nem apoio de sua família. Os sintomas depressivos eram muito perceptíveis.

A falta de bem-estar espiritual da paciente teve um impacto severo em sua saúde, o que foi nítido durante a consulta. A queixa principal relatada por ela no início da consulta já não condizia com a maior necessidade estampada naquele momento. A partir de então, foi iniciada uma discussão sobre espiritualidade, fé e resiliência, atributos abordados ao longo da disciplina de Habilidades Técnicas e Atitudinais nas Relações Médicas, a qual tinha como principal objetivo a prática das atitudes, valores, habilidades e ações nas relações médico-paciente. Durante o curso de tal disciplina, as acadêmicas puderam compreender a importância da comunicação médica centrada na pessoa e treinar a comunicação de más notícias. Tais fatores foram de extrema relevância para o desfecho da consulta, uma vez que foi preciso abordar a paciente de uma maneira holística, centrada na pessoa e não apenas na doença, além de colocar em prática as habilidades de comunicação de má notícia – o diagnóstico de transtorno depressivo – e abordar espiritualidade.

A paciente, aos poucos, se recompôs e foi capaz de entender a importância da espiritualidade especialmente no processo de tratamento da sua doença. A relação entre a paciente e as acadêmicas se tornou muito positiva e fortalecida em virtude dessa abordagem mais humanizada que foi estabelecida. Com isso, a paciente passou a apresentar gratidão e motivação para realizar seu tratamento para transtorno depressivo maior.

Discussão

Diante deste relato e de acordo com Vermandere et al, como não falar sobre espiritualidade se já foi provado cientificamente que isso auxilia pacientes com depressão?[6] Diversos estudos têm demonstrado a relação entre espiritualidade e saúde mental[11], além de afirmarem que indivíduos que praticam a espiritualidade com maior frequência melhoram sua saúde mental[10].

Quando os pacientes enfrentam uma doença, podem se sentir desamparados, a exemplo da paciente do caso em questão. Embora a maneira com que cada indivíduo responda frente a um problema seja diferente, muitos podem se perguntar: por que isso aconteceu comigo? Isso faz com que práticas como meditação, oração, conexão com a natureza sejam um apoio espiritual/religioso, o que é parte fundamental no processo de recuperação[18]. Dessa forma, é possível perceber que, mesmo que o paciente não possua nenhuma religião, o médico pode encorajá-lo a buscar aquilo que traz força, esperança e propósito para o paciente[6] por ser especialmente improdutiva a separação entre os domínios biológico, psíquico e social[19].

Existe uma relação bem estabelecida entre bem-estar espiritual e saúde[5]. Estudos realizados na Europa e nos Estados Unidos indicam que a prática da espiritualidade permite que os pacientes lidem melhor com diagnósticos, doenças graves e hospitalizações[5]. Além disso, diversos estudos têm mostrado que pacientes desejam que seus médicos discutam sobre espiritualidade[5-10], já que, para muitos, essa prática é imprescindível para os cuidados com a saúde[11].

Os benefícios da integração entre espiritualidade e medicina são reais a ponto dos pacientes se recuperarem melhor e dos médicos estabelecerem uma relação melhor com eles e suas famílias[6]. Diversos deles reportam que, se os seus médicos abordam a espiritualidade em suas consultas, a relação entre eles é fortalecida e a consulta se torna mais humanizada[5]. Esse é o grande motivo pelo qual médicos devem sempre estar prontos para escutar quaisquer preocupações de seus pacientes, sem julgamentos, e compreenderem as necessidades espirituais de cada um[6].

Quando assuntos espirituais e/ou religiosos dos pacientes são ignorados ou negligenciados, estes acabam separando o que talvez seja o mecanismo mais importante no processo de recuperação de um paciente: o propósito, a fé e a crença. Tais fatores permitem que o paciente seja capaz de lidar com a doença[3].

De maneira contrária, o sofrimento espiritual tem sido associado ao aumento da taxa de mortalidade, depressão, insatisfação e desesperança[13], ou seja, piores desfechos[9].

Embora muitos pacientes desejem falar sobre sua espiritualidade com os médicos, os próprios profissionais encontram dificuldades em abordar esse assunto na prática clínica[9] e, devido a isso, é uma prática infrequente[14]. Diante disso, diversos estudos foram realizados com o intuito de investigar o motivo pelo qual os médicos não abordam tal assunto, principalmente em consultas ambulatoriais. Os resultados mostraram que existe muitas dificuldades por parte desses profissionais em iniciar uma conversa sobre espiritualidade, porém o principal motivo relatado foi o tempo insuficiente em cada consulta. Além disso, a falta conhecimento sobre o assunto e incapacidade de identificar os pacientes que realmente desejam falar sobre essa temática são barreiras importantes[9]. Por fim, os médicos apresentam o receio de que seus pacientes se sintam ofendidos ou oprimidos por crenças ou pela própria religião do médico, o que poderia fragilizar a relação médico-paciente[5].

Muitos pacientes se tornam insatisfeitos quando seus médicos não discutem sobre espiritualidade, ou seja, não demonstram interesse sobre as crenças e esperanças ou não se preocupam em entender como o paciente se sente diante de alguma situação ou diante da sua doença. Portanto, é importante salientar que os próprios pacientes, em sua maioria, demandam que o médico esteja aberto a esse assunto durante a consulta[15], demonstrando empatia e valorizando suas preocupações[3]. Tais fatores possuem grande impacto nas decisões médicas[3] e são reflexos da humanização[11], ou seja, da capacidade do profissional de falar, ouvir e dialogar com seu paciente respeitosamente, com interesse, coerência e compreensão, reconhecendo nele suas necessidades, medos e ansiedades[7].

Por fim, alguns autores afirmam que a espiritualidade pode ter implicações terapêuticas[16] e incentivam os médicos a reconhecerem que, ao adotarem o papel de ouvinte, colaboram com a saúde de seus pacientes[7]; não é preciso que os médicos tenham tido as mesmas experiências que seus pacientes, porém devem reconhecer as emoções destes[17]. Dessa forma, a introdução de disciplinas na graduação que abordem essa temática e exercitem as habilidades de comunicação em diversas situações clínicas contribuem de maneira ímpar para a formação do médico[12].

Conclusão

O conceito atual de saúde determina que o processo de cuidar envolva diversos aspectos, dentre eles a espiritualidade. Os médicos, independentemente de sua especialidade e prática religiosa, devem, durante a sua intervenção, observar e identificar quando os aspectos relacionados a espiritualidade estão interferindo na saúde do paciente.

As práticas espirituais e a fé podem ser benéficas para o sucesso da evolução clínica, os quais são desafios enfrentados pela equipe de saúde, pacientes e suas famílias[20]. É preciso ter a clareza que, muitas vezes, o enfrentamento do processo saúde-doença vai além do corpo, passa pela mente e suas emoções[11]. Todos os indivíduos estão constantemente se relacionando e praticando a sua espiritualidade, e esta tem sido cada vez mais reconhecida pelo impacto positivo na saúde.

Nesse contexto, o presente relato de experiência traz a reflexão de que integrar a espiritualidade à prática médica é algo fundamental. Foi possível perceber que a abordagem da paciente, a comunicação não-verbal, a conduta médica e a relação médico-paciente sofreram uma mudança significativa quando a espiritualidade foi inserida no atendimento, a qual passou a transcorrer de forma mais positiva. É preciso entender que o papel do médico deve ir além do conhecimento científico, uma vez que todos os aspectos que integram a saúde do ser humano devem ser abordados de forma holística, multiprofissional e visando o estabelecimento de uma relação de confiança e esperança.

Referências

1- Eymard Mourão Vasconcelos. A espiritualidade no trabalho em saúde. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 2015.

2- World Health Organization. Constitution. [acesso em 01 ago 2020]. Disponível em: https://www.who.int/about/who-we-are/constitution.

3- Best, M., Butow, P., Olver, I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. Patient Education and Counseling. 2015; 98(11): 1320–1328.
4- Noronha, D. D., Martins, A. M. E. B. L., Dias, D. S., Silveira, M. F., De Paula, A. M. B., Haikal, D., S., A. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(2): 463-474.
5- Best, M., Butow, P., Olver, I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. Palliative Medicine. 2015; 30(4): 327–337.
6- Vermandere, M., De Lepeleire, J., Smeets, L., Hannes, K., Mechelen, W. V., Warmenhoven, F., et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. British Journal of General Practice. 2011; 61(592): e749–e760.
7- Soares, M. O. M., Higa, E. F. R., Gomes, L. F., Marvão, J. P. Q., Gomes, A. I. F., Gonçalves, A. H. C. Anamnesis impact to an integrated care: Portuguese students' view. Ver. Bras. Promoç. Saúde. 2016; 29(Supl): 66-75.
8- Scammell, J. Religion, spirituality and belief: is this the business of nurses? Br J Nurs. 2017; 26(9): 528.
9- Lucchetti, G., Bassi, R. M., Lucchetti, A. L. G. Taking Spiritual History in Clinical Practice: A Systematic Review of Instruments. EXPLORE: The Journal of Science and Healing. 2013; 9(3): 159–170.
10- Hodge, D. R. Using spiritual interventions in practice: developing some guidelines from evidence-based practice. Soc Work. 2011; 56(2): 149-58.
11- Oliveira, R. M., Santos, R. M. M., Yarid, S. D. Espiritualidade/religiosidade e o humanizaSUS em Unidades de Saúde da Família. Rev. Bras. Promoç. Saúde (Impr.). 2018; 31(1): 1-8.
12- Falkenberg, M. B., Mendes, T. P. L., Moraes, E. P., Souza, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(3):847-852.
13- Monod, S., Brennan, M., Rochat, E., Martin, E., Rochat, S., Büla, C. J. Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. Journal of General Internal Medicine. 2011; 26(11): 1345–1357.
14- Gordon, B. S., Keogh, M., Davidson, Z., Griffiths, S., Sharma, V., Marin, D., et al. Addressing spirituality during critical illness: A review of current literature. J. Crit. Care. 2018; 45: 76-81.
15- Aguiar, P. R., Cazella, S. C., Costa, M. R. A Religiosidade/Espiritualidade dos Médicos de Família: Avaliação de Alunos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Revista Brasileira de Educação Médica. 2017; 41(2): 310-319.
16- Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., Lucchetti, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. Rev. Bras. Psiquiatr. 2014; 36(2): 176-182.
17- Sweat, M. T. How Do We Prepare for Emergency Spiritual Care? J Christ Nurs. 2016; 33(2): 120.
18- LeDoux, J. Understanding Spirituality and Faith Practices: Advocating for the Whole Person. Prof. Case Manag. 2019; 24(3): 165-166.
19- Nunes, M. O. Anthropological intersections in mental health: from naturalistic regimes of truth to the biopsychosociocultural thickness of mental illness. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2012; 16(43): 903-915.
20- LeDoux, J., Mann, C., Demoratz, M., Young, J. Addressing Spiritual and Religious Influences in Care Delivery. Prof. Case Manag. 2019; 24(3):142-147.

Integralidade em saúde: os desafios enfrentados pela população LGBT

Aylla Corrêa Gonçalves
Andreza Resende Neiva
Isadora Estefânio Coelho
Hugo Zaghetto Diniz
Rodrigo De Martin Almeida

Resumo

Introdução: Indivíduos LGBT sofrem violências sociais diariamente, tornando-se alvo de vulnerabilidades no processo saúde-doença. Visando reduzir os prejuízos que a LGBTfobia acarreta no âmbito da saúde, instituíram-se legislações específicas. Entretanto, a realidade dos sistemas de saúde enfrenta obstáculos quanto à efetividade das recomendações e propostas governamentais. **Métodos:** Foram revisados estudos do eixo temático disponibilizados nas plataformas MedLine e SciELO. Dos 1363 estudos encontrados, 20 foram selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão. **Resultados:** A análise dos estudos demonstra uma deficiência na formação acadêmica e na capacitação dos profissionais de saúde voltada às necessidades da população LGBT, bem como políticas públicas precárias e altas taxas de discriminação e homofobia na assistência à saúde. **Discussão:** Embora haja conquistas no âmbito da saúde dos LGBT, deve-se reconhecer que a exclusão e a discriminação que os atingem em tais serviços reforçam suas vulnerabilidades. Ademais, existe uma lacuna na formação de profissionais na área da saúde, com capacitação inadequada para o atendimento a esta população. **Considerações Finais:** Há entraves à integralidade em saúde LGBT, especialmente para os transexuais, como despreparo dos profissionais de saúde, preconceito e maiores chances de psicopatologias. Assim, novas medidas que otimizem este cenário precisam ser implementadas.

Palavras-chave: LGBT; Integralidade em Saúde; Preconceito.

Introdução

A sigla LGBT representa todas as pessoas que se consideram Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. A sigla, pertencente a esses grupos minoritários, além de se referir a todos que estão fora da conceituação heteronormativa, não só representa um movimento de luta contra a discriminação, o preconceito e a LGBTfobia, como também o anseio por direitos iguais, inclusive o acesso à saúde de modo integral[1].

Faz-se necessário compreender que orientação sexual se difere de identidade de gênero, haja vista que o primeiro diz respeito à atração afetiva, emocional e sexual por gêneros iguais, diferentes ou diversos. Já o segundo termo refere-se à maneira pela qual o indivíduo identifica-se como gênero[2,3]. A orientação sexual e a identidade de gênero foram declaradas como pertencentes aos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU) e são reconhecidas pelo Ministério da Saúde (MS) como incisivas no processo de vulnerabilidade de saúde-doença dos indivíduos LGBT, tendo em vista que estão expostos a intolerância, a menosprezo, a exclusão social, a preconceitos, a violências diárias e a outras problemáticas que afetam diretamente seu bem-estar físico e mental[4]. Diante dessas diversidades, pode-se iniciar o processo de homofobia, que consiste em não aceitação e ódio por aqueles que não se enquadram nas ideologias heterossexista e heteronormativa[1].

Por vários anos, inúmeros integrantes da comunidade LGBT foram mortos, marginalizados ou submetidos a incontáveis tratamentos para que sua orientação sexual fosse revertida, pois era considerada anormalidade[5]. Além disso, desde a década de 1980, a homossexualidade foi relacionada à AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e ao HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), sendo considerada uma "doença gay", subjugando os LGBT como grupos de risco e considerados causadores da disseminação desse vírus[1,4,6].

Dentro da comunidade LGBT, há segmentos que são mais menosprezados e marginalizados que outros: as pessoas transexuais, as quais se identificam com uma feminilidade/masculinidade diferente da que a sociedade impõe em função de seu sexo biológico[7]. Os obstáculos que essa população enfrenta, além do

estigma da AIDS/HIV, são inúmeros e podem ser provocados por não se identificarem com seu sexo biológico, o que promove angústia, ansiedade, depressão, utilização de hormônios, medicamentos e até silicone industrial. Além disso, um fator que contribui para esse cenário é a vulnerabilidade social, a qual ocasiona maiores propensões ao uso de drogas, prostituição e dificuldade de inserção no mercado de trabalho formal[1,2,6,8,9].

Para tentar minimizar os impactos que a LGBTfobia acarreta na saúde física e, principalmente, na saúde emocional dos indivíduos não heteronormativos, foram criadas leis em diversas partes do mundo[2]. O aparato legal para tais ocorrências iniciou-se com a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, a qual influenciou diversas cartas constitucionais de diversos países, inclusive o Brasil com a criação da Constituição de 1988[2]. Essa carta política disserta sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Reforma Sanitária, e objetiva fornecer e garantir acesso universal à saúde e sem custos à população, sem diferenciação de cor, etnia ou gênero[2,4,5].

Marco importante para a comunidade LGBT, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, deixou de definir a homossexualidade como doença, alterando o sufixo da palavra homossexualismo, o qual remetia a algo patológico, retirando, assim, a homossexualidade do Código Internacional de Doenças (CID)[5]. No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia, em 1999, determinou que os profissionais não poderiam mais considerar a homossexualidade e a transexualidade como doenças, ou seja, impedindo a patologização dos indivíduos LGBT. Em 2006, o SUS passou a exigir que os profissionais da área de saúde realizassem um atendimento pautado nos princípios de humanização, deixando qualquer preconceito ou discriminação fora do ambiente da consulta[10].

Em 1º de dezembro do ano de 2011, o MS instituiu, pela Portaria nº 2.836, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, sendo uma data histórica e revolucionária para o reconhecimento das necessidades em saúde dessa minoria marginalizada e vulnerável. Essa portaria garante que "estão sendo implantadas ações para evitar a discriminação contra LGBT nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde" e "compromisso ético-político para todas as instâncias do SUS, de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde"[4].

Essas e outras legislações, projetos e portarias foram e ainda continuam a ser criadas constantemente, em vários países do mundo para legitimar o direito que a população LGBT tem ao acesso humanizado, sem preconceitos e de qualidade à saúde. No entanto, a prática na saúde explicita diversos obstáculos quanto à efetividade das recomendações e propostas do governo[11].

Em decorrência do não cumprimento das recomendações governamentais por parte dos profissionais da saúde, muitos integrantes da população LGBT não procuram assistência médica. Dentre os diversos motivos, estão: o não conhecimento, por parte dos profissionais, sobre as necessidades específicas dessa minoria; o preconceito e as agressões verbais, o que torna o atendimento hostil para o paciente[2,9,10,12]. Além disso, muitos LGBT não revelam sua real orientação sexual e sua identidade de gênero para que não sejam submetidos ao constrangimento de serem julgados, de serem humilhados, de não terem seu nome social reconhecido e, até mesmo, de serem agredidos[2,5,6,13].

Essas diversas falhas na efetividade das ações recomendadas pelo MS podem ser agrupadas em três discursos principais que são frequentemente utilizados na prática por muitos profissionais da saúde. O primeiro é o "discurso da não diferença", o qual tenta suavizar o preconceito afirmando que não há disparidades entre o atendimento da população geral e da população LGBT. O segundo é o "discurso do não saber" sobre as especificidades do atendimento da pessoa LGBT, soando como indiferença sobre os problemas característicos desses indivíduos e como falta de interesse em estudar sobre o assunto. Por fim, o terceiro é o "discurso do não querer", o qual situa o paciente (a vítima) como culpado por não receber ajuda médica, isto é, os usuários LGBT não querem buscar atendimento, pois não apresentam demandas específicas, como se o indivíduo tivesse papel total, único e exclusivo para acessar os serviços de saúde[14].

Desse modo, o presente estudo visa compreender melhor o panorama da comunidade LGBT, especialmente no que diz respeito ao acesso integral à saúde, conforme preconizado pelo SUS e pelas demais leis que regem o sistema de saúde no Brasil e, nessa perspectiva, reconhecer os possíveis pontos falhos, bem

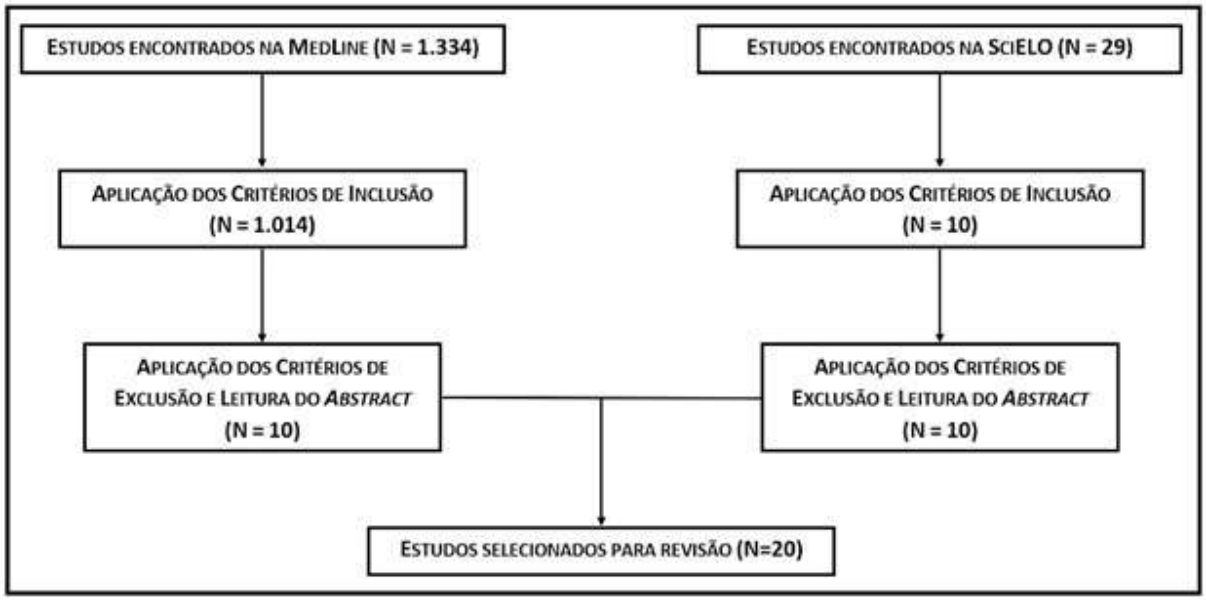
como discuti-los, de modo a fomentar possíveis melhorias, maior inclusão e respeito a esses indivíduos, como prevê o princípio da universalidade.

Métodos

Realizou-se uma pesquisa de artigos científicos nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine) via *National Library of Medicine* NLM/PubMed e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Por meio dos descritores em saúde: LGBT, *Health* e *Challenge* foram encontrados artigos que tratam da assistência à população LGBT nos serviços de saúde. Os estudos utilizados compreendem diferentes tipologias e foi consultada, ainda, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais elaborada pelo MS e disponibilizada em 2013.

Em um primeiro momento, foram identificados 1.334 estudos na MedLine e 29 estudos na SciELO e, aplicando os critérios de inclusão, tornaram-se elegíveis para seleção, respectivamente a cada base de dados, 1.014 e 10 artigos. Por fim, de acordo com os critérios de exclusão e avaliação prévia dos *abstracts*, 20 artigos foram escolhidos para compor o escopo deste estudo, sendo 10 referentes a cada uma das plataformas utilizadas (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os critérios de inclusão foram: o tempo de publicação (dos últimos 10 anos) e amostra adequada ao público-alvo do estudo (indivíduos que pertencem à população LGBT e que são usuários dos serviços de saúde). Os critérios de exclusão, por sua vez, compreenderam: métodos pouco claros ou mal descritos e estudos pouco relacionados à temática.

Resultados

Diante da pesquisa sobre a formação acadêmica dos profissionais de saúde, alguns estudos originais demonstraram que faculdades de medicina, em quatro anos de curso avaliados, apresentaram uma mediana de apenas cinco horas de ensino dedicadas ao aprendizado das condições da população LGBT[15,16]. De acordo com a pesquisa de Bonvicini, sob o mesmo enfoque, mais de 33% das escolas médicas dos EUA relataram zero horas de conteúdo curricular nos anos clínicos e 6,8% também não destinaram nenhuma hora de estudo nos anos pré-clínicos sobre as necessidades dessa população vulnerável[17]. Alguns estudos, inclusive, reforçam que os profissionais não são capacitados quanto às demandas de saúde dos grupos LGBT, pois a maior parcela dos acadêmicos e profissionais médicos, quando questionados, não sabem lidar com essas

questões e não apresentam qualquer conhecimento acerca dessa área[14]. Bonvicini destaca, ainda, que uma pesquisa realizada com médicos residentes mostrou que 96% deles sentiram-se seguros para cuidar de pacientes LGBT apenas após participarem de um treinamento de três horas, cujo foco foi destinado à saúde desses indivíduos[17]. Outras pesquisas também inferem que cenários de caso focados no treinamento da comunicação entre o paciente LGBT e o profissional foram eficazes para enfatizar a importância desse diálogo, visto que a grande maioria dos participantes (92%) relatou que era "provável" ou "muito provável" de se aplicar na prática o que aprenderam com essa metodologia[12].

Também sob a óptica anteriormente abordada, uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa ressaltou que, entre as especialidades, a que mais aproxima os médicos do contexto da saúde LGBT é a especialização em Saúde Pública. No entanto, entre os entrevistados, somente dois apresentaram essa titulação, sendo que os demais relataram não ter realizado capacitação/curso sobre o assunto ou participado de palestras, simpósios e seminários sobre a temática[5]. Dados avaliativos de 2014 revelam que o currículo é muito importante para expor os estudantes da área de saúde às complexidades de servir e apoiar os jovens LGBT, visto que a falta de preparo no aconselhamento desses jovens pode ser atribuída à desigual distribuição de conteúdo específico nas disciplinas da grade curricular do curso[18].

Pesquisas realizadas no Brasil a partir da análise de fontes documentais governamentais voltadas para a garantia de direitos civis da população LGBT demonstraram que o ano de 2004 foi um marco nas iniciativas voltadas à promoção da saúde e combate à homofobia, tendo em vista o desenvolvimento federal do "Programa Brasil Sem Homofobia". Todavia, entrevistas com gestores e com ativistas relataram que vários obstáculos ainda existem para efetivar esses direitos, sendo que, ainda é preciso conscientizar os profissionais de saúde sobre as raízes do preconceito contra a população LGBT, a fim de mitigar as dificuldades no atendimento[11,9]. Por outro lado, no que diz respeito à garantia de direitos de pessoas transexuais, em especial, as políticas públicas referentes a cirurgias de redesignação sexual apresentam um impacto positivo na vida desses indivíduos, devido a uma melhoria em sua qualidade de vida[7].

Em outro estudo, com dados do MS, 67% dos entrevistados relataram já ter sofrido algum preconceito motivado pela identidade sexual ou de gênero, sendo que essa proporção alcançou 85% em travestis e transexuais[1]. Mulheres homo e bissexuais são mais propensas a sofrerem alguma violência durante exames citopatológicos do colo de útero, devido ao uso de espéculo com tamanho inadequado e sem lubrificação necessária[2]. Além disso, há menor probabilidade de oferta para realização desse procedimento em função da discriminação destas pacientes pelos profissionais de saúde, o que torna o ambiente hostil e o atendimento ofertado desumanizado, de acordo com a Diretoria Nacional do CEBES[10]. Esses resultados ainda são ressaltados por meio de uma pesquisa qualitativa, em que foi identificada a existência das desigualdades e acesso inferior do grupo LGBT aos serviços de saúde, considerando o estigma existente a eles[10]. As condições de acesso dessa população aos atendimentos médicos podem ser classificadas como precária e inferior quando comparadas com as condições de acesso dos indivíduos heterossexuais[10]. Os diferentes segmentos LGBT apresentam riscos e necessidades específicos e, no que tange à saúde física, possuem maiores taxas de incapacidade, limitações físicas e pior saúde geral[14].

Um estudo descritivo do perfil epidemiológico sobre taxas de violência contra pessoas LGBT encontrou 24.564 notificações, sendo 13.129 (53,4%) contra indivíduos homossexuais e bissexuais cisgêneros, 2.822 (11,5%) contra travestis e transexuais com orientação homossexual ou bissexual e 8.613 (35,1%) contra travestis e transexuais heterossexuais ou com orientação sexual ignorada. De acordo com a identidade de gênero, a população de transexuais e travestis corresponde a 46,6%, mas, em relação à orientação sexual, houve uma predominância nas taxas de discriminação contra lésbicas em algumas faixas etárias. Por último, nessa mesma pesquisa, ressalta-se que a violência física foi a mais frequente forma de violência para toda a amostra[2].

Ainda nessa perspectiva, em relação à escala de sintomatologia depressiva, os jovens LGBT apresentaram uma pontuação significativamente maior, além de, comparativamente aos jovens heterossexuais e não-transgêneros, apresentarem maiores índices de pensamentos suicidas (30% vs. 6%, $p < 0,0001$) e comportamentos de autoagressão (21% vs. 6%, $p < 0,0001$). Além disso, esses jovens possuem uma maior incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), em que taxas de gonorreia, clamídia e HIV são

duas vezes mais altas em relação aos heterossexuais[19]. Nesse mesmo estudo, dados de 2014 do Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Boston mostraram que 83% dos novos diagnósticos de HIV entre homens, com 13 anos ou mais, foram em gays e bissexuais e, não somente, lésbicas e mulheres bissexuais apresentaram risco aumentado de câncer de mama, ovário e endométrio devido a menos gestações a termo e mamografias. Por último, adolescentes LGBT do sexo masculino tiveram maior probabilidade de consumir álcool e usar medicamentos sem prescrição médica em comparação com homens heterossexuais da mesma faixa etária[20].

Pesquisas demonstram que estudantes LGBT têm medo de discutir sobre a sua orientação sexual ou identidade de gênero ao ingressarem em algum curso superior na área da saúde[16]. Outro cenário com importante discussão é a rejeição familiar, em que a abordagem dessas questões pessoais tende a causar problemas significativos entre os jovens e suas famílias[19]. Além disso, muitos jovens LGBT têm medo de participar e não se envolvem em pesquisas de saúde que exigem a permissão de um responsável, visto que não tiveram apoio e aceitação dos familiares acerca de sua orientação sexual[21]. Nessa mesma temática, outros estudos apontam que um em cada cinco LGBT não revela a sua orientação sexual para o profissional de saúde durante a consulta, sendo que pessoas transexuais tendem a evitar a procura por atendimento médico e relatam, por vezes, terem acesso ao serviço público de saúde negado por discriminação dos profissionais[2].

Sob outro ângulo, em relação à perspectiva do atendimento médico realizado por meio de planos de saúde privados ou públicos, a orientação sexual é um fator de diferenciação para a aquisição desses planos ($p = 0,005$), em que os participantes bissexuais são mais propensos a possuí-los do que os LGBT e os indivíduos HIV positivos apresentaram maior probabilidade de não ter plano de saúde do que os HIV negativos ($p = 0,03$). Ademais, 68,4% dos participantes relataram ter feito exame médico nos últimos 12 meses, tendo a maioria (84%) recebido tratamento adequado e não fora verbalmente assediado por sua identidade LGBT nos ambientes de saúde, enquanto os indivíduos transgêneros apresentaram maior probabilidade de experimentar esses eventos quando comparados a indivíduos cisgêneros ($p < 0,001$)[8].

Discussão

A Constituição Federal (CF) do Brasil, de 1988, assegurou direitos importantes no que tange à área da saúde, a qual se tornou um serviço gratuito e acessível a toda a população[2,6]. A CF estabelece que o conceito de saúde aborda uma gama de situações que possibilitem o bem-estar e a qualidade de vida do cidadão, por meio da alimentação e acesso à educação, por exemplo[6]. Sendo assim, o processo saúde-doença envolve não somente a esfera individual, como também agrega elementos culturais e sociais[11].

O SUS preconiza como diretrizes básicas a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade, o que visa garantir um acesso digno e adequado à demanda necessária a todos os cidadãos. A diretriz da integralidade considera as pessoas como um todo, buscando responder todas as suas necessidades, integrando ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos, de tratamento e de reabilitação. Dessa forma, configura uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, não somente na esfera biológica deste, mas em sua totalidade. Esse princípio faz-se presente na conversa e na atenção despendida pelo profissional, através das quais ele busca reconhecer, além das demandas abordadas pelo paciente, as necessidades dos cidadãos no âmbito da saúde. Quando esse princípio apresenta lacunas, faz-se necessária a criação de políticas desenhadas especialmente para o grupo populacional que experimenta essa situação[6]. No entanto, é observado que, mesmo que existam princípios com o objetivo de garantir o acesso adequado à saúde, há obstáculos que impedem a efetivação destes, uma vez que o acesso aos serviços de saúde por parte da população LGBT é notoriamente inferior e mais precário do que por indivíduos heterossexuais[6].

Embora sejam observadas conquistas no âmbito da saúde pela população LGBT, tais como o "Programa Brasil Sem Homofobia" e a oferta de cirurgias de resignação sexual para pessoas transexuais, é fundamental reconhecer que a exclusão e a discriminação que atingem essa minoria, inclusive nos serviços de saúde, corroboram as vulnerabilidades da comunidade LGBT[6,9]. Importante frisar que, neste estudo, optou-se pelo uso da sigla LGBT, mas a conceituação é ampla, viva e passa por constantes mudanças diante das

transformações sociais. Nesse sentido, outras siglas são utilizadas para se referir à mesma parcela da população, como LGBTQIAP+, entre outras[6,9].

Nessa perspectiva, foi observado que existem diferenças na probabilidade de haver atitudes indevidas durante o atendimento, como assédio verbal ou inadequação no tratamento, entre os grupos LGBT. A possibilidade de violência é ainda maior quando se trata dos indivíduos transgêneros. O MS ratifica tal afirmação ao demonstrar em um estudo que 67% dos entrevistados relataram ter sofrido algum tipo de discriminação motivada pela identidade sexual ou pelo gênero. Quando observados dados em relação aos travestis e transexuais, esse número chega a 85%. Além disso, situações de violência com indivíduos cisgêneros ainda são recorrentes, visto que a probabilidade de uma mulher homo/bissexual sofrer algum tipo de violação durante exames citopatológicos é maior do que de uma mulher heterossexual. Ademais, a baixa oferta de exames preventivos, exemplificados pela mamografia, aumenta a possibilidade de que essas mulheres venham a desenvolver algum tipo de câncer que poderia ser monitorado e tratado nas fases iniciais, o que melhoraria o prognóstico e as chances de cura[19]. Percebe-se, nesse aspecto, o quanto a negligência pode afetar a vivência em saúde e sua integralidade, quando se trata dessas minorias[19].

No que tange às vulnerabilidades em saúde da população LGBT, é válido considerar seu histórico de vinculação com a prevenção de ISTs, inicialmente devido à epidemia de AIDS, na década de 1980, o que contribuiu para a manutenção dos processos discriminatórios e preconceituosos para com essa população[2]. Entre as vulnerabilidades a que estão expostas essa população, destaca-se a violência, principalmente física, sendo mais significativa contra transgêneros[3]. Soma-se a isso o uso de insumos inapropriados, inclusive de silicone industrial e de hormônios, devido à utilização de serviços de saúde clandestinos, nos quais são realizados até mesmo atos cirúrgicos fora do ambiente hospitalar[5,6].

Faz-se importante ressaltar que as doenças de caráter psicossocial são importantes, como bullying, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e comportamentos autodepreciativos, inclusive com possível ideação suicida[2,19]. Isso pode ser demonstrado, por exemplo, pelos dados de que 30% dos entrevistados LGBT possuem ou já tiveram ideias de autoextermínio em oposição aos 6% quando se trata dos heterossexuais não-transgêneros[19].

É necessário salientar que as ISTs necessitam de maior atenção, uma vez que o histórico sexual dos pacientes não é comumente abordado, assim como a orientação dos jovens LGBT sobre os métodos de proteção não é frequente como deveria. Por esse motivo, as taxas de algumas ISTs (como gonorreia, clamídia e HIV) são maiores nessa população em relação a heterossexuais[15,16,19,21]. Além disso, considerando a população bissexual, cabe ao profissional de saúde atentar-se às demandas específicas no que diz respeito à prevenção destas doenças, e não as tratar com indiferença[2].

Uma importante conquista assegurada na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em 2006, foi o direito ao uso do nome social[5,7]. Esta mudança configura uma estratégia de combate à discriminação e de reconhecimento a uma identidade legítima, por parte da população transexual. O nome social é usado em prontuários e demais documentos de atendimento e serviços de saúde[5,7,13]. Contudo, apesar do uso do nome social ser garantido pelo Estado, tal fato é desrespeitado em muitas ocasiões, o que representa uma barreira entre o atendimento médico vivenciado na prática e os documentos que preveem igualdade e universalidade nessas ocasiões[13].

No que se refere à formação dos profissionais de saúde e sua preparação para uma abordagem correta e adequada da população LGBT, observa-se que ambas apresentam inúmeras deficiências que ainda precisam ser sanadas. Percebeu-se que a carga horária nas faculdades americanas e canadenses dedicada ao aprendizado acerca dessa população é extremamente pequena ou até mesmo ausente quando comparada com o tempo total de formação[15,16,17]. Essa realidade não é distante da encontrada no Brasil, visto que são poucos os profissionais especializados em Saúde Pública - área essa que permite uma aproximação aos temas relevantes de saúde LGBT, embora existam políticas públicas que valorizem o atendimento humanizado e adequado a essa minoria social[5].

Ainda que existam propostas para mudanças na base curricular das escolas médicas, a formação desses profissionais de saúde, no que diz respeito à saúde LGBT, ainda é falha e há pouco conhecimento sobre as demandas e as necessidades. Além disso, a insegurança dos profissionais durante o atendimento de

um cidadão LGBT pode favorecer o surgimento de entraves e impedir, por exemplo, a criação do vínculo médico-paciente, o que faz com que muitos pacientes não se sintam confortáveis para revelar sua orientação sexual durante uma consulta[21]. Sendo assim, conforme demonstrado por Bonvicini, até mesmo pequenos treinamentos podem melhorar as qualificações quanto ao atendimento adequado, ainda que estes não sejam suficientes para englobar todas as demandas em saúde, limitando-se somente a algumas temáticas[17].

Conclusão

O presente estudo encontrou importantes entraves para um acesso efetivo da população LGBT aos serviços de saúde, quando analisado sob a óptica da integralidade em saúde e em conformidade com os princípios do SUS. Dentre os principais desafios, o despreparo e o desconhecimento dos profissionais de saúde acerca das necessidades específicas dos LGBT têm sido amplamente demonstrados, inclusive pela ausência dessa temática nos planos de ensino do ensino superior. Atrelado a isso, o preconceito faz com que muitos pacientes não revelem a sua orientação sexual, o que, indubitavelmente, pode subestimar potenciais riscos, como os de ISTs, e tornar o atendimento ineficaz e negligente. Ressalta-se que os indivíduos LGBT têm maiores chances de desenvolver quadros depressivos, inclusive são cinco vezes mais propensos a pensamentos suicidas quando comparados aos heterossexuais. Importante destacar ainda que, dentro da população LGBT, as pessoas transexuais são as que mais sofrem discriminação, sendo desrespeitadas, frequentemente, em seu direito quanto ao uso do nome social. Dessa maneira, conclui-se que, apesar de alguns avanços e conquistas, ainda há inúmeras lacunas para o atendimento humanizado e integralizado, principalmente por parte daqueles profissionais de saúde que não atendem às recomendações preconizadas pela legislação. Portanto, faz-se necessário ampliar os estudos e levantamentos de dados acerca da saúde LGBT, a fim de fundamentar e implementar, de maneira efetiva, novas medidas e políticas públicas que otimizem este cenário.

Referências

1. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. Psicologia: Ciência e Profissão. 2012;32(3):552-63.
2. Santos JS, Silva RN, Ferreira MA. Health of the LGBTI+ population in primary health care and the insertion of Nursing. Esc Anna Nery. 2019; 23(4).
3. Pinto IV, Andrade SSA, Rodrigues LL, Santos MAS, Marinho MMA, Benício LA et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificações, Brasil, 2015 a 2017. Rev Bras Epidemiol. 2020; 23(1).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: MS; 2013.
5. Negreiros FRN, Ferreira BO, Freitas DN, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Saúde de Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. Revista Brasileira de Educação Médica. 2019;43(1):23-33.
6. Preuss LT, Martins DAB. Reflections about the LGBT National Policy of Integral Health on the border regions. Interações. 2019;20(3):933-46.
7. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(5):1509-20.
8. Macapagal K, Bhatia R, Greene GJ. Differences in Healthcare Access, Use, and Experiences Within a Community Sample of Racially Diverse Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Emerging Adults. LGBT Health. 2016;3(6):434-42.
9. Kuzma EK, Pardee M, Darling-Fisher CS. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: creating safe spaces and caring for patients with cultural humility. J Am Assoc Nurse Pract. 2019;31(3):164-74.
10. Diretoria Nacional do Cebes. Saúde para grupos LGBT exige a radicalização democrática[editorial]. Saúde em Debate. 2013;37:366-71.

11. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. Sexualidad, Salud y Sociedad. 2011;9:7-28.
12. McDowell MJ, Goldhammer H, Potter JE, Keuroghlian AS. Strategies to Mitigate Clinician Implicit Bias Against Sexual and Gender Minority Patients. Psychosomatics. 2020;(20):30152-3.
13. Silva ACA, Alcântara AM, Oliveira DC, Signorelli MC. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. Interface. 2020;24.
14. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2019;23.
15. Byne W. LGBT Health Equity: Steps Toward Progress and Challenges Ahead. LGBT Health. 2015;(3):193-5.
16. Keuroghlian AS, Ard KL, Makadon HJ. Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. Sex Health. 2017;14(1):119-22.
17. Bonvicini KA. LGBT healthcare disparities: what progress have we made? Patient Educ Couns. 2017;100(12):2357-61.
18. Calzo JP, Melchiono M, Richmond TK, Leibowitz SF, Argenal RL, Goncalves A et al. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescent Health: An Interprofessional Case Discussion. Med Ed PORTAL. 2017;13:106–15.
19. Hafeez H, Zashan M, Tahir MA, Jahan N, Naveed S. Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a literature review. Cureus. 2017;9(4).
20. Price-Feeney M, Ybarra ML, Mitchel KJ. Health indicators of lesbian, gay, bisexual, and other sexual minority (LGB+) youth living in rural communities. J Pediatr. 2019;205:236-43.
21. Fisher CB, Mustanki B. Reducing health disparities and enhancing the responsible conduct research involving LGBT youth. Hastings Cent Rep. 2014;4(4):28-31.

Identidade de Gênero e Atenção à Saúde do Paciente Transexual no Sistema Único de Saúde

Bárbara Bizzo Castelo
Gabriela Ferreira da Silva
Geovana Torres de Souza
Mirjhenyfer Lúcia Martins
Hakayna Calegaro Salgado

Resumo

O padrão heteronormativo ainda influencia a sociedade moderna. A população LGBT é vulnerável e discriminada, significativamente a população transgênero, reafirmando a necessidade da adoção de ações em saúde que permitam atendimento humanizado e qualificado. Objetiva-se apresentar um panorama da saúde LGBT, sobretudo do segmento transexual, destacando aspectos históricos e evolução até a atualidade, além das dificuldades e desafios no acesso à saúde pública, bem como suas implicações. Trata-se de uma revisão narrativa que se propõe a descrever e fundamentar o assunto em questão. A saúde LGBT vem ganhando apoio legal com a evolução da legislação brasileira, principalmente ao criar diretrizes para normatizar o atendimento médico e oferecer uma melhor qualidade na atenção primária a essa população. Apesar do transexualismo já não ser visto como doença, ainda é um grande desafio compreender que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores de vulnerabilidade. A Atenção Básica exerce papel primordial no acompanhamento desses pacientes, contribuindo no processo transexualizador através do acompanhamento e da monitoração da terapia hormonal ou da transgenitalização por cirurgias, além do suporte multidisciplinar. Há a necessidade do reconhecimento das vulnerabilidades dessa população e de se pensar em políticas públicas voltadas às demandas específicas desse público.

Palavras-chave: Transexualidade; Minorias Sexuais e de Gênero; Atenção Primária à Saúde; Procedimentos de Readequação Sexual; Identidade de Gênero.

Introdução

A Atenção Básica é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo regida pelos princípios de acessibilidade, universalidade, equidade, integralidade, continuidade do cuidado, vínculo, atenção, humanização, responsabilização e participação social. Ela deve ser direcionada ao atendimento da população tendo em vista os determinantes sociais como condicionantes da saúde dos indivíduos, uma vez que influencia, de forma considerável, o processo de adoecimento e do cuidado, associado ao contexto sociocultural, o qual também é fundamental para a compreensão do processo saúde-doença. A partir desse entendimento, é possível ofertar uma atenção em saúde mais adequada[1].

O padrão heteronormativo que envolve a sociedade há tempos, ainda hoje, influencia a mentalidade social, incluindo a dos profissionais da saúde. É fato que isso interfere no atendimento em saúde, ocasionando situações de preconceito e discriminação, sobretudo na etapa de acolhimento, quando se trata de pacientes não heterossexuais. E devido a esse contexto, deve-se voltar a atenção à população exposta à grande vulnerabilidade em saúde, a dos LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros). Posto isso, a implementação de políticas públicas voltadas a tal grupo, apesar de desafiadora, torna-se necessária para superar a desumanização e discriminação sofrida por esses indivíduos no sistema de saúde[1].

Em se tratando dos membros do grupo LGBT, as pessoas transgênero, incluindo transexuais e travestis, estão entre as mais propensas a sofrer preconceito, apesar de, atualmente, possuírem maior reconhecimento e visibilidade como resultado da sua construção como sujeito social e afirmação política. O acolhimento desses indivíduos deve possuir uma relação de confiança, compromisso e vínculo, buscando reconhecer e atender suas necessidades em saúde[2].

Apesar da ocorrência de avanços importantes, até pouco tempo atrás, as políticas de saúde voltadas aos transgêneros eram baseadas apenas na prevenção e no cuidado com a transmissão do Vírus da

Imunodeficiência Humana (HIV). Contudo, é imprescindível que as ações em saúde destinadas a esse público não sejam pontuais ou transitórias, e sim, que englobem a realidade vivenciada por esses sujeitos, em todos os âmbitos da sua vida, tais como o social, psicológico e biológico[3].

A sensibilização para o atendimento não discriminatório da população LGBT é, ainda na atualidade, um assunto bastante abordado na elaboração de políticas públicas de saúde voltadas a esse público. Isso porque é imprescindível a percepção, por parte dos profissionais de saúde, da vulnerabilidade do segmento transgênero, assim como os riscos aos quais são expostos. Dessa forma, os direitos e necessidades dessas pessoas podem ser melhor conhecidos e compreendidos, de modo a possibilitar um atendimento mais eficaz[3].

Sendo assim, o presente estudo foi construído a partir de uma revisão da literatura pertinente que possibilitou a fundamentação teórica e permitiu um maior conhecimento sobre o tema e sobre suas inter-relações. Tem-se por objetivo, portanto, apresentar um panorama geral da saúde da população LGBT, em especial do segmento transexual, destacando seus aspectos históricos e evolução até os dias atuais, além de identificar as dificuldades e desafios enfrentados no acesso à saúde pública, bem como suas respectivas implicações.

Métodos

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que se propõe a descrever, do ponto de vista teórico e conceitual, o desenvolvimento do assunto em questão: a saúde LGBT. Desta forma, busca-se a identificação de lacunas de conhecimento, bem como a proposição de novas pesquisas necessárias à elucidação do tema.

Foram pesquisados artigos científicos nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), de 1990 a 2020. Para tal, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Transexualidade; Minorias Sexuais e de Gênero; Atenção Primária à Saúde; Procedimentos de Readequação Sexual; Identidade de Gênero.

Dos artigos encontrados, 31 foram selecionados para leitura na íntegra, mas somente 23 produções científicas foram utilizadas para composição da revisão narrativa em função da sua relevância. Estas foram separadas, ainda, em núcleos temáticos, destinados à análise e construção de estudo.

Discussão

A saúde LGBT sob a perspectiva histórica

A partir do início da década de 80, houve um maior fortalecimento da luta pelos direitos humanos de lésbicas, gays, travestis, transexuais e transgêneros, quando associações e grupos ativistas começaram a se multiplicar pelo Brasil[4]. Como resultado da atuação do movimento LGBT, os debates sociais sobre seus direitos e suas condições de vida foram reforçados, resultando na proposta de políticas públicas voltadas para a cidadania e bem-estar dessa população[1].

Em 2004, foi realizado o programa Brasil sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e a Promoção de Saúde Homossexual, que dentre os objetivos, visou promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais. Promoção essa que dependia da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a individualidade de cada parcela da população LGBT[4]. Em 2009, foi lançado um novo plano nacional centrado na promoção da cidadania LGBT, com propostas no âmbito da saúde. Ademais, começava-se a debater socialmente a inclusão da diversidade sexual e de gênero no mercado de trabalho, nas instituições de ensino e na produção cultural[2].

Já no ano de 2011, os compromissos do Estado com o movimento LGBT foram intensificados e se materializaram através da portaria 2.836, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT). Entendida como um marco no âmbito dos direitos assegurados a essa população, a PNSILGBT objetivou a promoção de saúde integral dessa população, levando em conta suas especificidades e demandas. Trata-se de um exemplo de democratização em um contexto de desigualdade, mediante maior exercício de cidadania e de participação social[5,6].

Essa política foi responsável por reafirmar o direito já estabelecido pela Lei 8.080/90 de acesso a uma saúde baseada nos princípios de equidade, universalidade e integralidade, sendo construída para atuar nos

três níveis de complexidade de atenção à saúde, o primário, o secundário e o terciário, que dizem respeito, em suma, à prevenção, tratamento especializado e reabilitação ou cirurgia, respectivamente[6,7].

Os objetivos específicos da PNSILGBT seriam: instituir mecanismos de gestão que garantam a aplicação dos princípios do no SUS na oferta de saúde à população LGBT, de forma a garantir uma rede qualificada e integral de atendimento à saúde do grupo, além de ampliar seu acesso aos serviços de saúde do SUS, garantindo-lhes respeito e fornecimento de serviços de saúde de qualidade e resolutivos. Objetivava-se, ainda, garantir o acesso ao processo transexualizador nos moldes regulamentados, a redução de riscos para aqueles que optarem pela hormonioterapia e, principalmente, a eliminação de preconceito e discriminação contra a população LGBT nos serviços de saúde, a exemplo do emprego do nome social, em concordância com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Outro ponto de interesse é o estímulo à participação de seus representantes nos Conselhos e Conferências de Saúde, de forma a levantar demandas específicas, além da inclusão de ações informativas e educativas no ambiente dos serviços de saúde para promoção da autoestima e bem-estar desta população[8].

Dentre os valores que compõem a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, o de maior destaque é o combate a toda forma de discriminação e preconceito, principalmente no que diz respeito ao "preconceito institucional". Dessa forma, busca-se evitar que o usuário seja exposto a possíveis preconceitos por parte dos profissionais de saúde quanto às suas práticas sociais e até mesmo sexuais, de forma a evitar o comprometimento da qualidade do atendimento e dos resultados das ações em saúde[6].

Ficam explícitas as ações e responsabilidades próprias das três esferas de governo e que contemplam toda a organização da atenção à saúde. Estabelecem-se, portanto, as vias das políticas públicas como meio de suprir as necessidades e demandas dessa população, tendo-se como referência reivindicações tradicionais dos movimentos sociais, o que deve permitir a redução das desigualdades. Contudo, ainda é necessário um maior investimento na Política, tanto em termos financeiros quanto em termos de atenção destinada à sua implantação plena. Uma melhor articulação entre as esferas federativas é outro fator de grande importância[1,5].

A questão da sexualidade em meio à sociedade

As pessoas trans são aquelas em que há um desacordo entre seu sexo biológico e sua identidade de gênero, isto é, indivíduos que não se identificam com seu sexo biológico de nascimento. Para entender a transexualidade, é preciso desmistificar alguns conceitos e identificar que existem diferenças entre sexo biológico, gênero e identidade de gênero[9].

Enquanto gênero é um conceito criado para expressar o sexo socioculturalmente instituído, dividindo assim, o comportamento entre os binários masculino ou feminino; a identidade de gênero se refere a um sentimento íntimo da pessoa em relação ao seu gênero, independentemente do seu sexo biológico. Portanto, as características de gênero devem ser compreendidas em um contexto geral e não somente na dualidade feminino/masculino de um indivíduo[10].

O gênero pode apresentar-se em discordância com as características de sexo, sendo então sexo um fator biológico e gênero um determinante social. A identidade de gênero advém das relações sociais e também de experiência interna de cada indivíduo, da construção e identificação de si próprio e do seu gênero, que pode ou não estar ligado ao biológico. Sendo assim, a identidade de gênero é a expressão de como o indivíduo vê o seu corpo[11-13].

A transexualidade foi, por muito tempo, considerada um transtorno mental. Em 1987, o "transexualismo" foi incorporado ao Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III (DSM III), sendo caracterizado como indivíduos com disforia de gênero que demonstrasse, por pelo menos dois anos, o interesse de transformar o sexo do seu corpo e mudar de gênero. O DSM IV trocou o termo transexualismo por Desordem da Identidade de Gênero[5,14].

As discussões quanto à identidade de gênero trouxeram consigo a constatação de que "a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores de vulnerabilidade para a saúde"[8]. Dessa forma, tornar-se travesti ou trans implica a intervenção de diferentes tecnologias de gênero, cujos efeitos se produzem nos corpos, nos comportamentos e nas relações. A transição de gênero envolve um conjunto de tecnologias sociais, discursos,

saberes práticos, conhecimentos científicos, leis, práticas institucionalizadas e da vida cotidiana, inclusive os provenientes do universo biomédico[2,8].

No âmbito médico propriamente dito, o atendimento deve atender às necessidades específicas dessa população, de forma respeitosa e empática, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Saúde[8].

Abordagem do paciente transexual no Sistema Único de Saúde

Os princípios de Integralidade, Equidade e Universalidade do SUS estabelecem que todos os cidadãos brasileiros devem ter acesso aos serviços de saúde, independentemente de gênero, orientação social, religião, etnia ou idade. Não obstante, o exercício da Medicina deve ser pautado nos ideais da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Dessa forma, qualquer atendimento realizado no sistema de saúde deve ser desprovido de preconceitos e julgamentos, pois toda forma de discriminação dificulta a relação médico-paciente e, por conseguinte, afasta o usuário do sistema de saúde. Faz-se necessária, para tanto, uma transformação no modo de pensar e agir dos profissionais de saúde, a fim de mitigar comportamentos discriminatórios provenientes da cultura heteronormativa na qual estes se encontram inseridos[15,16] .

Ao longo da formação profissional, os estudantes, muitas vezes, não são preparados para lidar com esses pacientes de maneira acolhedora e integral. Paulino e colaboradores (2019) apontam que a qualificação dos médicos quanto à saúde LGBT ainda é deficitária. Revelam, ainda, que os próprios profissionais admitem a falta de uma capacitação adequada e alegam desconhecer as especificidades dessa população. Além disso, identificam que alguns médicos culpam o usuário pelo distanciamento do sistema de saúde ao afirmarem que estes não possuem acesso ao serviço por não terem interesse em procurá-lo. Esse é um discurso emblemático, haja vista os aspectos multifatoriais do processo saúde-doença e os determinantes sociais associados[16,17].

A Atenção Básica, como porta de entrada do SUS, cumpre um papel primordial no acompanhamento de transexuais e travestis. Essas unidades contribuem, ainda, no processo transexualizador por meio do acompanhamento destes pacientes e na monitoração da terapia hormonal. Tal atuação se faz ainda mais significativa em regiões afastadas, onde as lacunas assistenciais são notoriamente acentuadas.[18]

O principal desafio na promoção da saúde de travestis e transexuais é a necessidade de atenção a partir das vulnerabilidades específicas desse grupo. Embora estejam sujeitos às mesmas doenças que o restante da população, esses grupos possuem vulnerabilidades como o preconceito, o estigma, a violência e a discriminação, o que os tornam ainda mais susceptíveis aos agravos de saúde. Quando comparada aos indivíduos heterossexuais, a população LGBT encontra-se mais propensa às más condições de saúde, maiores taxas de incapacidade e limitações físicas. É indispensável uma postura vigilante dos profissionais de saúde contra a tendência de naturalizar a ocorrência de patologias como depressão, transtornos mentais e comportamentos aditivos entre esses pacientes[18-20].

A promoção da saúde integral desta população exige o redimensionamento dos direitos sexuais e reprodutivos a partir de um entendimento não binário da sexualidade e de suas formas de manifestação. É de suma importância salientar, ainda, que diferentes identidades dentro da comunidade LGBT apresentam demandas e vulnerabilidades específicas. Portanto, as demandas em saúde desse grupo ampliam-se também a uma abordagem cultural, econômica, biológica e social, o que demanda políticas públicas que prezem a proteção dos direitos humanos e a garantia da qualidade de vida[16,17,19].

Graças aos movimentos reivindicatórios e justificadas pelos pilares de equidade, universalidade e integralidade, as demandas por mudanças corporais foram incorporadas ao SUS[2]. Contudo, o entendimento da transexualidade como um processo patológico o transformou em um protocolo de atendimento médico, permitindo que os órgãos de saúde detivessem o controle sobre ele. A realização desse procedimento encontra-se sujeita, então, ao laudo de uma equipe multidisciplinar composta por cirurgiões, endocrinologistas, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, responsáveis por atestar ou não a necessidade do procedimento[5].

O processo de transgenitalização na realidade brasileira

As cirurgias de transgenitalização foram legitimadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1997, sendo vistas como uma ferramenta terapêutica para adequação do indivíduo ao sexo com o qual se identificava. A Resolução nº 1.492/97 autorizava as neocolpovulvoplastias (construção de uma nova vagina), neofaloplastia (construção de um novo falo) e assegurava o direito a procedimentos complementares quanto às gônadas e aos caracteres sexuais secundários. Essa resolução estabeleceu os critérios técnico-cirúrgicos e regulamentou o acesso às cirurgias com base no laudo de uma equipe multidisciplinar. Assim, a transexualidade encontra-se sob domínio da Saúde Pública e Coletiva, fato que marca a entrada do Brasil nas discussões dos critérios de diagnósticos, condutas terapêuticas e intervenções cirúrgicas[5,21].

Após essa resolução, foram organizados serviços de assistência aos transexuais que desejassem passar pelo processo transexualizador. De modo geral, a equipe responsável pelo procedimento é composta por cirurgião reconstrutor genital (urologista e/ou ginecologista), psiquiatra, psicólogo, endocrinologista, cirurgião plástico, assistente social e enfermagem, sendo que o número de profissionais envolvidos varia de acordo com cada instituição. Essa equipe pode contar, ainda, com outros profissionais, como geneticista, cirurgião geral, anestesista, mastologista, otorrinolaringologista e fonoaudiólogo, de acordo com a complexidade do caso e com a disponibilidade desses serviços em cada centro de atenção. Em alguns desses serviços observa-se convênios com assessorias jurídicas para a mudança do nome civil, visto que esse direito está, muitas vezes, associado à cirurgia de adequação de sexo[22].

A Resolução nº 1.652/2002 do CFM impõe como critérios para a cirurgia de transgenitalização idade igual ou superior a dezoito anos, diagnóstico de transexualismo e acompanhamento terapêutico há pelo menos dois anos para a realização do procedimento. Apesar disso, devido às dificuldades de agendamento das cirurgias, muitos usuários podem enfrentar longos períodos de espera[22].

Através da Portaria GM nº.1.707, de 18 de agosto de 2008, o Ministério da Saúde reconhece a orientação sexual e identidade de gênero como fatores condicionantes do processo de saúde. Dessa forma, o mal-estar gerado pela não identificação com o sexo anatômico torna-se uma demanda que deve ser acolhida pelo SUS em consonância com seu princípio de integralidade, bem como com o pilar de autonomia defendido pela Medicina. Apesar disso, muitos indivíduos trans que procuram o serviço de saúde desconhecem seus direitos dentro do sistema e chegam até ele em situação de extrema vulnerabilidade psíquica, física e social[22].

Ao longo da última década, o Ministério da Saúde tem estabelecido instrumentos normativos internos para atender a demandas específicas do atendimento à saúde das populações trans. Destacam-se: a Portaria nº 1.707/ 2008, que institui o Processo Transexualizador; a Portaria nº 457/ 2008, que regulamenta este Processo no âmbito do Sistema Único de Saúde e a Portaria MS nº1.820/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da Saúde, entre eles, o direito ao uso do nome social[23].

Em 2010, o CFM publicou a Resolução CFM nº 1.955, que autoriza a modificação corporal do fenótipo feminino para o masculino (homens transexuais) e no ano seguinte, o Ministério da Saúde, com a instituição da PNSILGBT (Portaria nº2. 836, de 1º de dezembro de 2011), aprova seu Plano Operativo (Resolução CIT nº 2, de 6 de dezembro de 2011) durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. O Eixo 1 do Plano Operativo (2012-2015), especificamente, se refere à ampliação do Processo Transexualizador no SUS em mais quatro serviços, em articulação com gestores estaduais e municipais de saúde[19].

A partir do ano de 2012, o Ministério da Saúde institui ações como visitas aos serviços de referência criados por iniciativa estadual, bem como aos serviços já habilitados pela Portaria MS nº 457/2008, além da revisão da mesma por meio de um Grupo Técnico de Trabalho, com participação de representantes dos serviços já habilitados, dos serviços de referência de iniciativa estadual, e de transexuais e travestis representantes do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde. As alterações propostas tinham como perspectiva a adequação à nova resolução do CFM, bem como a ampliação do número de unidades para atendimento ambulatorial e hospitalar, além da ampliação da atenção à saúde, desde a atenção primária até a alta complexidade. Também assume a garantia a um acolhimento com qualidade e um atendimento ambulatorial específico, não restrito à cirurgia de redesignação sexual, para travestis e transexuais, que era uma antiga reivindicação dos movimentos sociais desta população. O resultado de tais discussões e estudos foi a publicação, em 19 de novembro de 2013, da Portaria MS nº 2.803, “que redefine e

amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando e normatizando a atenção a travestis e transexuais no SUS"[19].

Conclusão

A população LGBT, especificamente os transexuais, encontra-se sujeita à discriminação, ao estigma e ao preconceito que impactam significativamente suas condições de vida. Somando-se a isso, a exclusão social decorrente da falta de oportunidades, desemprego, dificuldade de acesso à educação e más condições de moradias, exercem papel determinante no processo de saúde. Dessa forma, fica evidente a necessidade do reconhecimento das vulnerabilidades dessa população, bem como a importância de se pensar em políticas públicas voltadas às demandas específicas desse público.

Apesar da trajetória histórica dos movimentos LGBT em busca de direitos igualitários ter obtido resultados substanciais, é inegável que ainda existem muitas barreiras a se superar na luta contra a transfobia. É inadmissível que qualquer atendimento dentro do sistema de saúde reproduza pensamentos discriminatórios e preconceituosos, fazendo-se mandatório que os médicos adotem uma postura desprendida dos padrões heteronormativos ao lidar com tais pacientes. Posto isso, por meio de uma atitude livre de preconceitos, os profissionais de saúde encontram-se aptos a oferecer um atendimento acolhedor e integral aos pacientes transexuais, como preconizado pelo SUS.

Referências

1. Souza DAL. Cuidado à população LGBT na estratégia saúde da família: Sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde [Dissertação]. [Cuité]: Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande; 2018.
2. Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. Cad. Saúde Pública. 2019.
3. Araújo ET, Sousa G, Carvalho JJA, Pessôa FG, Moura LK. Acolhimento à população de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros na atenção básica. Revista Enfermagem Atual In Derme**.** 2020; 92(30).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. Santos M, Alemeida GS. Diversidade de Gênero e Acesso à Saúde: Desafio para o Atendimento das Pessoas Transexuais no SUS. 16o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília: 2019.
6. Guimarães RCP. Estigma E Diversidade Sexual Nos Discursos Dos (As) Profissionais Do Sus Desafios Para A Saúde Da População Lgbt. Brasília: Universidade De Brasília, 2018. Programa De Pós-Graduação Em Saúde Coletiva.
7. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 set 1990.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa - Ministério da Saúde. 1ª ed. Brasília: 2013.
9. Stoller RJ. Masculinidade e feminilidade: apresentação de gênero. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
10. Grossi MP. Identidade de gênero e sexualidade [Dissertação]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
11. Oliveira AS, Knöker SF. A construção do conceito de gênero: uma reflexão sob o prisma da psicologia [Dissertação]. [Blumenau]: FURB; 2005.
12. Moore HL. Fantasias de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência. Cadernos Pagu. 2015; 14: 13–44.

13. Jesus JG. Orientações sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. 2ªed. Brasília: 2012.
14. Bento B, Pelucio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. Rev. Estud. Fem. 2012; 20(2): 559-568.
15. Freitas FRNN. Saúde Da População Lgbt: Da Formação Médica À Atuação Profissional [Dissertação]. [Teresina]: Universidade Federal Do Piauí; 2016.
16. Santos AR, Santos RMM, Souza ML, Boery RNS, Sena ELSS, Yarid SD. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBT. Rev. Bioét. 2015; 23(2): 400-8.
17. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. Discurso sobre o cuidado em saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2019; 23.
18. Souza CLB. Atenção a saúde LGBT na atenção básica: Revisão bibliográfica. 17º Congresso de Iniciação Científica da FASB, 2019, Barreiras - BA.
19. Sena AGN, Souto KMB, Passos JEF. Marcos legais do Processo Transexualizador no SUS para a publicação da Portaria no 2.803/13. In: Transexualidade e travestilidade na Saúde, (p 177-185), Ministério da Saúde. Brasília: 2015.
20. Fredriksen-Goldse KI, Simoni JM, Lehavot K, Walters KL, Yang J.. The health equity promotion model: reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. Am J Orthopsychiatr. 2014; 84(6): 653-63.
21. Áran M, Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2009; 19(1): 15-41.
22. Lima F, Cruz KT. Os processos de harmonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. Sexualidad, Salud y Sociedad- Revista Latinoamericana. 2016; 23:162-186.
23. Silva C, Duarte AS. Humanização e ambiência nos ambulatórios especializados para transexuais. Congresso Brasileiro para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar. Curitiba: 2018.

Transgeneridade, atenção à saúde e CID11: a necessária transformação da saúde brasileira

Filipe Pivato Brizon
Julia Harumi Takume Minoda
João Christopher Ribeiro Santos
Eduardo Siqueira Fernandes

Resumo:
A transexualidade, vista até então por órgãos internacionais da saúde como um transtorno da identidade de gênero, passou a ser classificada como incongruência de gênero a partir da publicação da 11ª edição da CID – documento que passará a valer a partir de 2022. Essa mudança traz uma quebra de paradigma e abre espaço para discussões e mudanças na atual prática médica em relação a essa parcela marginalizada da população, que enfrenta diversos tipos de problemas nos serviços de saúde, desde desrespeito à não utilização do nome social, não reconhecimento do gênero identificado, uso de banheiros e a não busca de informação por parte dos profissionais da saúde em como conduzir uma consulta com pessoas trans, o que é conhecido como transfobia estrutural e institucionalizada. No presente capítulo, revisou-se a problemática que envolve o acesso dessa população à atenção primária e como mudanças na educação médica, que tem sido falha em incluir essas pessoas, podem reduzir a invisibilidade da população transexual e travesti no contexto da saúde.
Palavras-chave: Transgênero; Atenção primária à Saúde; CID11; educação médica.

Introdução

Na definição da pessoa como indivíduo, o gênero se constrói diferenciado do sexo biológico conceitual. Este é atribuído de acordo com a presença de determinada genitália, seja uma vagina ("fêmea"), seja um pênis ("macho"), seja uma outra genitália de características determinantes para vagina ou pênis ("intersexo"). Essa construção também se distancia do conceito de orientação afetivo-sexual, a conexão que cada pessoa investe naquela que a atrai, seja no âmbito amoroso e/ou afetivo e/ou sexual. Dentro da formação de ser, sexo/genitália, identidades de gênero e orientações afetivo-sexual não se determinam, somam-se[1]. Assim, por identidade de gênero entende-se o modo como uma pessoa vê a si mesma e se identifica de acordo com um molde singular entre os construtos sociais – homem ou mulher, ou estabelecendo uma fluidez entre esses construtos, dentro de um grande espectro de gêneros que existe, ou mesmo refutando gêneros socialmente estabelecidos. Há uma clara não percepção da não necessidade de conexão com o sexo atribuído ao nascimento[2].

As primeiras menções à transexualidade se deram em 1910 pelo médico e sexologista Magnus Hirschfeld. Mas essa temática, no entanto, ganhou visibilidade no meio acadêmico e social nos anos 1950, com a primeira cirurgia de redesignação da genitália de Christine Jorgensen, registrada George Jorgensen ao nascimento. A partir desse momento, houve crescente necessidade médica de categorizar e entender a transgeneridade[3]. No contexto brasileiro, Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) se seguiram no intuito de fornecer diretrizes para o cuidado da pessoa de identidade trans. A primeira delas, em 1997, estabelecia a autorização e guiava, a título experimental, a realização de procedimentos cirúrgicos de transgenitalização[4]. Entretanto, essa publicação, atualmente revogada, imprimia um caráter patológico à transgeneridade ao partir do pressuposto de que o paciente seria portador de um desvio patológico permanente[3]. Esse caráter ia de encontro à décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), aprovada em 1989 e publicada em 1992 pela Organização Mundial da Saúde (OMS)[5].

A transexualidade já foi reconhecida pela OMS como *"travestismo"*, na oitava edição da CID em 1966, e, desde então, considerada uma patologia[6,7]. O termo "transexual" foi cunhado posteriormente à essa publicação e esse passou a ser classificado como *"desvio sexual"* na nona edição, publicada em 1978[7,8]. A redefinição

para *"Transtorno de Identidade de Gênero*" veio na décima edição da CID, em 1992. Na CID10, a transexualidade encontra-se na classificação de *"distúrbios de identidade de gênero"* e não sofreu modificações nesse tema desde 2016, ano em que foi publicada a última atualização[7,9]. Em 2019, a OMS definiu novo texto para a 11ª edição da CID, removendo a transexualidade do estigma de transtorno patológico e criando uma nova classificação, *"incongruência de gênero"*, dentro de capítulo antes inexistente, dedicado à saúde sexual. Essa classificação passará a valer em 2022[10].

Uma sociedade que define as pessoas pelo binarismo macho-fêmea estabelecido a partir da genitália consequentemente reduz a identidade de gênero à identificação do órgão reprodutor, desconsiderando outros aspectos inerentes à formação da pessoa. Buscar incorporar o acolhimento da transgeneridade no meio de cuidados integrais não patologizadores é tarefa imprescindível e caminha para a desconstrução do estigma da área médica acerca de uma população invisibilizada pela sociedade. Considerando o exposto, o presente capítulo tem por finalidade realizar contraposição entre legislações vigentes, evolução das CIDs e currículo de educação médica com a realidade enfrentada por pessoas transexuais e travestis no acesso à Atenção Básica de saúde no Brasil.

Metodologia

Trata-se de revisão bibliográfica, comparativa e analítica das diversas disciplinas científicas – Medicina, Psicologia, Estudos Sociais e Direito. A busca bibliográfica foi realizada entre os meses de junho de 2018 a agosto de 2020 na Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, MEDLINE e SciELO), PubMed e nas bases de dados do portal de periódicos da Capes para resgate de teses e dissertações. Os idiomas usados na pesquisa foram o inglês e o português. A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), criados pela Biblioteca Virtual em Saúde, e desenvolvido a partir do *Medical Subject Headings* da U.S. *National Library of Medicine*, que permite o uso da terminologia comum em português, inglês e espanhol. Os unitermos utilizadas na busca foram: "transexual", "transexualidade", "saúde", "sus", "gênero", "cid 11", "cid 10" e "cid 9".

Foram incluídos artigos originais, de revisão bibliográfica e estudos de caso entre os anos 2001 e 2020, que se enquadravam dentro dos objetivos listados nessa revisão. Os operadores booleanos *AND / OR* foram utilizados para cruzar os descritores anteriormente mencionados nas bases de dados citadas.

Não foi necessário requerer aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de revisão bibliográfica, não havendo impedimentos de natureza ética.

Discussão

O CFM, a CID e o SUS:

De modo universal, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948 estabelece logo em seu artigo 1º "*que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade*" e que possuem o direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, além de várias outras importâncias, cuidados médicos[11]. Ideia essa corroborada pela Constituição Brasileira de 1988, que garantiu a saúde como um direito universal e igualitário a todos os cidadãos residentes no país, com o objetivo de reduzir riscos à saúde, promover ações e consolidar serviços para promoção e proteção do indivíduo[12]. A **Lei Orgânica 8.080/1990**, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas funções, reforça o caráter universal do acesso à saúde da Constituição com vias de garantir a todos, de forma individual e coletivamente, condições de bem-estar físico, mental e social. Há forte manutenção da autonomia, na defesa individual da preservação da integridade física e moral, além de garantir igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios[13].

Em relação aos cuidados específicos relativos à saúde de pessoas de identidades trans, acompanhamento hormonal e procedimentos cirúrgicos são, desde o final da década de 1990, endossados pelo CFM por meio de seguidas Resoluções. A primeira (nº 1.482), publicada em 1997, considerava a pessoa transgênero alguém como "*portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ao auto-extermínio* (sic)"[4]. Outras que se seguiram a essa, as Resoluções nº 1.652, de 02 de dezembro de 2002, e nº 1.955, de 03 de setembro de 2010, mantinham o caráter patológico da transexualidade, a despeito de toda a discussão na comunidade científica à época[14,15].

Em primeiro de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a **Política Nacional de Saúde Integral LGBT**, por meio da Portaria nº 2.836. Tinha como finalidade promover saúde integral à população LGBTQIA+ e buscar com ela, atender os princípios do SUS, atuando no combate ao preconceito e à discriminação nos serviços de saúde, assim como da sociedade em geral. Essa Portaria pautava-se na prevenção, promoção e recuperação da saúde e reforçava a garantia do uso do nome social de pessoas transexuais e travestis, para promover a redução de problemas relacionados à saúde mental, drogadição, etilismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais[16]. A população trans, entretanto, nem sempre goza desses direitos, uma vez que seu acesso aos serviços é dificultado e se mostra prevalentemente pautado sob um processo discriminatório em todas as etapas do atendimento. Associa-se, ainda, uma inabilidade dos profissionais da saúde em acolher os indivíduos em suas mais variadas demandas[17].

Tempos depois, foi publicada a Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**,** que redefiniu o processo transexualizador. Notava-se a necessidade de amplificação da primeira Portaria para estabelecer acesso de fato eficaz e seguro ao indivíduo trans, com atualização, integração de serviços da saúde, desestigmatização, informação aos profissionais da saúde, além da criação de um protocolo a ser seguido nos atendimentos específicos à transição de gênero e também a outras demandas relativas à saúde integral. A busca por humanização dos atendimentos pelos profissionais da saúde e o estabelecimento de uma rede multiprofissional e interdisciplinar foram algumas mudanças presentes nesta Portaria. Definiram-se duas modalidades de atendimento: uma ambulatorial, para acompanhamento clínico, e outra hospitalar, para realização de cirurgias em pessoas sob o processo transexualizador que assim necessitassem ou pleiteassem. Para mais, estabeleceu-se a necessidade do recrutamento de profissionais habilitados para atuar na área da Atenção Especializada no Processo Transexualizador e locais preparados para o processo. Na Portaria em questão, ainda, foi definida a idade mínima de 18 anos para o início da hormonização e de 21 anos para a realização de cirurgias de redesignação da genitália[18]. Recentemente, em 20 de setembro de 2019, em uma última Resolução do CFM, esse tempo foi alterado e conferiu a possibilidade das cirurgias de redesignação da genitália serem realizadas a partir dos 18 anos, desde que a pessoa tenha realizado acompanhamento clínico por um ano. Já a idade para início da hormonização passou dos 18 para os 16 anos. Anterior aos 16 anos, a criança e o adolescente passariam a ter acompanhamento psicológico sem, no entanto, iniciar o processo de hormonização cruzada, tendo, somente, caso necessário, a puberdade bloqueada[19].

Essa última Resolução publicada pelo CFM (nº 2.265/2019) passou a não mais considerar a transexualidade como desvio psicológico e sim, uma não paridade entre a identidade de gênero e o gênero atribuído ao nascimento, ou seja, seu sexo biológico[19]. Esse último entendimento, vai de encontro à última atualização da CID, em sua 11ª revisão. Hospedado em um novo capítulo criado especificamente nesta edição (*Capítulo 17: Condições relacionadas à saúde sexual*), o texto afirma que a transexualidade passaria a ser considerada como uma incongruência de gênero, assim definida: "[...] *uma incongruência acentuada e persistente entre o gênero experenciado de um indivíduo e o sexo atribuído* [ao nascimento]".

A nova classificação passa a definir também que comportamento e preferências a variações de gênero por si só não seriam suficientes para definir essa incompatibilidade[10].

A habilitação do profissional médico:

A abordagem da diversidade sexual e de gênero nas faculdades médicas não abrange as questões sociais, diversidades e questões de gêneros, ou quando as faz, trabalham-se essas questões de forma superficial e restrita em cadeiras como Psiquiatria, ou como modelos exemplificadores de condições de risco, como nas de Infectologia, Urologia ou Ginecologia. Um médico despreparado, com conhecimentos restritos ao componente biológico e sem ter sido ensinado a ter uma visão mais ampla do indivíduo e de como ele se insere no meio social, passaria a adotar atitudes e pensamentos discriminatórios e inadequados, se seguisse por si só os modelos aplicados nessas disciplinas[20]. Essa situação acarreta no desrespeito à dignidade, ao pudor, aos interesses e aos direitos do paciente, infringindo diretamente o **Código de Ética Médica** (CEM), que já no seu primeiro capítulo (sobre os *Princípios Fundamentais da Medicina*) define ser essa uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e que será exercida sem discriminação de nenhuma

natureza[21]. No Capítulo IV, da DUDH, o artigo 24º estabelece claramente que é **vedado ao médico** deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo[11]**.**

No Art. 5º da seção 1 das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina do Ministério da Educação (MEC) está estabelecido que *"na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da* ***diversidade biológica****, subjetiva, étnico-racial,* ***de gênero, orientação sexual****, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que* ***compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social****, [...]"*[22] (destaque nosso). Porém, de forma pragmática, a grade curricular no ensino superior das escolas médicas foca de forma demasiada em aspectos patológicos, deixando questões sociais e abordagem específica e acolhedora da população fora de debate[20,23]. Szél et al.[24], avaliando conhecimentos sobre os cuidados direcionados à população LGBTQIA+ dos estudantes de medicina do 1º, 3º e 4º anos, apontaram desconhecimento moderado acerca das necessidades e cuidados necessário para uma abordagem adequada e de qualidade da população LGBTQIA+, reforçando o entendimento de que estudantes que possuem menor conhecimento se sentem despreparados e desconfortáveis em tratar pacientes dessa comunidade. Estudantes pertencentes a comunidade LGBTQIA+ (4,3% do total de pesquisados), por possuírem conhecimento sobre o assunto ou por já terem tido contato com alguma pessoa dessa população, tiveram maior associação com atitudes menos estigmatizadas e mais empáticas frente à população em questão, atribuindo a aprendizado e convivência, atitudes positivas. O estudo, porém, utilizou ferramenta específica para avaliar conhecimento sobre a população homossexual, não apresentando dados que possam ser diretamente relacionados ao conhecimento sobre a população transgênera, apesar de possivelmente inferível. O estudo demonstrou, também, que não possuir religião e estar mais avançado no curso garantiria maior conhecimento do estudante sobre a comunidade LGBTQIA+. Diferentes de estudos anteriores, os autores, por fim, não encontraram associação significativa entre gênero do estudante e conhecimento, visto que é confundido ter atitudes sociais mais positivas por pessoas do gênero feminino em comparação com pessoas do gênero masculino. Mello et al.[25] demonstraram a necessidade da mudança na grade curricular dos cursos de medicina com intuito de abranger o acolhimento das minorias sociais e populações vulneráveis, aqui incluída a população LGBTQIA+ e, especialmente a população de pessoas transexuais e travestis. Essa população, em especial, apresenta maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e procuram atendimento por demandas gerais, comuns à toda população, e por questões relacionadas propriamente à transição. Rufino, Madeiro e Girão[20] avaliaram conhecimentos de professores de escolas brasileiras de medicina acerca da temática sexualidade. Dos 268 professores de 110 escolas, 200 afirmaram abordar conteúdos relativos à sexualidade, sendo que 93,5% os faziam nas disciplinas de Ginecologia, Urologia e Psiquiatria. Entretanto, menos de 50% dos professores abordavam conteúdo acerca de orientação sexual e identidade de gênero, priorizando, na grade curricular, somente os aspectos biológicos e orgânicos da sexualidade. Dos professores que abordavam o tema, cerca de 88% o fazia em aulas sobre infecções sexualmente transmissíveis, enfatizando a prevalência dessas doenças na população LGBTQIA+. Durante o estudo foi notada, também, falta de padronização do currículo brasileiro quanto aos assuntos que abrangem a sexualidade e as identidades de gênero, apontando possível explicação para a abordagem falha do tema nas faculdades médicas. A abordagem dessa temática – diversidade de gênero e sexual – configura necessidade veemente para que o profissional esteja habituado ao tema e tenha preparo para o manejo dos problemas dessa população de maneira integral, lembrando a importância da subjetividade, do entendimento da discriminação e da estigmatização no processo de saúde-doença[26].

Safer e Pearce[23], na Universidade de Boston, compararam questionários respondidos por alunos do 2º ano de Medicina na disciplina de fisiopatologia acerca da saúde da população trans. Foram separados dois grupos: um, com uma intervenção curricular aplicada durante o curso da disciplina, com obtenção de conteúdo da disciplina de endocrinologia, e um segundo grupo que não foi exposto a esse conteúdo. A intervenção curricular foi realizada por uma única palestra acerca de identidade de gêneros, tratamentos e monitoramento dos tratamentos hormonais. Além da aplicação do questionário para os alunos do 2º ano, o questionário também foi utilizado em alunos do 1º, 3º e 4º anos de Medicina, com a diferença de que, parte dos alunos do 2º ano passaram pela intervenção curricular. Foi aplicado um questionário online um mês antes da exposição

ao conteúdo e um mês após, e os resultados dos grupos foi comparado ao final. O questionário abordava quatro pilares: 1) transicionamento de homens trans; 2) transicionamento de mulheres trans; 3) mulheres cis buscando tratamento para hipogonadismo, e 4) homens cis buscando tratamento para hipogonadismo. Foi solicitado aos estudantes que se imaginassem tendo o primeiro contato médico com pacientes trans que requisitavam o tratamento e dissertassem sobre estarem ou não confortáveis durante a consulta, além da opinião sobre o tratamento. Dos 74 alunos do 2º ano que responderam o teste antes da intervenção, 38% se sentiram desconfortáveis em fornecer cuidados médicos a homens trans e 5% informaram que o tratamento não fazia parte da prática médica. Quanto a abordagem das mulheres trans, 38% se sentiram desconfortáveis e 7% relataram que o tratamento não fazia parte da medicina tradicional. Para tratamento de mulheres e homens hipogonadais, 4% e 2% dos estudantes se sentiram desconfortáveis para tratar mulheres e homens hipogonadais, respectivamente, contrastando com o atendimento à população transgênera. Além disso, pequena parcela dos estudantes relatou que não atenderia homens trans (18%) e mulheres trans (15%) durante a prática clínica. As respostas anteriores à exposição dos alunos do 2º ano foram semelhantes às dos alunos dos outros anos. Após a intervenção, houve redução de 67% do desconforto ao tratamento a pacientes homens trans, apesar de não ser estatisticamente significativo, quando comparado ao conforto antecipado ao tratamento de homens hipogonadais. Houve redução de 63% quanto ao desconforto referente a pacientes mulheres trans, com parcela ainda maior quando comparado ao desconforto antecipado a mulheres hipogonadais. Além disso, nenhum aluno do 2º ano, pós-intervenção, relatou que o tratamento não fazia parte da Medicina convencional. Comparado aos alunos dos outros anos, observou-se queda de 25% no desconforto ao tratamento de homens trans e 20% de mulheres trans, sem, no entanto, ter havido mudança na proporção de alunos que acreditavam que o tratamento não fazia parte da Medicina tradicional. Os autores concluíram por fim que, apesar da pequena amostra do estudo, uma básica mudança curricular envolvendo conhecimento sobre aspectos da população trans, pode ter uma diferença significativa na redução do desconforto médico na abordagem de pessoas trans.

Acadêmicos do último ano de medicina do Reino Unido, relataram que não tiveram nenhuma informação curricular sobre a população trans na graduação e, pela falta desse conteúdo, a medicina contribuía para importante desigualdade na área da saúde. Informavam um sentimento de ansiedade sobre diversos aspectos básicos no trato com a população trans: qual pronome utilizar ou medo de errar o pronome ao se referir ao paciente – equívocos que podem acarretar impactos negativos na construção da relação médico-paciente. Na Conferência de Estudantes de Medicina do Reino Unido, em 2018, foi reconhecida essa inadequação curricular e falta de treinamento acerca da população trans, e, com o intuito de mudar os currículos da graduação e pós graduação, apelaram para que a Associação Médica Britânica realizasse conjuntamente a outras entidades médicas que cuidam de questões acadêmicas mudanças no currículo médico, adicionando conteúdo sobre a população trans. Os autores confirmam a necessidade de ter pessoas trans na educação de médicos para que haja uma resposta adequada à saúde dessa população[27]. A inclusão de pessoas transgêneras na reformulação dos currículos de pós graduação garantiria uma maior visibilidade das questões próprias e também que acadêmicos tivessem maior conhecimento sobre a saúde dessa população[28].

Realidade da Atenção à Saúde:

O Brasil possui apenas 10 serviços de atenção especializada e hospitalar prestando assistência no processo transexualizador[29].Além dessa deficiência, o atendimento da população trans pelo SUS tem grande dificuldade quanto à formação profissional da equipe[30]. A aplicação de instrumentos na atenção primária configura estratégia importante na capacitação profissional e melhoria da assistência. Um desses instrumentos, o *Practical Approach to Care Kit* (PACK), com origem na África do Sul, sofreu modificações clínicas e epidemiológicas e passou a ser aplicado na cidade de Florianópolis (SC) a fim de atender a população trans brasileira. Na África do Sul, desde sua implementação no início dos anos 2000, o PACK melhorou a Atenção Primária e alcançou mais de 30.000 profissionais da saúde. No Brasil, o projeto é ainda pequeno comparado ao do país africano, visto que, até o meio de 2018, poucas estratégias de treinamento foram realizadas, atingindo pequena gama de profissionais[31]. Ainda são escassos os artigos que envolvam a atenção primária das pessoas transexuais e travestis, tornando explícito a necessidade de um maior

investimento na produção científica desta área, a fim de aumentar a disseminação de conhecimento específico para a comunidade trans e garantir acolhimento inicial qualificado[26].

Há impacto considerável na saúde geral de uma população quando há o afastamento da Atenção Primária. Os serviços de saúde são vistos como locais que perpetuam e propagam a transfobia, exercendo uma função contrária do que deveria realizar: acolher e proteger. Pessoas transexuais e travestis estão mais propensas ao desenvolvimento de transtornos mentais e mulheres trans mais predispostas ao autoextermínio, cenários intimamente relacionados à marginalização dessa população e sua dificuldade de acesso à saúde[26]. A principal barreira de acesso da população trans aos serviços de saúde é o desrespeito às questões relativas à transgeneridade, tanto pela generalização da cis-heteronormatividade, quanto pela insistência dos serviços de saúde em usar o nome atribuído ao nascimento em detrimento ao nome social. Uma primeira atitude discriminatória inibe a população a buscar novo atendimento[32]. Essas atitudes preconceituosas ocorrem mesmo diante da Portaria do Ministério da Saúde, nº 2.836 (2011), que garante o "*uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS*"[16].

Frequentemente há abandono de tratamento por parte da população trans, mesmo que de doenças crônicas, devido à discriminação sofrida ao buscar serviços de saúde[33]. Essa realidade demonstra que grande parte da população trans se afasta dos serviços por temer constrangimento e/ou por ter sofrido violência psicológica pelos próprios profissionais de saúde, independentemente do nível de atenção hierarquizada da saúde requerida. O profissional médico deveria reduzir tanto danos físicos quanto emocionais, e o fato de pessoas transexuais e travestis não se sentirem acolhidas vai contra os princípios preconizados pelo SUS. Importante ressaltar que, muitas pessoas de identidades trans têm suas queixas tratadas como uma consequência da própria transexualidade – atitude conhecida como *"Síndrome do braço quebrado trans".* Essa atitude configura um atendimento em que todas as demandas relativas à saúde das pessoas trans são vistas pelo profissional de saúde como uma consequência do processo transexualizador. Um braço quebrado, por exemplo, nada mais seria do que um resultado do processo de transição. Essa realidade gera abordagem equivocada, inadequada na sua origem e provida de distratores e preconceitos, afastando ainda mais a população trans dos serviços de saúde[26].

Baixo interesse na busca de informações por profissionais de saúde é outro fator de impedimento ao acesso à saúde da população trans. O desconhecimento sobre os procedimentos, custo e a cobertura do SUS, não só leva à evasão da população LGBTQIA+ dos serviços primários de atenção à saúde, como também ao aumento das buscas por atendimentos em clínicas clandestinas, à automedicação e, até mesmo, à desistência da transição, com possíveis danos irreversíveis à saúde da pessoa. A falta de investimento público também configura grande impacto negativo em relação as cirurgias de redesignação da genitália. Pessoas de identidades trans que se submeteram à cirurgia de redesignação da genitália relataram que o processo acarretava em um planejamento financeiro maior que o esperado[34].

O antigo cenário de patologização da pessoa transexual e travesti apresentada na CID10, acarretou a formação de uma prática médica geradora de sofrimento para o paciente. A despatologização médica e social da transexualidade é de grande importância, dispensando a necessidade de acompanhamento ou encaminhamento dos pacientes da clínica médica à psiquiátrica com a finalidade de diagnósticos e tratamento, humanizando por fim, já no início da assistência, a prática médica. A CID11 compreendeu mudanças positivas na transgeneridade, sendo uma versão mais inclusiva e afirmativa para com essa parcela da população. Foi excluído o sofrimento ou prejuízo social como critério diagnóstico essencial e possibilitada a sobreposição com outro transtorno de desenvolvimento social[10], o que era considerado um critério de exclusão na CID10[9]. A mudança apresentada na CID11 não só permitiu a despatologização da transgeneridade e possibilitou a dissolução do estigma clínico da pessoa trans como paciente estritamente psiquiátrico, como também visibilizou identidades além dos estereótipos binários[7]. Essa alteração acompanhou grande repercussão na saúde pública que, para pessoas transexuais e travestis, não se limita apenas ao processo de saúde-doença, sendo elemento vital para a construção própria de si[3].

A melhoria da experiência de pessoas transexuais e travestis nos serviços de saúde compreende mudanças de abordagens médicas para reconhecimento da existência e autenticidade das diversas identidades de gênero, assumindo um preceito básico da assistência: respeito a todas as pessoas. Exemplifica

o respeito e solidifica essa melhora da existência, o direcionamento às pessoas de maneira respeitosa quanto a forma como ela se identifica e como deseja ser chamada; não permitir tolerância a preconceitos e discriminação; possibilitar um espaço para que pessoas mais jovens possam questionar e desenvolver a sua identidade de gênero; estimular estudos relacionadas a aspectos amplos da transgeneridades e a inovações na prática médica; cobrar a existência de políticas públicas voltadas à visibilização dessa comunidade, assim como a implantação, fiscalização e cumprimento dessas políticas[35].

Considerações finais

Ainda é cedo para entender como as mudanças na CID11 *per se* serão incorporadas no dia-a-dia da medicina brasileira; porém é certo que a abertura de um pensamento em que a transgeneridade não se configura uma doença e sim um sofrimento corporal e psíquico de identificação, sem a inerência da patologização, inicia importante discussão para a clínica. Atualmente, mesmo com legislação parcialmente favorável, a medicina é altamente deficiente no acompanhamento dessas pessoas, tendo como causa a escassez ou ausência de informações no ensino superior, além do tema ser considerado tabu entre muitos profissionais da saúde já em atuação. Apesar de mudanças positivas, ainda são necessários avanços no dia-a-dia da prática médica, de forma individual e coletiva, que busquem um profissional de saúde mais preparado para abordar um indivíduo de identidades de gênero diversas, visto nuances e complexidades que envolvem o processo saúde-adoecimento da pessoa transexual e travesti. É preciso, também, uma maior regulamentação da legislação vigente, a qual é desconhecida ou frequentemente desconsiderada e burlada. Essas mudanças devem ser consideradas pequenas atitudes no sentido de avanços reais e amplos na clínica médica brasileira.

Novamente, é enfatizado o dever do médico e dos demais profissionais da saúde primária em realizar anamnese específica para pessoas trans, prover informações, sanar as dúvidas acerca do processo de transição, e, dessa forma, ajudar na desconstrução da ideia estrita de gênero condicionada a expressão fenotípica da genitália. Os profissionais de saúde começam a partir daí, a se tornar um dispositivo de aproximação dessa população ao sistema de saúde. A necessidade de implantação completa da CID11, não como uma estrutura simples de identificação de situação ou condição e sim de um entendimento mais amplo que engloba o indivíduo em seu contexto biopsicossocial, figura um grande passo para a diminuição dos preconceitos no cotidiano da clínica e garante a equidade do sistema de saúde brasileiro. Visto ser essa uma população muito vulnerável, afastá-la do sistema de saúde não só configura um erro humanitário e médico, como também a quebra de um dos direitos humanos mais fundamentais: o acesso a uma saúde de qualidade.

Referências:

1.Kotlinski K. Diversidade Sexual uma breve introdução. [Acesso em 29 jul 2020]. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/41/docs/diversidade_sexual-artigo_-_diversidade_sexual_-_artigos_e_teses.pdf.

2.Santos MA, Souza RS, Lara LAS, Risk EN, Oliveira WA, Alexandre V, et al. Transexualidade, Ordem Médica e Política De Saúde: Controle Normativo Do Processo Transexualizador no Brasil. Estud Interdiscip Psicol. 2019; 10(1): 3-19.

3.Arán M, Murta D, Lionço T. Transsexuality and public health in Brazil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009; 14(4): 1141-1149.

4.Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.482, de 10 de setembro de 1997. Autoriza a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplasia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários com o tratamento dos casos de transexualismo. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 19 set 1997; Seção 1, p. 20.944.

5.Laurenti R, Nubila HBVD, Quadros AAJ, Conde MTRP, Oliveira ASB. A classificação internacional de doenças, a família de classificações internacional, a CID-11 e a síndrome pós-poliomielite. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2013; 71(9A): 3-10.

6.Organização Mundial de Saúde. Eighth revision of the International Classification of Diseases. Geneva: WHO; 1966.

7.Soll BM, García RR, Costa AB, Mori D, Mueller A, Fontanari AMV, et al. Gender incongruence: a comparative study using ICD-10 and DSM-5 diagnostic criteria. Rev. Bras. Psiquiatr. 2018; 40(2): 174-180.
8.Organização Mundial de Saúde. International classification of diseases: [9th] ninth revision, basic tabulation list with alphabetic index. Geneva: WHO; 1978.
9.Organização Mundial de Saúde. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
10.Organização Mundial de Saúde. International classification of diseases for mortality and morbity statistics (11th Revision). Geneva: WHO; 2018.
11. Organização das Nações Unidas. Universal declaration of human rights. Paris: UN; 1948.
12. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 20 set 1990; Seção 1: 018055.
14. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.652, de 12 de agosto de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2 dez 2002; Seção 1, p. 80.
15. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.955, de 12 de agosto de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 3 set 2010; Seção 1, p. 109-110.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2 dez 2011; Seção 1, p. 35-37.
17. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. The Lancet, 2016; 388: 390-400.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF) 21 nov 2013; Seção 1, p. 25-30.
19. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2020. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 9 jan 2020; Seção 1, p. 96-97.
20. Rufino AC, Madeiro A, Girão MJ. Sexuality education in Brazilian medical schools. J Sex Med. 2014; 11(5): 1110-1117.
21. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.217, de 01 de novembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1 nov 2018; Seção 1, p. 179.
22. Conselho Nacional de Educação (Brasil). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 23 jun 2014; Seção 1, p. 8-11.
23. Safer J, Pearce E. A Simple Curriculum Content Change Increased Medical Student Comfort with Transgender Medicine. Endocr Pract. 2013; 19(4): 633-637.
24.Szél Z, Kiss D, Török Z, Gyarmathy VA. Hungarian Medical Students' Knowledge About and Attitude Toward Homosexual, Bisexual, and Transsexual Individuals. J Homosex. 2019; 67(10): 1429-1446.
25. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade.Sexualidad, Salud y Sociedad - Rev Latino-Am. 2011; (9): 7-28.
26. Pereira LBC, Chazan ACS. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2019; 14(41): 1795.
27. James S, Sylvester HC. Transgender health and its current omission from medical school curriculum: medical students' perspective. Adv Med EducPract. 2018; 9: 607–609.

28. Gresty H, Miah S, Morley R. Surgical healthcare needs for transgender patients: surgeons' perspectives. Adv Med Educ Pract. 2019; 10: 43-45.
29. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Processo Transexualizador no SUS. [Acesso em 28 ago 2020]. Disponível em: https://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/processo-transexualizador-no-sus/acesso-e-regulacao
30. Arán M, Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. Physis. 2009; 19(1): 15-41.
31. Silva BP, Schons AAN. Desenvolvimento de um guia rápido para prática de atenção à saúde da população transgênero. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2019; 14(41): 2027.
32. Costa AB, da Rosa Filho HT, Pase PF, Fontanari AMV, Catelan RF, Mueller A, et al. Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. J. Immigr. Minor. Health. 2016; 20(1): 115-123.
33. Romano VF. As Travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. Saúde Soc. 2008; 17(2): 211-219.
34. Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A, Barros MEB, Wandekoken KD. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ, 2019; 23(e180633): 1-14.
35. Lombardi E. Enhancing Transgender Health Care. Am. J. Public Health, 2001; 91(6): 869–872.

Dificuldades da população LGBTQIA+ para o alcance da saúde universalizada na atenção primária

Isabela Martins Ferreira Mansur
Carolina Bohn Faccio
Eduarda Faria do Nascimento
Jade Guimarães Fulber
Ludmila Limpias Terrazas Binkowski

Resumo

INTRODUÇÃO: Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa, a fim de identificar as principais dificuldades na atenção primária para a conquista plena do acesso à saúde da população LGBTQIA+, abordando os principais aspectos do despreparo dos profissionais de saúde. **METODOLOGIA**: Foram realizadas buscas nas bases de dados Lilacs e PubMed, utilizando cinco descritores com ênfase nos resultados de até 10 anos. **RESULTADOS:** Após a análise, delimitou-se o aprofundamento de 20 artigos pertinentes ao tema (14 artigos indexados no PUBMED e 6 artigos indexados no LILACS), publicados em periódicos nacionais e internacionais. **DISCUSSÃO:** A problemática do despreparo profissional, aliada ao preconceito sofrido e à vulnerabilidade da população LGBTQIA+, têm graves consequências no âmbito da saúde. A falta de respeito à individualidade dos pacientes e a estigmatização dessa população afasta e dificulta o acesso à atenção básica de saúde. **CONCLUSÃO:** Conquanto que os princípios do SUS preguem pela equidade, isso não foi conquistado de forma plena em relação ao atendimento da população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde. As principais dificuldades são decorrentes da discriminação e preconceito por parte dos profissionais de saúde, deixando evidente a necessidade de superação dessa perspectiva para que haja, de fato, acesso íntegro e justo.

Palavras-chave: LGBTQIA+; Atenção primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

Introdução

Durante o processo de crescimento e desenvolvimento, a sociedade é induzida aos padrões heteronormativos em diversas situações: desde o que se aprende na escola em educação sexual, a sexualidade, os pensamentos e até as vestimentas. Por não se encaixar em padrões de heteronormatividade, a população LGBTQIA+ (lésbicas; gays; bissexuais; transgêneros, travestis e transexuais; queer; intersexuais; assexuais; outras possibilidades de orientação sexual e identidade de gênero) são marginalizados, tendo um tratamento excludente em diversos âmbitos, inclusive, em serviços de saúde.

Em 2007, na 13º Conferência Nacional da Saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise de determinação social da saúde para sensibilização dos profissionais, e em 2011 foi criada a Política Nacional de Saúde LGBTQIA+[1]. No Brasil, a distribuição de competências no sistema de saúde remete às organizações, e o principal fator para a efetividade da implantação e da implementação de políticas e ações é a necessidade de mudança de atitudes e valores dos sujeitos ativos nesses processos, a exemplo dos gestores[2]. Além disso, apesar de políticas terem sido criadas, os profissionais se limitam a ter apenas o conhecimento do processo de formação acadêmica, que normalmente, no que tange essa população, são abordados apenas temas ligados às ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), o que reforça o estigma dessa população[1]. Mulheres transgêneros e homens gays e bissexuais carregam um fardo desproporcional de infecção por HIV e ISTs em comparação com populações não- LGBTQIA+[3].

O processo de mudança de concepção com relação à população LGBTQIA+ não repousa somente na melhoria do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, mas principalmente, no modo de pensar e agir dos profissionais de saúde envolvidos nesse processo. Em artigos exploratórios, descritivos e de natureza qualitativa, que abordavam o atendimento primário no Brasil com entrevistas à profissionais, foi reforçado o despreparo dos provedores de saúde. Confundiam a orientação sexual com a identidade de gênero, tendendo à normatização de expressões de sexualidade e com utilização de falas preconceituosas.

A qualidade do atendimento médico ofertado à população LGBTQIA+ não é uma questão contemporânea, e eles podem encontrar na consulta um profissional que encara a orientação sexual deles ou sua identidade de gênero como uma anomalia ou perversidade, levando essas pessoas a aparentar o que não são para não serem julgadas e levando a silenciar, por vezes, os verdadeiros motivos que as levaram até a consulta[4]. Devido a isso, cada vez mais cria-se barreiras ao acesso à população LGBTQIA+ aos cuidados de saúde.

Diante do exposto, o objetivo do estudo é identificar as principais dificuldades na atenção primária para a conquista plena do acesso à saúde da população LGBTQIA+, abordando os principais aspectos do despreparo dos profissionais de saúde.

Metodologia

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste estudo é uma revisão narrativa de literatura a partir de busca nas bases de dados virtuais LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PUBMED (U.S. National Institute of Health). Foram utilizados os descritores boleanos "cuidados primários de saúde", "LBGT", "minorias de gênero", "lésbicas", "SUS", com as combinações "cuidados primários de saúde e LGBT", "cuidados primários de saúde e minorias de gênero" e "saúde e lésbica e SUS", em todos os campos, com seus respectivos na língua portuguesa. Considerou-se como critérios de inclusão os artigos disponíveis integralmente em português e inglês e em periódicos nacionais e internacionais indexados nos últimos 10 anos, compreendendo o período entre 2010 e 2020. Excluíram-se os artigos repetidos entre bases. Foram encontrados 615 artigos (557 indexados na LILACS e 58 indexados no PUBMED) submetidos à análise de resumos para verificação de coincidência entre tema e foco do estudo. O critério de seleção utilizado foi a busca por artigos que abrangessem em especificidade a temática que envolve a atenção primária e a população LGBTQIA+. Primeiramente, os artigos foram separados pelos títulos, após foi realizada a leitura dos resumos a fim de refinar a amostragem, excluindo os textos que fora do escopo temático. Por fim, foi realizada a análise dos artigos na íntegra.

Resultados

Após a análise, delimitou-se o aprofundamento de 20 artigos pertinentes ao tema (14 artigos indexados no PUBMED e 6 artigos indexados no LILACS), publicados em periódicos nacionais e internacionais. Sendo eles: um relato de caso, um relato de uma oficina realizada em uma universidade pública, três revisões da literatura (sendo uma revisão de diretrizes), 12 pesquisas exploratórias e descritivas (com abordagens quanti e qualitativas) e um ensaio.

Observou-se que as mazelas no atendimento aos pacientes LGBTQIA+ são reflexo do preconceito social, que se traduz em discriminação, constrangimento, estigma e falta de interesse em treinar os profissionais de forma adequada para atender à diversidade dos pacientes[5].

A presunção de que todos os pacientes sejam heteronormativos, ou seja, heterossexuais, se mostrou uma das causas mais comuns de dificuldade no atendimento primário. Os profissionais, de forma geral, não perguntam aos pacientes seu gênero e sua orientação sexual, e esse distanciamento da verdade torna-se um fator de risco para os pacientes, que não são bem avaliados pelos profissionais da saúde[5].

Além disso, os pacientes transexuais encontraram grande dificuldade em serem reconhecidos por seu gênero, indicando que muitos profissionais não utilizam o nome social dos mesmos, mas sim o nome de nascimento, e esse ato gera constrangimento, insegurança e disforia nos pacientes LGBTQIA+.

Também, evidenciou-se que a população LGBTQIA+ está muito mais vulnerável ao uso de substâncias ilícitas, às ISTs, ao câncer, às doenças cardiovasculares, à obesidade, ao bullying, ao isolamento, à rejeição, à ansiedade, à depressão e ao suicídio em comparação com a população em geral. Desta forma, reflete ainda mais a necessidade de um cuidado especializado para essa população[6].

Em 2011, o próprio Instituto de Medicina reconheceu que membros da comunidade LGBTQIA+ têm experiências e necessidades únicas na saúde. Também reconheceu que existe uma maior propensão ao fumo, abuso de álcool e comportamentos de risco. As mulheres lésbicas foram relatadas como mais propensas ao sofrimento psicológico, saúde pobre, problemas crônicos, abuso de álcool e de cigarro quando comparadas às

mulheres heterossexuais. Tais adversidades são influenciadas pelo meio em que são inseridas, pelo estigma social que existe, pelo preconceito e pela discriminação sofrida[7].

No que tange à saúde psicológica da comunidade LGBTQIA+, também é muito recorrente que ela seja afetada pela maneira com que o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde é realizado. Conforme dados entre os relatos de experiências pesquisados, fica claro o preconceito sofrido durante o atendimento, principalmente por discriminação e falta de conhecimento apropriado sobre as particularidades da população.

Portanto, ficam evidentes diversas dificuldades enfrentadas pela população LGBTQIA+ para o alcance da saúde universalizada na atenção primária, e a grande maioria são decorrentes do despreparo profissional da equipe para atender as necessidades específicas da população em questão.

Discussão

A criação de estigmas, ideias de que pessoas com determinadas características são vistas como normais e de outras como anormais, é muito comum em nossa sociedade[8]. Historicamente é compreendido que a população LGBTQIA+ sofre preconceito e perseguição por sua orientação sexual e identidade de gênero[9], que diverge dos padrões sociais heteronormativos. O conceito de estigma, neste cenário, pode ser considerado como o status inferior e a relativa impotência que a sociedade atribui a qualquer comportamento, identidade, relacionamento ou comunidade não heteronormativa[10].

O Brasil é o país do mundo onde é registrado o maior número de casos de assassinatos de pessoas por homofobia e transfobia[8]. Estudos de revisão informam que os assassinatos de pessoas LGBTQIA+ evidenciam a manutenção da heteronormatividade, e a eliminação de travestis expressa um processo de "higienização social"[6].

O preconceito e a discriminação aos comportamentos sexuais divergentes do padrão heteronormatizado são consensualmente reconhecidos na literatura como determinantes de saúde.8 No âmbito LGBTQIA+, agressões, torturas, discriminação, segregação (familiar, escolar, científica e religiosa), difamação, preconceito e insultos configuram um conjunto de intenções e ações capazes de interferir no processo saúde-doença do indivíduo[2]. A heteronormatividade institucional, tem efeitos deletérios sobre o acolhimento e o processo de cuidado desse grupo populacional[5].

No Brasil, a população LGBTQIA+, como minoria social marginalizada e com menor acesso aos serviços de saúde, não recebe a devida assistência em face aos julgamentos, juízos de valor e discriminação dos profissionais dos serviços de saúde[6]. A falta de conhecimento sobre o público LGBTQIA+ e o despreparo dos profissionais de saúde para acolher o público em questão resultam na restrição do acesso dessa população aos serviços de saúde[1].

O acesso aos serviços de saúde é multidimensional e envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos[10]. Entre os fatores limitantes para o acesso à Atenção Primária à Saúde destacam-se a baixa acessibilidade, sistema fragmentado, focalizado e não integral, ausência de equidade e acolhimento, ausência de descentralização e regionalização da atenção[10].

A principal barreira de acesso à saúde da população LGBTQIA+, se dá em poder acolher as pessoas enquanto sujeitos que têm direitos, desejos e possibilidades bastante particulares[11]. Essas barreiras, impostas pelo preconceito e pelo estigma, obstacularizam o cumprimento do princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS)[9]. O não acolhimento e o atendimento inadequado, por profissionais não qualificados e pela falta de competência na integralidade do cuidado configuram o fator mais impactante de acesso e qualidade dos serviços de saúde na população em questão[10]. A qualidade de cuidados provida pelo sistema de saúde é inferior entre os LGBTQIA+, em grande parte devido à percepção de hostilidade e preconceito pelos profissionais de saúde[8]. A precariedade de conhecimento e de qualificação profissional prejudica a relação com o paciente, uma vez que inibe a livre expressão de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis ao falar sobre a sua orientação sexual, criando maiores barreiras nas relações de produção de cuidado[1]. Estudos apontam que um em cada cinco LGBTQIA+ não revela sua orientação sexual para o profissional de saúde durante o atendimento, ao mesmo tempo que pessoas transexuais tendem a evitar a procura por atendimento de saúde por medo da discriminação por parte dos profissionais e do serviço de saúde[6]. Além disso, tem sido

descrito atendimentos discriminatórios nas unidades, com constrangimentos, condutas inadequadas, conotações preconceituosas ou mesmo ofensas verbais proferidas pelos profissionais[9].

O tema lesbiandade encontra-se marginal a todo o processo saúde-doença-cuidado das mulheres lésbicas ou bissexuais, indicando invisibilidade, desconhecimento, preconceitos, estigma e repressão da sexualidade feminina[11]. Cerca de 40% das mulheres lésbicas e bissexuais não revelam sua orientação sexual nas consultas e entre as que revelam, 28% relatam considerar o atendimento mais rápido[8]. Mulheres homo e bissexuais têm menos probabilidade de receber oferta para realização de exame citopatológico do colo do útero e estão expostas a violências durante o procedimento, como o uso de espéculo com tamanho inadequado e sem lubrificação necessária[6]. Algumas relatam que o serviço de detecção de ISTs, por exemplo, é dificilmente alcançado, pelo fato de elas não terem relação sexual com homens, em comparação com as mulheres em geral[7]. O despreparo dos profissionais para lidar com questões específicas, a dificuldade dessas mulheres se assumirem homo ou bissexuais e a negação do risco de contrair as doenças sexualmente transmissíveis estão entre os principais motivos que levam à menor procura de serviços de saúde por essa população[8]. Além de todas as adversidades já citadas, mulheres de minoria sexual estão mais propensas a sofrerem de depressão pós-parto, assim como também já é consenso na literatura que elas também estão mais sujeitas a desenvolver câncer de mama pela nuliparidade, ou sua idade mais avançada para o primeiro parto, ou por obesidade[7].

Travestis, transexuais e transgêneros ainda representam uma parcela com menor visibilidade dentro do movimento LGBTQIA+[10]. No que tange aos dados relativos à população trans no país, há subnotificação de assassinatos, e mesmo assim o Brasil ocupa lugar de liderança do ranking mundial de mortes desse grupo. Além disso, a expectativa de vida de pessoas transexuais é de 35 anos, ao passo que para a população em geral é de 74,9 anos. Esses dados não refletem somente a transfobia e morte violenta sofrida por esses pacientes, mas também a maior incidência de complicações relacionadas às doenças adquiridas, como a infecção pelo HIV. Devido ao preconceito, muitas mudanças corporais e hormonais são feitas sem prescrição médica adequada, o que submete os pacientes a riscos exacerbadamente maiores[6].

As travestis ainda sofrem mais da estigmatização que as outras pessoas do coletivo LGBTQIA+ por serem determinadas a modificar o corpo e manterem-se na ambiguidade entre o feminino e o masculino[10]. Em uma pesquisa etnográfica com travestis percebeu-se que se sentem incomodadas pela forma como são tratadas nos serviços de saúde, sobretudo pelo ajuizamento moral e social, pelo distanciamento evidenciado por meio de gestos, olhares e falas dos profissionais de saúde que fazem parte da rede SUS, o que corrobora com a intensificação do sofrimento social e afastamento dessa população[11]. A não observação do nome social somada ao modelo médico hegemônico, paternalista, que prioriza o seu saber científico em detrimento das necessidades de saúde das trans, é um exemplo de ação que leva ao constrangimento e insegurança das pessoas trans quando procuram os serviços de saúde[10]. O reconhecimento e o uso do nome social permitem a garantia da subjetividade e particularidade de cada um e funciona como uma ferramenta de acesso da população trans aos serviços de saúde e pode favorecer a continuidade do usuário nas práticas de promoção à saúde[11].

No que diz respeito ao manejo do paciente trans, faz-se necessário que o profissional médico esteja acostumado com o tema, e que saiba da importância das subjetividades, do entendimento da discriminação e da estigmatização no processo de saúde e adoecimento das pessoas. Perguntar sobre os hábitos sexuais de forma aberta, cordial e não heteronormativa deve ser rotineiro. A hormonização é uma competência clínica, e como qualquer outra, pode ser desenvolvida pelos médicos da família e comunidade[10].

A correlação do público LGBTQIA+ como o principal transmissor de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) ganhou força nos anos 80, com o descobrimento do HIV/AIDS[1]. No início da epidemia, a população LGBTQIA+ foi um dos primeiros grupos sociais onde se encontrou a doença. Tal fato contribuiu para a legitimação do estereótipo de que diversidades sexuais e de gênero são classificadas como grupo de risco para doenças sexualmente transmissíveis e alvo de preconceito e exclusão. Ainda hoje, o atendimento a esses pacientes, se resume a um olhar de cunho sexual, geralmente sob um julgamento moralista e heteronormativo[8]. Referenciar as vivências LGBTQIA+ com ISTs cria uma barreira estigmatizante entre estes usuários e os serviços de saúde[2]. Uma pesquisa de revisão, realizada a partir da publicação da Política

Nacional de Saúde LGBT, concluiu que o histórico do cuidado em saúde a esta população se vincula à prevenção de ISTs[6]. A culpabilização e associação do público LGBTQIA+ como disseminadores de ISTs por parte dos profissionais de saúde se caracteriza como violência e resulta em barreiras de acesso para essas populações[1].

A população LGBTQIA+ apresenta os piores indicadores de saúde, sendo considerada vulnerável[9]. As discriminações e estigmatizações traduzidas em barreiras no acesso aos serviços de saúde impostas a esse grupo populacional, podem influenciar na procura por atendimentos de serviços clandestinos, os quais, pela precariedade de forma generalizada, podem oferecer risco e, elevar os padrões de vulnerabilidade[11]. A PNSILGBT reconhece a vulnerabilidade desse grupo social quando exposto ao preconceito e à discriminação de profissionais de saúde em serviço, o que desqualifica a atenção e compromete o sistema de saúde como um todo[9].

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), é considerada a porta de entrada principal e prioritária aos serviços de saúde, na coordenação do cuidado e referência na Rede de Atenção à Saúde (RAS)[6]. O Brasil possui uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) desintegrada que constitui um fator importante para a ineficiência do acesso à saúde[10]. Além disso, a RAS encontra-se sem comunicação com as demandas da população LGBTQIA+[2]. Nesse cenário, o que se observa é que os serviços de saúde se apresentam como locais de manutenção das desigualdades e preconceitos da sociedade, em vez de serem locais de acolhimento e proteção[10]. A APS, por possuir uma lógica de trabalho que valoriza o cuidado centrado nas pessoas e não nas doenças, se constitui no cenário ideal para o cuidado continuado, longitudinal e coordenado dos indivíduos[10]. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), lugares onde se pratica a APS pelo SUS, representam os espaços ideais para a implementação das ações oriundas de políticas públicas dirigidas à equidade, como a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs (PNSILGBT), de 2011[9]. Como política de Estado e sustentadora do SUS, o atendimento na APS deve respeitar seus princípios fundamentais, considerando a singularidade, a inserção cultural, os determinantes e condicionantes sociais da saúde da população, cujas ações devem convergir para a proteção, prevenção, recuperação e promoção da saúde[6]. O médico de família e comunidade é especialista em atuação no cenário da Atenção Primária à Saúde e tem como papel primordial a garantia do acesso ao sistema de saúde e escuta qualificada para qualquer estrato populacional[8].

A vulnerabilidade da população LGBTQIA+ e seu acesso precário aos serviços de saúde são desafios postos ao âmbito das políticas públicas[5]. A equidade, enquanto princípio do SUS, desafia as diferentes desigualdades sociais, culturais e econômicas que, paralelamente, estão postas junto às vulnerabilidades dos sujeitos[11]. Esse princípio, também coloca em evidência o reconhecimento de que grupos sociais distintos podem ter necessidades de saúde diferenciadas, implicando demandas por ações também diferenciadas[8]. Para se adequar aos pilares-bases do SUS (universalidade, integralidade e equidade) e aos direitos ao acesso à saúde, previdência e assistência social, garantidos pela Constituição Brasileira de 1988, o Estado vem implementando políticas públicas voltadas para atender as necessidades dos grupos sociais que se encontram em condições de vulnerabilidade[10]. Alguns exemplos são os programas e campanhas de visibilidade e igualdade LGBTQIA+, como: “Profissional de Saúde: todo homossexual tem direito a um tratamento de igualdade e respeito” (2002) e “Brasil sem homofobia” (2004) e a implantação do “Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” em 2009 e da “PNSILGBT” em 2011.

A publicação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, pelo Ministério da Saúde, busca eliminar a discriminação, as desigualdades e o preconceito institucional e consolidar o SUS como sistema universal, integral e equitativo, através da ampliação do acesso e qualificação do atendimento à população LGBTQIA+[8]. Dentre os objetivos explícitos por essa política, estão: a busca por maior equidade no SUS, a atenção especial às demandas e necessidades em saúde da população LGBTQIA+, a qualificação da rede de serviços, a eliminação do preconceito, discriminação, violência e exclusão nos serviços de saúde, e a garantia do uso do nome social de travestis e transexuais[9]. Ainda que a Política Nacional de Saúde LGBT tenha sete anos de existência e que um de seus objetivos seja identificar as necessidades de saúde da referida população, deparamo-nos com a necessidade de ampliação de estudos,

que tracem o perfil desse grupo populacional no que diz respeito não apenas ao campo das necessidades bioclínicas, mas também que possam definir o perfil sociodemográfico desta população e a determinação social de sua saúde[6]. Apesar de ter mais de 8 anos de vigência e já estar instituída em quase todas as regiões do país, a PNSILGBT é ainda pouco conhecida pelos profissionais de saúde[9].

É inegável que aconteceram muitos avanços na dimensão política, em níveis nacionais e internacionais, com a criação das políticas afirmativas e de equidade[10]. Porém, mesmo que se possa notar um maior empenho do Estado e da sociedade civil para a garantia de direitos e combate à discriminação da população LGBTQIA+, há ainda uma distância muito grande entre as ações planejadas e sua execução[9]. Políticas para a humanização do atendimento e garantia de acesso ainda dependem de implantação nos serviços e de adesão quanto àqueles responsáveis pelo acolhimento destes grupos, coisa que é dificultada pela presença de preconceitos e a pouca discussão a respeito do tema[8]. Além disso, a sensibilização e qualificação dos profissionais acerca das especificidades LGBTQIA+ são passos fundamentais para garantir o efetivo cumprimento do direito à saúde[5]. As instituições de saúde também devem ter um ambiente acolhedor, livre de preconceitos e atenção integral à população LGBTQIA+, com reconhecimento de suas especificidades na oferta de ações e serviços correspondentes[6].

O desconhecimento por parte de gestores e profissionais de saúde dos aspectos psicossociais e necessidades específicas da população LGBTQIA+ impede um atendimento integral[8]. Estudos com estudantes da área médica mostraram a predominância de conhecimento sobre os aspectos biológicos e doenças relacionadas à pratica sexual na população LGBTQIA+ quando comparado a quase ausência de informações sobre o atendimento integral e humanizado e aspectos sociais e culturais desse grupo social[5]. Uma pesquisa realizada com 14 médicos atuantes em Unidades Básicas de Saúde de uma capital do Nordeste do Brasil evidenciou que nenhum deles recebeu capacitações para a saúde da população LGBTQIA+ e que as Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina não contemplam os aspectos mais expressivos da saúde desse grupo populacional. Outro estudo com 19 estudantes de uma Universidade Federal da Região Sul do Brasil evidenciou fragilidades em seus conhecimentos, tanto sobre os conceitos de homo e de bissexualidade quanto à formação para o cuidado a este grupo populacional[6]. Estudos evidenciam as dificuldades em dissociar orientação sexual e identidade de gênero e o autorreconhecimento, por parte de profissionais da saúde, da escassez de conteúdo envolvendo questões de gênero e tendendo à normatização de expressões da sexualidade[1].

Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de reflexão e colocação nas pautas de debates esse tema, tanto na formação quanto nas atividades de educação permanente nos serviços de saúde, e também nos eventos científicos da área[6]. Colocar em pauta obrigatória a discussão sobre o tema nas instituições de ensino superior auxilia na desconstrução de preconceitos historicamente disseminados que contribuem para consolidar o despreparo dos profissionais da saúde quando em contato com a diversidade sexual[1]. Para que a continuidade e integralidade do cuidado com a população LGBTQIA+ seja parte inerente da rotina da APS é mais do que necessário que o assunto seja abordado na graduação e na pós-graduação, principalmente nos programas de residência e especialização em saúde da família[10]. A necessidade de ampliação das discussões de gênero e sexualidade na graduação em medicina é uma das condições para garantir a equidade em saúde para essa população. Além disso, a difusão de conhecimentos e de ferramentas de boas práticas na assistência à saúde da população LGBTQIA+, auxiliam na redução dos estigmas, na melhoria do acesso e na qualificação do cuidado prestado a esse grupo[5].

São muitos os desafios para a reorganização de serviços, protocolos e rotinas na Atenção Básica, sob a perspectiva de superação da discriminação e preconceito e da prática da integralidade e equidade, o que exige dos sujeitos, da coletividade e das instituições mudanças de valores, baseadas no respeito à diversidade[9].

Considerações Finais

Conquanto que os princípios do SUS preguem pela equidade, isso ainda não foi conquistado de forma plena no que tange o atendimento da população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde. As principais adversidades são decorrentes da discriminação e preconceito por parte dos profissionais de saúde, impedindo a prática da integralidade e equidade. Tal situação gera um constrangimento por parte desses pacientes,

fazendo com que seja recorrente que eles tentem esconder a personalidade e, por vezes, nem revelem o verdadeiro motivo da consulta. Apesar da Política Nacional de Saúde LGBT já "celebre" sete anos de existência, e que um de seus objetivos seja identificar as necessidades de saúde da referida população, depara-se com a necessidade de ampliação de estudos, que tracem o perfil desse grupo populacional no tange não apenas ao campo das necessidades bioclínicas, mas também que possam definir o perfil sociodemográfico desta população e a determinação social de sua saúde. Além disso, tal assunto precisa ganhar espaço para discussão, tanto em eventos científicos quanto nas atividades de educação permanente, para que esse tema seja abordado e resolvido desde os primórdios da formação acadêmica, naturalizando um atendimento médico mais íntegro, inclusivo e humanitário. São diversos os desafios para a reorganização de serviços, protocolos e rotinas na Atenção Básica, mas, somente superando essa perspectiva de discriminação e preconceito a população LGBTQIA+, terá, de fato, um aceso íntegro e justo à saúde na atenção primária.

Referências

1. Guimarães NP, Sotero RL, Cola JP, Antonio S, Galavote HS. Evaluation of the implementation of the National Comprehensive Health Policy for the LGBT population in a municipality in the Southeast region of Brazil. Reciis [internet]. 2020 abr./jun. [cited 2020 dez. 14];14(2):372-85. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102546/-1712-8454-1-pb.pdf.
2. Gomes SM, Souza LMP, Vasconcelos TM, Nagashima AMS. SUS out of the closet: conceptions of municipal health managers on the LGBT population. Saúde e Sociedade. São Paulo. 2018 out./dez.;27(4):1120-33.
3. Furness BW, Goldhammer H, Montalvo W, Gagnon K, Bifulco L, Lentine D et al. Transforming Primary Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: A Collaborative Quality Improvement Initiative. Ann Fam Med [internet]. 2020 jul. [cited 2020 dez. 14];18(4):292-302. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC735-8016/.
4. Negreiros FRN, Ferreira FO, Freitas DN, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. Rev. Bras. Educ. Med. Brasília. 2019 mar.;43(1):23-31.
5. Loria GB, Canesin GMF, Silva GM, Amorim GHO, Melo JM, Santos RL et al. LGBT+ Health on Primary Care: the experience report of a workshop during the medical internship on Family Medicine and Mental Health in a Public University. RBMFC. Rio de Janeiro. 2019 jan./dez.; 14(41):1807.
6. Santos JS, Silva RN, Ferreira MA. Health of the LGBTI+ Population on Primary Health Care and the Insertion of Nursing. Escola Anna Nery. Rio de Janeiro. 2019 out.;23(4):e20190162.
7. Baptiste-Roberts K, Oranuba E, Werts N, Edwards LV. Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. Obstet Gynecol Clin North Am [internet]. 2017 Mar [cited 2020 dez. 14];44(1):71-80. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/-PMC5444328/.
8. Lima AM, Nascimento RT, Cazelli CM, Carvalho TGF. Attributes of Primary Health Care and tools of family and community medicine in the care of sexual and gender diversities: Case report. RBMFC. Rio de Janeiro. 2019 jan./dez.;14(41):1785.
9. Guimarães RCP, Cavadinha ET, Mendonça AVM, Souza MF. Health assistence of LGBT people in brazilian capital: what do Community Health Agents say? Tempus. Brasília. 2017 mar.;11(1):121-139.
10. Pereira LBC, Chazan ACS. The Access of Transsexuals and Crossdressers to the Primary Health Care: an integrative review. RBMFC. Rio de Janeiro. 2019 jan./dez.;14(41):1795.
11. Ferreira BO, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Gender diversity and access to the Unified Health System. RBPS. Fortaleza. 2018 jan./mar.;31(1):1-10.
12. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. The National Policy por Comprehensive Health on Lesbians, Gays, Bisexuals and Transgender (LGBT) and access to the Sex Reassignment Process in the Brazilian Unified Health System (SUS): progress and challenges. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2017. [cited 2020 dez. 14];22(5):1509-1520. Available from: https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/en_1413-8123-csc-22-05-1509.pdf.

13. Wingo E, Ingraham N, Roberts SCM. Reproductive Health Care Priorities and Barriers to Effective Care for Lesbian, Gay, Bissexual, Transgender, Queer People Assigned Female at Birth: A Qualitative Study. Revista Womens Health. 2018 jul./ago. [cited 2020 dez. 14];28(4):350-357. Available from: https://www.whijournal.com/article/S10493867(17)-30599-6/fulltext.
14. Nisly NL, Iborek KL, Miller ML, Kaliszewski SD, Williams RM, Krasowski MD. Unique Primary Care Needs of Transgender and Gender Non-Binary People. Review Clinical Obstetrics and Gynecology [internet]. 2018 dez. [cited 2020 dez. 14];61(4):674–686. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30339607/.
15. Klein DA, Malcolm NM, Berry-Bibee EN, Paradise SL, Coulter JS, Baker KK et al. Quality Primary Care and Family Planning Services for LBGT Clients: Review of Clinical Guidelines. LGBT Health [internet]. 2018. [cited 2020 dez. 14];5(3):153-170. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29641315/.
16. Kameg BN, Nativio DG. Gender dysphoria in youth: An overview for primary care providers. J Am Assoc Nurse Pract [internet]. 2018 set. [cited 2020 dez. 14];30(9):493-498. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30095668/.
17. Gomes R, Murta D, Facchini R, Meneghel SN. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2018 jun. [cited 2020 dez. 14];23(6):1997-2006. Available from: https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1997.pdf.
18. Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. Cad Saúde Pública [internet]. 2019 abr. [cited 2020 dez. 14];35(4):e00111318. Available from: https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n4/1678-4464-csp-35-04-e00111318.pdf.
19. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva [internet]. 2016 ago. [cited 2020 dez. 14];21(8):2517-2526. Available from: https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/-1413-8123-csc-21-08-2517.pdf.
20. Macmara MC, Henry NG. Best practices in LGBT care: A guide for primary care physicians. Cleve Clin J Med [internet]. 2016 jul. [cited 2020 dez. 14];83(7):531-541. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27399866/.

As sombras do arco-íris: interface entre negligência à saúde LGBTQIA+, progressos e impasses frente ao corpo, à subjetividade e à multidisciplinaridade do cuidado

Isadora Melo Viana
Lydice Marise Cesar Gomes
Maria Eduarda Silva Caetano
Tainara Almeida Chaves
Rúbia Mariano da Silva

Resumo

Frente às mudanças, permanências nos costumes, normas e políticas sexuais no Brasil, surge a comunidade LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, queer, intersex e assexuais), concretizando o pluralismo do ser humano. Contudo, essa população sofre constantemente exclusão e discriminação nos serviços de saúde. Nesse viés, o presente estudo teve por objetivo compreender as vinculações entre a população LGBTQIA+ e o cuidado em saúde, observando os contrastes entre avanços do acesso à informação, expansão das práticas multidisciplinares na saúde e os entraves em sua aplicação devido à formação médica deficiente e ao preconceito. Metodologicamente, o estudo baseou-se na seleção de 25 artigos científicos originais na língua portuguesa publicados entre 2008 e 2020 nas plataformas Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os resultados e a discussão foram divididos em quatro tópicos para melhor entender o público LGBTQIA+, as políticas que ancoram esse público, as limitações na humanização e no acolhimento, bem como na qualidade do atendimento. Por fim, destaca-se que apesar das políticas públicas, a população LGBTQIA+ ainda sofre discriminação por orientação sexual e identidade de gênero e, portanto, a temática merece intenso debate e melhor capacitação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: LGBTQIA+; Multidisciplinaridade; Saúde; Discriminação.

Introdução

O ser humano é composto por múltiplas dimensões que o fazem único em sua existência, tal qual sexo, gênero, idade, raça/etnia, orientação sexual, classe social e religião. Ao nascer, o indivíduo é enquadrado dentro do gênero masculino ou feminino, tendo em vista que os órgãos sexuais ao qual é designado (sexo biológico) permitem à sociedade ao seu redor o diferenciar como homem ou mulher[1].

Em relação aos conceitos de orientação sexual e identidade de gênero, pode-se definir o primeiro como sendo uma capacidade individual de se sentir atraído emocional, afetiva ou sexualmente por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como de ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. Já a identidade de gênero, diz respeito ao estado de pertencimento de cada indivíduo, sendo este correspondente ao não ao sexo atribuído ao nascimento[2].

O conceito de gênero vai além da definição biológica do sexo e compreende a autopercepção e a forma como a pessoa se expressa socialmente. Pessoas que se identificam com o sexo que lhes foi designado são comumente denominadas de “cisgênero”, e pessoas que não se identificam com comportamentos e/ou papéis esperados deste gênero são chamadas de “transgênero” ou “transexual”. Deve-se compreender também que identidade de gênero e orientação sexual são conceitos distintos e não interligados, uma vez que a orientação sexual (heterossexual, gay, bissexual e lésbica) diz respeito a quais gêneros a pessoa se sente atraída fisicamente ou afetivamente, não tendo relação alguma com a identificação do sexo designado[1].

Considerando o pluralismo da diversidade humana, a comunidade LGTBQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, queers, intersex, agêneros, assexuados e mais) busca não só incluir todos sob sua bandeira, mas também afirmar a individualidade, através das representações específicas que cada uma das siglas traz consigo[3].

De acordo com a Lei 8.080/90 e a Constituição Federal de 1988, é garantido para a população o acesso aos serviços públicos de saúde, independentemente da identidade de gênero ou orientação sexual, sem qualquer tipo de discriminação. Sendo assim, a saúde é um direito fundamental de todos, e é dever do Estado prover as condições indispensáveis para o seu pleno exercício, além de formular e executar políticas econômicas e sociais que tenham como objetivo a redução de riscos de doenças e outros agravos, além de estabelecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação [1, 4, 5].

Tendo em vista as particularidades dos determinantes sociais em saúde e a individualidade de cada sujeito, faz-se substancial ampliar a discussão sobre as demandas de saúde da população LGBTQIA+ para além daquelas tradicionalmente debatidas no âmbito médico-científico, que por vezes são limitadas ao espectro das doenças sexualmente transmissíveis e do sofrimento psíquico. Atenção integral em saúde poderia ser entendida como o esforço da equipe de saúde em traduzir e atender, da melhor forma possível, necessidades captadas, compreendidas e abordadas em sua expressão individual[4].

Cabe destacar que as políticas de saúde voltadas para essa população foram construídas e estimuladas de forma compartilhada com os movimentos sociais. Esse fato trouxe empoderamento a tal questão, visto que, mesmo com todos os avanços advindos na área da saúde, o preconceito nos estabelecimentos de saúde e a invisibilidade entre os profissionais ocultaram ainda mais essa população, fazendo dos espaços para promover saúde lugares incapazes de atender às reais necessidades da comunidade LGBTQIA+. Diante dos desafios para efetivar os direitos adquiridos para essa população, cabe destacar a importância de incluir na formação de profissionais médicos aspectos não meramente biológicos acerca da sexualidade humana e do cuidado em saúde com as minorias sexuais, seja ainda na graduação ou no percurso profissional nos serviços de saúde, a fim de abordar lacunas da formação médica em saúde LGBT[5].

Torna-se notório que o acolhimento adequado da população LGBTQIA+ por parte das equipes de saúde extrapola a superação de preconceitos e discriminações, devendo inicialmente ser normatizado e regulamentado nas profissões de saúde, buscando o respeito para com esses pacientes, a fim de que eles se sintam compreendidos e seguros, visto que construir uma relação de confiança faz-se fundamental para o relacionamento com o paciente e consequentemente para o sucesso do cuidado[6].

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo compreender o contexto que a população LGBTQIA+ está inserida e o histórico político que envolve a população em questão, assim como as vinculações da população LGBTQIA+ e o cuidado em saúde, observando os contrastes entre avanços obtidos em relação ao acesso à informação e expansão das práticas multidisciplinares na saúde e os entraves à aplicação desses cuidados para este grupo devido à formação médica deficiente e ao preconceito.

Métodos

A abordagem metodológica adotada no estudo foi de cunho qualitativo, para a identificação dos progressos e impasses referentes ao corpo, à subjetividade e à multidisciplinaridade do cuidado frente à comunidade LGBTQIA+. Os documentos encontrados tiveram publicação entre 2008 e 2020, sendo prioridade publicações mais recentes. Optou-se por uma revisão integrativa da literatura, método que tem como finalidade sintetizar e reunir resultados obtidos em outras publicações sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente.

Para a execução da revisão integrativa seguiu-se cinco etapas: 1- identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora e objetivo; 2- estabelecimento dos critérios para a inclusão e exclusão das publicações; 3- amostragem; 4- categorização dos estudos; 5- apresentação dos resultados. Atendendo à etapa 1, elaboraram-se as seguintes indagações: Como é a relação entre a população LGBTQIA+ e o Sistema Único de Saúde (SUS)? Em quais questões se pautam as conquistas e dificuldades que esse público enfrenta para ter acesso a um cuidado amplo, multidisciplinar e humanizado, em concordância com os princípios do SUS?

Em julho de 2020 realizou-se à procura das publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os descritores (Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde e seus correspondentes MeSH do Pubmed): “minorias sexuais e de

gênero", "saúde pública", "equipe multiprofissional" e "preconceito", juntamente com arranjos dos operadores booleanos OR e AND.

A seleção realizada a partir da amostragem de estudos recuperada nas bases de dados foi pautada nos seguintes critérios: priorizar artigos de natureza pertinente aos nossos objetivos e de abrangência relativa ao assunto. Foram identificados, de um universo inicial 6470 publicações científicas. Após a leitura dos títulos e resumos, 42 foram selecionados para a análise do texto completo, destes resultaram 25. Os critérios de inclusão foram: publicações científicas que abordassem atenção à saúde e a temática da multidisciplinaridade do cuidado em relação à população LGBTQIA+, publicadas em português. Para a exclusão os critérios foram: ano de publicação inferior à 2008 e artigos que não se enquadrassem ao tema. As publicações que estavam indexadas em mais de uma base foram consideradas duplicadas e excluídas.

Além das bases mencionadas, foram utilizadas também informações obtidas na plataforma online do Ministério da Saúde do Brasil.

Para análise, os textos selecionados foram sistematizados da seguinte forma: título, ano de publicação, ideias centrais, método e considerações. Após essa etapa, foi estabelecida a categoria analítica para discussão dos resultados encontrados.

Resultados e Discussão

Abaixo serão discutidos os seguintes tópicos: Contextualização sobre a população LGBTQIA+; Histórico político nacional que ampara a população LGBTQIA+; Dificuldades e avanços no cuidado multidisciplinar da população LGBTQIA+; Impasses encontrados na atenção multidisciplinar direcionada à transexualidade. Tal divisão foi feita com o objetivo de contribuir para melhor compreensão dos conceitos abordados, e de como as dificuldades historicamente enfrentadas por essa população comprometem o acesso ao serviço de saúde.

Contextualização sobre a população LGBTQIA+

O ser humano é composto por complexidades que integram suas várias dimensões, tornando-o um sujeito singular frente ao mundo. No entanto, exigências externas de classificação binária, tendem por limitar a pluralidade humana, com o intuito de identificar uma nova criança como masculina ou feminina, baseada em seus órgãos genitais. Nesse sentido, entende-se essa divisão como problemática e redutora, já que são múltiplos os fatores que influenciam a descoberta da identidade de um indivíduo, sendo eles: o sexo biológico, a identidade de gênero, a orientação sexual e a expressão de gênero[7].

Identidade de gênero e sexo biológico são termos distintos, que podem ou não se associar. Entende-se por sexo biológico as diferenças orgânicas entre homens e mulheres, abrangendo os genitais, os cromossomos e os hormônios envolvidos. Desse modo, ao nascimento, atribui-se um sexo à criança com base nestas características fisionômicas. Já identidade de gênero diz respeito à pertencimento, ou seja, a forma com que o indivíduo se sente ou se identifica, em concordância ou não com o sexo biológico que lhe foi atribuído ao nascer. Os indivíduos que nascem com um sexo biológico que coincide com a sua identidade de gênero são chamados de cisgênero, sendo o oposto conhecido como transgênero[8].

As normas sociais enraizadas que mantém as cisões entre os sexos resultam em processos compensatórios injustos, em que pessoas em conformidade são recompensadas e as que fogem às normas de comportamento são punidas. A partir disso surge o conceito de heteronormatividade muito presente em sociedades ocidentais, que é o padrão fundamentado nos arranjos familiares nucleares formados por mulher, homem e filhos, que compartilham relações de parentesco baseadas em laços sanguíneos, ou seja, heterossexualidade[5].

São ainda marcadores sociais que tendem a agravar a heteronormatividade: a orientação sexual, a raça, a cor, a identidade de gênero, a classe e a idade, obtendo como resultado a incrementação de desigualdades sociais, masculinidades, feminilidades, sexualidades e arranjos familiares marginalizados, pautados na hierarquização de valores sociais[9].

No contexto de origem, a comunidade LGBTQIA+ era representada pela sigla GLS (gays, lésbicas e simpatizantes). De forma gradual, embalado por questões políticas e sociais, o movimento das homossexualidades se transformou em um processo multifacetado, com bases ideológicas na inclusão de

todos os espectros que diferem do padrão heterossexual cisgênero. Assim, com a descoberta de outras homossexualidades que ainda se mostravam distintas daquelas que eram representadas, novas siglas, novos termos e novos conceitos foram acrescidos[10].

Ainda nesse cenário, no ano de 2005, a letra "b" de bissexuais passou a fazer parte oficialmente da sigla, bem como ocorreu também a admissão de que a letra "t" que passaria a referir e abraçar os indivíduos travestis, transexuais, e transgêneros dentro da comunidade. Posteriormente, a sigla LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) se tornaria a denominação oficial, conforme aprovado pela I Conferência Nacional GLBT (gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros). As últimas alterações incluíram a letra "i" de intersex, o "q" de queer, o "a" de agêneros e assexuados e o "+", que vem a indicar a possibilidade da inclusão de novas homossexualidades[3].

Torna-se indispensável entender a taxonomia da sigla, com o intuito de expandir o conhecimento sobre o movimento. Dessa forma, de maneira simplificada, a primeira parte da sigla "LGB" refere-se à orientação sexual (incluindo ainda a forma assexual) e a segunda "TQIA+" ao gênero de pertencimento dos indivíduos. Logo, entende-se por lésbicas mulheres que se identificam como mulher e têm preferências sexuais/ afetivas por outras mulheres. Gays são homens que se identificam como homem e têm preferências sexuais/ afetivas por outros homens. Os bissexuais, têm preferências sexuais/ afetivas por ambos os gêneros[8].

Por outro lado, transexuais, travestis e transgêneros, são pessoas que não se identificam, em graus diferentes, com os comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento. "Queer" vem do inglês que significa "estranho" e, em alguns países, ainda é usado como termo pejorativo. É empregado para representar as pessoas que não se identificam com padrões impostos pela sociedade e transitam entre os gêneros, ou que não sabem definir seu gênero/orientação sexual. A intersexualidade refere-se a um conjunto amplo de variações dos corpos tidos como masculinos e femininos, que engloba, conforme a denominação médica, hermafroditas verdadeiros e pseudo-hermafroditas. Agênero é a pessoa que não sente atração sexual por pessoas de qualquer gênero, e por fim, assexual é aquele que não possui desejos sexuais[7].

Histórico Político Nacional Que Ampara a População LGBTQIA+

Historicamente, percebe-se que o primeiro compromisso do Governo Federal com a promoção dos direitos da população LGBTQIA+ foi explicitado através do programa "Brasil sem Homofobia", instituído em meados de 2004, após mais de duas décadas de lutas sociais. Após tal conquista, ocorreu, em 2008, a regulamentação do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), e, em 2009, foi elaborado o I Plano Nacional de Promoção dos Direitos LGBT, seguido, em 2011, pela criação do Conselho Nacional dos Direitos LGBT, fatos que construíram e consolidaram, gradativamente, o reconhecimento das fragilidades e a busca pela igualdade dessa população[11,13,23].

Ainda em 2011, foi instaurada, seguindo as diretrizes do programa "Brasil sem Homofobia", a atual Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), representando um marco no reconhecimento de que a discriminação devido à orientação sexual e identidade de gênero reflete diretamente na determinação social da saúde e no processo de sofrimento e adoecimento da população LGBT[11,12].

Trata-se de uma política transversal, com responsabilidades e atribuições compartilhadas entre os três poderes governamentais e é construída através de uma integração de concepções éticas, políticas e organizacionais, possuindo como objetivo geral a promoção da saúde multidisciplinar e integral da população LGBTQIA+, abolindo a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades, além de visar a consolidação do SUS, reafirmando seus princípios norteadores: universalidade, igualdade e integralidade[6,12].

Além disso, é imprescindível compreender que a política em questão dispõe de um Plano Operativo, que tem por finalidade apresentar estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, no processo de enfrentamento de desigualdades em saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, pautado em quatro eixos estratégicos, sendo eles: acesso dessa população à atenção integral à saúde, ações

de promoção e vigilância em saúde, educação permanente e educação popular em saúde com foco nesse público e monitoramento e avaliação das ações de saúde voltadas para a comunidade LGBT[12,14].

Por fim, vale ressaltar que, apesar do cenário ideal compreendido na política contemplar um atendimento humanizado, integral e inclusivo à toda a população LGBTQIA+ de forma simples e facilmente aplicada, na realidade, o Brasil ainda enfrenta diversos impasses e dificuldades para a implementação plena de todas as diretrizes e propostas apresentadas pelo Plano Operativo, necessitando de um cuidado muito mais atento por parte dos órgãos governamentais e de uma maior qualificação dos profissionais de saúde para um atendimento não discriminatório a esse público[15,16].

Dificuldades e avanços no cuidado multidisciplinar da população LGBTQIA+

O direito à saúde é assegurado pela Constituição Brasileira e concretizado pelo SUS; porém, referente às demandas de saúde de grupos sociais vulneráveis, como a população LGBTQIA+, ainda são observadas barreiras históricas socioculturais e estruturais diante de uma sociedade em que a heteronormatividade prevalece. Diante disso, o percurso de vida dessa comunidade no Brasil tem sido marcado pela exclusão e violência, sendo o acesso integral à saúde marcado pela marginalização social, discriminação e hostilidade nos serviços. Ademais, contrariando o direito constitucional à saúde, a ausência de exames físicos, dificuldades de compreensão das orientações médicas e, principalmente, o não respeito ao nome social acabam por formar um conjunto de medidas capaz de fomentar reclamações frequentes desse público e contribuir de forma direta ao sentimento de não pertencimento e inclusão no direito à saúde[17].

Como já citado, a PNSI-LGBT, objetiva promover a saúde integral, buscando a eliminação de discriminações e a redução das desigualdades na atenção à saúde da população LGBTQIA+. Diante desse contexto, um dos parâmetros para avaliar se a PNSI-LGBT está sendo devidamente cumprida em território nacional seria a classificação da humanização e do acolhimento que a comunidade LGBTQIA+ recebe nos postos de saúde integral. Uma das subcategorias do acolhimento, a relação profissional/usuário, tem sido marcada por discriminação e preconceito, já que muitas vezes o profissional de saúde enxerga o homossexual masculino como soropositivo. Já na subcategoria igualdade no atendimento, uma das formas de se avaliar a humanização, a população LGBTQIA+ têm relatado a necessidade de haver respeito e atenção às suas demandas de saúde, já que muitas vezes os profissionais não avaliam como a sexualidade pode estar interferindo no bem-estar social e no processo saúde/doença dessa população[18].

Além das dificuldades no acolhimento e na humanização do atendimento, esse grupo de pacientes também enfrenta obstáculos em quatro eixos da saúde integral: a prática profissional, os cuidados competentes, a educação e capacitação dos profissionais e os cuidados nos serviços públicos de saúde. No que tange a prática profissional, muitos indivíduos LGBTQIA+ relataram que, além do tratamento discriminatório, muitos médicos incluíram procedimentos desnecessários, como exames genitais, não relacionados aos serviços solicitados. Existem casos em que os indivíduos relatam terem tido seu atendimento e tratamento recusados pelos profissionais de saúde quando os mesmos tomaram conhecimento da história de gênero. Já no universo dos cuidados competentes, os profissionais de saúde têm falhado com a população LGBTQIA+ ao decretar seus próprios valores culturais sobre estes, impondo barreiras ao efetivo tratamento e atendimento. Além disso, vale ressaltar que a educação e capacitação dos profissionais de saúde têm sido uma das principais barreiras à assistência médica culturalmente sensível para o público LBGTQIA+. Atitudes negativas e falta de trabalhadores de saúde competentes podem impedir o acesso pleno dessa população ao Sistema Único de Saúde[5].

É possível inferir que esse público experimenta diversas desigualdades nos serviços de saúde e possui menos acesso aos cuidados adequados. Afinal, a atuação médica relacionada à saúde sexual se mostra, por vezes, limitada em termos de atendimento integral e humanizado em situações de violência sexual, aborto legal e saúde como um todo para essa população. Atualmente, o discurso médico, em algumas situações, contribui para a patologização de identidades e práticas sexuais socialmente discordantes da norma, o que legitima e reproduz processos discriminatórios. Com isso, a luta por um direito democrático da sexualidade requer a desmedicalização do discurso e das práticas a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos, democratizando a discussão sobre sexualidade para além do viés médico-biológico[4].

Impasses encontrados na atenção multidisciplinar direcionada à transexualidade

A gênese do SUS carrega um poder teórico imprescindível, uma vez que abrange princípios como o da universalização do acesso à saúde, da integralidade fundada no ideal de extinguir serviços ineficazes e insuficientes decorrentes de políticas de saúde curatistas, hospitalocêntricas, privativistas e excludentes, e da equidade pautada no entendimento de que existem grupos sociais mais vulneráveis devido à sua condição socioeconômica (negros, índios, mulheres, crianças, idosos e público da comunidade LGBTQIA+), e que, por isso, estes devem ser priorizados nos processos de intervenção[19, 20].

No tocante das reflexões a respeito do acesso da população LGBTQIA+, é notória a influência que a orientação sexual e a identidade de gênero ainda agregam aos atributos identitários ou aos marcadores sociais de um indivíduo. É neste sentido que o âmbito da "interseccionalidade" apresenta-se básico na análise de como diferentes eixos de subordinação se articulam em um mesmo sujeito social, fazendo com que as lógicas de exclusão/aceitação que os atingem sejam potencialmente distintas, a depender do contexto social em que se encontrem[15].

Na mesma direção, apesar de todos esses esforços das políticas públicas, a população LGBTQIA+, de forma geral, ainda se mostra como alvo de preconceitos e estereótipos discriminatórios. Tal realidade é ainda mais preocupante se tratando das pessoas transexuais, visto que, explicitamente, trata-se do público que mais enfrenta a violência devido à identidade de gênero, fomentando situações e espaços de saúde sem acolhimento. Desse modo, vale ressaltar que, esses serviços, que deveriam ter como propósito aliviar sofrimentos, muitas vezes, se mostram como ambientes extremamente transfóbicos e hostis, tendo como prática frequente, também, a quebra de sigilo de informações, expondo esses pacientes às situações constrangedoras. Sendo assim, os atendimentos nos centros de saúde acabam por gerar mais expressivamente angústia e medo nesses indivíduos, reduzindo o nível de confiança nos profissionais e impedindo a busca ativa por orientações, esclarecimentos e tratamentos adequados nos serviços especializados pelas pessoas transsexuais[21].

A despeito da inserção do fenômeno da transexualidade em nossa era, o evento marcante tem como referência a intervenção praticada por Christian Hamburger, em 1952, no jovem de 28 anos George Jorgensen. Em sequência, o conceito de "transexualismo" é criado por Harry Benjamin, bem como a proposta de que a divisão entre "masculino" e "feminino" não deveria existir, sendo inapropriada a determinação do sexo do indivíduo com base na anatomia isolada. Dessa forma, seria levado em consideração componentes diversos, tais como: cromossômicos, genéticos, morfológicos, genitais, gonádicos, legais, germinais, endócrinos, psicológicos e sociais. Ao mesmo tempo, destaca ainda que, exceto o sexo genético, esses "tipos de sexo" não são fixos e podem ser modificados através de tratamentos hormonais ou procedimentos cirúrgicos[22].

Dentre as diversas teorias que surgiram ao longo do tempo, o aspecto consensual é o fato de que na transexualidade a incoerência entre o sexo e o gênero é presente, ou seja, o que define o diagnóstico de transexualidade é uma concepção normativa seja dos sistemas de "sexo-gênero", seja do dispositivo "diferença sexual[23].

Apesar dos avanços históricos e, principalmente, da Constituição Federal de 1988 garantir que saúde trata-se de um "direito de todos e dever do Estado", o uso do SUS por transexuais ainda se mostra como um desafio notório, e, um processo munido de preconceito demonstrado, principalmente, pela desconsideração aos nomes sociais escolhidos por estes, necessitando ainda de inúmeras mudanças e conquistas. Além disso, vale ressaltar que os serviços destinados a esses pacientes (prevenção e controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, processo transexualizador e casos de violência), infelizmente, por serem dotados de estereótipos preconceituosos, violência e desrespeito, acabam por agravar ainda mais o sofrimento e as situações patológicas pelas quais estão acometidos[20].

Dentro desse contexto, em 2008, foi instituído pelo Ministério da Saúde, o Processo Transexualizador no SUS, tendo como motivo principal regulamentar e garantir a realização, de forma segura, da cirurgia de transgenitalização, diminuindo as intercorrências causadas pelos procedimentos ilegais e marginalizados, focando nos princípios de autonomia, justiça, beneficência e na integração das pessoas que sofrem com o não reconhecimento do próprio corpo em relação à identidade de gênero (masculino ou feminino)[21].

De forma ampla, o processo assistencial multidisciplinar abrange as etapas de avaliação e acompanhamento psiquiátrico periódico com o intuito de confirmar o diagnóstico de disforia de gênero; psicoterapia (individual ou em grupo); hormonioterapia, objetivando induzir o surgimento de caracteres sexuais secundários compatíveis com a identificação psicossexual do paciente; avaliação genética; tratamento cirúrgico e, por fim, contato com assessoria jurídica, para indicação de pacientes operados no processo de mudança de nome. Vale ressaltar ainda que a importância do acesso aos serviços de saúde consiste não só no cuidado do processo de saúde-doença, mas também numa estratégia de construção de si[23].

A dinâmica para execução do procedimento cirúrgico inicia-se com a busca por atendimento especializado, onde uma equipe multidisciplinar constata, após análise, se o paciente cumpre os critérios diagnósticos de disforia de gênero, posteriormente ao diagnóstico, a pessoa inicia o tratamento hormonal e passa pelo acompanhamento com psicólogos e psiquiatras, durante dois anos. Só então, com a emissão do laudo atestando disforia de gênero, o indivíduo recebe o aval para a realização da cirurgia de redesignação sexual[24].

Pormenorizando a terapia hormonal, sabe-se que consiste na administração de antiandrogênicos e estrogênio, ocorrendo, impreterivelmente, durante toda a vida do paciente, somente sendo cessada no momento da cirurgia de transgenitalização. Além disso, é essencial destacar que esse plano terapêutico detém como possíveis efeitos colaterais a elevação da pressão arterial, alterações tromboembólicas, hepáticas e ósseas, devendo ser esclarecidos de forma clara para pacientes transexuais que se interessem pela transição para o corpo que se identificam. Infelizmente, essa terapia não possui distribuição universal e integral pelo SUS, restringindo seu público e limitando a alegria do encontro em um corpo compatível com a identidade de gênero[25].

Por fim, outra conquista que merece destaque é o acesso das mulheres transexuais a próteses de silicone com plástica mamária, contudo, essa ação ainda se apresenta de forma restritiva, já que é prevista a idade mínima de dezoito anos para a realização. Dessa forma, as pacientes que não possuem tal requisito continuam se sujeitando à práticas clandestinas de profissionais não qualificados para a execução do procedimento, além de permanecerem se submetendo ao uso de substâncias perigosas, tudo para realizar o sonho de estar no corpo que se sentem pertencentes[21].

Conclusão

Diante do exposto, é possível inferir que o preconceito e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero são realidades constantemente enfrentadas pela comunidade LGBTQIA+ na atenção à saúde.

Mesmo com os esforços do Governo Federal em acolher a população LGBTQIA+ a partir das promulgações do “Brasil sem Homofobia” instituído em 2004, da regulamentação do processo transexualizador no SUS em 2008, da elaboração do I Plano Nacional de Promoção dos Direitos LGBT em 2009, e da criação, em 2011, do Conselho Nacional dos Direitos LGBT, essa população segue sendo renegada pelos profissionais de saúde, acarretando em uma saúde deficitária.

Realidade esta que é ainda mais preocupante se tratando das pessoas transexuais, público que, inegavelmente, é o que mais enfrenta a violência em virtude da identidade de gênero, fomentando situações preconceituosas e espaços de saúde sem acolhimento.

Diante desse cenário, os serviços de saúde pública que deveriam ter como principal pilar o alívio de angústias, tornaram-se um antro de transfobia e homofobia, expondo a população LGBTQIA+ à hostilidade frequente.

Sendo assim, a luta por um direito democrático ao cuidado, apesar de revolucionado na última década, ainda necessita de intenso debate, visto que as unidades de saúde, além de necessitarem de uma educação e capacitação profissional com maior empatia, respeito e acolhimento, precisam melhorar no apoio às necessidades individuais do público LGBTQIA+, maximizando a saúde dessa população e efetivando seu bem-estar social.

Referências

1. Salum MEG. Gestão do Cuidado à Pessoa Trans na Atenção Primária à Saúde [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: UFSC; 2018.
2. Bagagli BP. Orientação Sexual na Identidade de Gênero a partir da Crítica da Heterossexualidade e Cisgeneridade como normas. Letras Escreve. 2017; 7(1): 105-119.
3. Bortoletto GE. LGBTQIA+: Identidade e alteridade na comunidade [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo; 2019.
4. Paulino DB. Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos (as) da estratégia saúde da família [Dissertação de Mestrado]. Uberlândia; 2016.
5. Costa LD, Barros AD, Prado EAJ, Sousa MF, Cavadinha ET, Mendonça AVM. Competência Cultural e Atenção à Saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais (LGBT). Tempus, actas de saúde colet. 2017; 11(1): 105-119.
6. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. Interface – Comunicação, Saúde, Educação; 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180279.pdf
7. Alves DFP. A Expressão de Género no Homem Queer [Relatório de Projeto]. Porto; 2018.
8. Jesus JG. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião [Publicação online]. Brasília; 2012. Disponível em: http://issuu.com/jaquelinejesus/docs/orienta__es_popula__o_trans.
9. Castro TB. Heteronormatividade e outros marcadores sociais no jornalismo: uma análise das revistas Claudia e TPM [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre; 2014.
10. Souza WVF, Feliciano CA. Que movimento é esse: uma leitura histórica e socioespacial do movimento LGBT de Presidente Prudente/SP. Geografia em Atos (Online). 2019;8(15):136-165.
11. Peres, EM. Análise do atendimento humanizado no sus aos transexuais. 2018;1: 93-106.
12. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Ministério da Saúde. A luta pelo Direito à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
13. Santos MCB, Almeida GS. Diversidade de Gênero e Acesso à Saúde: Desafios para o Atendimento de Pessoas Transexuais no SUS. In: Anais do 16 Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais; 30 out- 03 nov 2019; Brasília (DF): CFESS-CRESS, ABEPSS, ENESSO; 2019.
14. Duarte MJO. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos. Dialnet. 2014; 14(27): 77-98.
15. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. 2011, (9): 7-28.
16. Lima MDA, Souza AS, Dantas MF. Os Desafios a Garantia de Direitos da População LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Interfaces. 2016; 3(11): 119-125.
17. Farias SDCF, Ribeiro RRS, de Lima VICB, Lima SJL, Prestes JYDN, Leite JF, Duque MAA. Dificuldades enfrentadas para a implementação da política nacional de saúde integral LGBT/Difficulties covered for the implementation of the nacional LGBT integral health policy. BJRH. 2019; 2(6): 5148-5159.
18. Santos LES, Fontes WS, Oliveira AKS, Lima LHO, Silva ARV, Machado ALG. O acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção de homossexuais masculinos. Revista Brasileira de Enfermagem. 2. 2020.
19. Brasil ML, Santos LV, Diniz BM, Bezerra RNM, Queiroz JC. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: Um Estudo Reflexivo Sob a Perspectiva dos Princípios Doutrinários do SUS. Revista Rede de Cuidados em Saúde. 2017; 11(1): 1-10.
20. Leite, CAS et al. Promoção da saúde de travestis e transexuais e o tratar humanizado no âmbito do SUS. In: 12º Congresso Internacional da Rede Unida; 21-24 mar 2016; Campo Grande (MS): Universidade Católica Dom Bosco; 2016.
21. Leite, RC. Saúde da mulher trans: Notas de uma invisibilidade social [Trabalho de Conclusão de Curso]. Salvador; 2017.

22. O'Dwyer B, Heilborn ML. Jovens Transexuais: Acesso a serviços médicos, medicina e diagnóstico. Interseções. 2018; 20(1): 196-219.
23. Arán M, Zaidhaft S, Murta D. Transexualidade: Corpo, Subjetividade e Saúde Coletiva. Psicologia & Sociedade. 2008; 20(1): 70-79.
24. Oliveira EQ, Oliveira PQ, Andrade GO. Cirurgia Transexual: realidade médica, legal e social. Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo. 2016; 10(2): 115-130.
25. Campana GA, Zambon CP, Tiegs LMR, Júnior CAC. A Terapia Hormonal no Processo de Transexualização. Rev Cient FAEMA. 9; 2018.

Os desafios do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)

Aline Custódio Silva
Camila Nishimura
Ívena Botelho Fiuza
Denis Gonçalves Ferreira

Resumo

Apesar das conquistas em relação à saúde dos transgênero no SUS, ainda há inúmeros desafios a serem superados para a ideal garantia dos seus direitos. A presente revisão bibliográfica selecionou artigos nas bases de dados SciELO, PubMed e Lilacs, utilizando os mais recentes e com maior nível de evidência como critério de seleção. De acordo com as pesquisas, os maiores obstáculos encontrados são: resistência ao uso do nome social, implicações da transfobia nos atendimentos à saúde, falta de uma escuta qualificada e ativa, ineficácia da educação permanente dos profissionais de saúde frente a pauta do processo transsexualizador e desconhecimento dos fluxos referentes à saúde das pessoas transgênero. Este estudo evidencia a necessidade de um melhor acolhimento e sensibilização por parte dos profissionais, a implantação de medidas para a maior inclusão destes pacientes e a criação de uma disciplina a respeito da saúde da população transgênero na formação dos profissionais, assim como ações de educação continuada para os já atuantes.
Palavras-chave: pessoas transgênero; Sistema Único de Saúde; identidade de gênero.

Introdução

Segundo a psicanalista Letícia Lanz (2016), a transexualidade diz respeito àquela pessoa que não se identifica com o gênero atribuído no nascimento. Nesse sentido, é recomendado que se pergunte às pessoas nos atendimentos em saúde com qual gênero elas se identificam e como gostariam de ser tratadas[1]. Ademais, devido à pluralidade de expressões, neste trabalho, o termo "pessoas transgêneros" poderá ser abreviado para "pessoas trans".

De acordo com a Organização Não Governamental (ONG) Transgender Europe, até 2018, o Brasil era considerado o país com o maior número de assassinatos de transexuais e travestis no mundo[2]. Esta população vive em constante luta por respeito e reconhecimento, já que são geralmente vítimas de violência, enfrentam falta de acesso aos direitos básicos e sofrem alta rejeição no mercado de trabalho e incompreensão social. Adicionalmente, os indivíduos trans têm dificuldades de acesso ao sistema de saúde, desde a recepção até práticas transfóbicas dos profissionais que os atendem[3].

Diante dos obstáculos, é válido mencionar que, a saúde da população trans e seus direitos foram só colocados em pauta com maior recorrência em eventos relacionados à saúde recentemente. Isso porque foi apenas em 2011 que o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas tornou-se o órgão intergovernamental pioneiro da Organização das Nações Unidas (ONU) a realizar um ato legislativo, de conteúdo concreto, sobre direitos humanos, orientação sexual e identidade de gênero. Tal ato se constitui na Resolução 17/19 e representa o primeiro marco legal de pesquisa sobre a diversidade sexual e práticas discriminatórias, bem como violências motivadas pelo preconceito à orientação sexual e identidade de gênero[4].

Já no âmbito da saúde da população trans, a Resolução 1442/1997, do Conselho Federal de Medicina (CFM) autorizou a hormonização e procedimentos cirúrgicos para adequações fenotípicas e genitais. No entanto, foi apenas em 2008 que o Processo Transsexualizador (PrTr) foi implementado no Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 2009, ocorreu a aprovação da Política Nacional da Saúde LGBT. Iniciando, assim, discussões que englobam a humanização e o direito de cada indivíduo, garantindo ganhos como, em 2013, na inclusão do nome social no Cartão Nacional de Saúde (CNS)[5].

No que se refere ao Processo Transexualizador (PrTr), é pertinente mencionar o Ministério da Saúde (2008) o define como um conjunto de terapêuticas, acompanhamentos e cirurgias, de acordo com a necessidade de cada paciente, com o intuito de garantir o direito da pessoa transgênero de alterar caracteres sexuais secundários para melhor qualidade de vida, exercendo assim cuidado integral à esta população, até então negligenciada pelos órgãos da saúde pública[6].

Somado às conquistas no âmbito nacional, ainda em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou a transexualidade do capítulo de doenças mentais da CID-11 e, em 2020, o CFM atualizou as regras para o atendimento de pessoas transgênero na rede pública. No entanto, apesar dessas estratégias para o acesso igualitário, são exemplos dos desafios a serem enfrentados pela população trans: a resistência ao uso do nome social pela comunidade, a desqualificação e o preconceito dos profissionais da Rede de Atenção em Saúde (RAS), assim como a dificuldade de acesso aos serviços e procedimentos específicos para esses indivíduos[7].

Nesse sentido, este artigo tem por objetivo discutir possíveis avanços documentados por meio de pesquisas, pontuar entraves ainda existentes, bem como aspectos a serem melhorados no que diz respeito ao atendimento integral de pessoas trans.

Métodos

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa realizada a partir de buscas nas bases de dados SciELO, PubMed e Lilacs, utilizando os descritores "transexual", "transgêneros", "processo transsexualizador". Foram identificados artigos publicados na íntegra e, destes, incluíram-se os estudos com maior nível de evidência e priorizados os publicados entre os anos de 2015 e 2020, a fim de favorecer os mais coerentes com a prática médica atual. As pesquisas foram realizadas entre os meses de junho e julho de 2020. Os critérios de inclusão usados foram: artigos escritos em português, assim como portarias nacionais e relatórios técnicos, com disponibilidade de texto completo em suporte eletrônico. Já os critérios de exclusão se constituíram em: artigos duplicados (aqueles que estavam presentes em pelo menos duas bases bibliográficas), documentos pagos e os publicados anteriormente ao ano de 2004.

Resultados e Discussão

Foram encontrados 35 documentos, dos quais 22 foram selecionados por cumprirem os critérios de inclusão. Desses, 3 se constituem como portarias brasileiras, 16 são pesquisas nacionais e 3 são estudos internacionais.

Segundo Galli RA et al. (2013) e Rodriguez AMM (2014), os desafios da população transgênero se iniciam muito precocemente, o que expõe o viés cissexista e transfóbico do sistema de saúde, uma vez que, desde a porta de entrada, os pacientes já encontram dificuldades em adquirir o CNS com o seu nome social. Isto ocorre pelo fato de que grande parte dos profissionais resistem ao uso da correta denominação, inclusive no momento de cadastro do paciente no sistema, tornando evidente a banalização da violência que esse sofre. A não utilização da designação com a qual o indivíduo se identifica promove constrangimento e abjeção deste, bem como, impossibilita o exercício dos princípios e diretrizes do SUS, a exemplo, o da universalidade. Além disso, estes autores também concluíram que, a falta de banheiros não binários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é mais uma dificuldade encontrada por estes pacientes, devido à coerção causada pelos padrões cisheteronormativos presentes no SUS. Estas situações aumentam a vulnerabilidade da população trans, tornando-a passível de atos de recriminação e violência[8,9,10].

Ademais, de acordo com Roccon PC et al. (2016) e Arán M et al. (2009), os quais analisaram retrospectivamente políticas de saúde para transexuais, resoluções do Minisério da Saúde e CFM e fóruns com profissionais da área, durante o atendimento propriamente dito, as barreiras são outras. Isto é causado pelo desconhecimento dos profissionais de saúde, que, durante sua formação acadêmica, não são preparados adequadamente para realizarem uma escuta ativa e o atendimento às diversidades sexuais e de gênero, explicitando a discriminação e as violações de seus direitos. Ainda, pela falta de uma disciplina na grade curricular referente às especificidades do cuidado das pessoas trans, a atuação dos profissionais de saúde se encontra deficitária, por basear-se em conceitos e estereótipos de sexo e gênero, partindo, erroneamente, do princípio de que todos os pacientes são cisgênero. Analogamente, o não reconhecimento de tais identidades deslegitima a existência da população trans, o que expõe a minimização da importância de uma assistência especializada à esta. Segundo um estudo de Dietz E e Halem J (2016), no qual uma paciente trans que experienciou consultas negativas com diversos médicos foi entrevistada, ainda que muitos profissionais

queiram atender os pacientes transgênero de forma humanizada, o desconhecimento sobre os termos corretos e a forma ideal de abordagem os impossibilita e gera um atendimento preconceituoso e violento[10-14].

Contudo, há, também, a conquista de procedimentos para a transgenitalização, que foram incorporados pelo Ministério da Saúde a partir de 2013, para mulheres e homens trans, sendo que para o último apenas em caráter de pesquisas. Através da Portaria 2803/2013, foram incluídos ao PrTr, na modalidade ambulatorial o acompanhamento psicoterápico e a pré e pós-hormonização e, na modalidade hospitalar, a realização de cirurgias e o acompanhamento pré e pós-operatório[5].

Ainda, conforme as pesquisas de Roccon PC et al. (2016, 2019), há a questão da extrema fragmentação do sistema de saúde, evidenciada pela dificuldade no encaminhamento aos serviços secundários e terciários para a realização de hormonização e cirurgias. Isso ocorre porque, ainda que o SUS tenha implementado na RAS o processo transsexualizador, desafios como a necessidade de patologização da transexualidade como critério de acesso aos procedimentos ainda são encontrados. Esta exigência de laudo psiquiátrico para que os atos cirúrgicos sejam realizados, traduz um medo por parte dos profissionais da saúde de que o indivíduo se arrependa após a cirurgia. Neste ponto, vale destacar que, com tal protocolo, o médico se torna o principal sujeito na decisão de mudar o corpo do paciente, sendo que, o cuidado deve colocar, sempre, o usuário como autor principal das próprias decisões. Desta forma, é preconizado por guias internacionais a utilização do consentimento informado livre e esclarecido, já que este incentiva a autonomia do paciente[10,15].

Em um estudo realizado por Rocon PC et.al (2018), em que nove mulheres transgênero foram entrevistadas, destacou-se que, devido a necessidade de um diagnóstico patológico para emissão de um laudo psiquiátrico, as pacientes se encontram em um exaustivo processo de provar sua transexualidade. Assim, submetem-se a treinar comportamentos e "performar" discursos, bem como escolher vestimentas específicas a fim de comprovar a veracidade do corpo/identidade. De acordo com as narrativas destas pacientes, se não se adequarem aos padrões de feminilidade e masculinidade esperados pelas equipes de saúde responsáveis pelo PrTr, podem ter o seu laudo negado[15].

Somado a isso, de acordo com Almeida G e Murta D (2013), Monteiro S e Brigeiro M (2019) e Leite H (2016) este problema é agravado pelo modelo de atenção centralizado nos hospitais. Isso porque, mesmo que parte do PrTr possa ser realizado pelo médico da família e comunidade, muitos deles sentem-se despreparados e optam por encaminhar os pacientes trans para centros especializados. Contudo, devido ao reduzido número destes ambulatórios, há filas, dificuldades de agendamento, não acolhimento correto e excesso de burocracia, podendo causar a desistência do atendimento pelos pacientes ou filas de espera de até oito anos[16,17,18].

Monteiro S e Brigeiro M (2019) perceberam ao analisar experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde que, uma vez que a transformação corporal é muito importante para a afirmação da identidade de gênero de grande parte dos indivíduos trans, após abdicarem o atendimento no SUS, os pacientes tendem a procurar por estes procedimentos em clínicas privadas. Porém, devido ao alto custo, optam por os realizarem de maneira informal como, pela aplicação de silicone industrial ou autoadministração de hormônios, colocando suas vidas em risco. Na impossibilidade de efetivar essa transformação, tanto na rede privada, como informalmente, alguns pacientes se sujeitam até a atos extremos, como o de automutilação, devido à ausência de opções[17].

Sendo assim, é preciso fazer com que os transgêneros se sintam menos discriminados ao procurarem assistência médica, a fim de construir uma forte relação médico-paciente.Tal necessidade é ressaltada por Mello et al. (2011) que, ao analisarem as políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT, notaram que a sensibilização dos profissionais para o atendimento nao descrimintarótio dessa comunidade ainda é um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos direcionados à esses indivíduos. Deste modo, profissionais da saúde que atendem a estes sujeitos podem fazer com que tal experiência não seja traumática de diversas formas, como certificar-se que todos os pacientes tenham a correta identificação no prontuário. E, de acordo com Dietz E e Halem J (2016), através da Educação Continuada, instruir atendentes e secretários sobre o uso correto dos pronomes, bem como instalar banheiros unissex com a devida sinalização[19,21].

Neste âmbito, Monteiro S e Brigeiro M (2019) ressaltam que o PrTr não se resume à questão hormonal ou cirúrgica, mas sim, à uma soma entre esses e a necessidade de um acolhimento e atendimento plural, despido de preconceitos, visando o cuidado integral e universal destes pacientes. Além disso, o atendimento continuado à população em geral é um componente inerente à rotina da UBS, devendo, assim, os profissionais desta se dedicarem a conhecer melhor os seus pacientes a fim de se familiarizar com as especificidades do cuidado aos indivíduos transgênero. Desse modo, facilitando o fluxo de atendimento entre os diversos níveis de atenção do SUS[18].

Outrossim, para que tal problema seja minimizado, Deutsch MB (2016) propõe ser essencial a melhor capacitação dos profissionais atuantes por meio de cursos e treinamentos voltados para este tema. Assim, visando maximizar a sensibilização dos demais trabalhadores, é importante que profissionais trans sejam incluídos à equipe de saúde, a fim de possibilitar a aproximação entre eles e a saúde da população trans, o que permite maior compreensão da realidade desses indivíduos e de suas lutas[22].

Já no que se refere à melhor formação dos estudantes, os autores Aran M et al. (2009) e Deutsch MB (2016) afirmam ser imperioso que sejam feitas alterações na estrutura institucional acadêmica, com a inclusão de matérias voltadas para a saúde da população trans, garantindo, assim, que os alunos tenham tempo suficiente para absorver os conceitos e necessidades destes pacientes[12,22].

No que diz respeito ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), Solka A e Antoni C (2020) reiteram ser primordial garantir que o nome social seja usado corretamente, tanto para as pessoas cis quanto trans, além da utilização deste em todos os prontuários e documentos do serviço de saúde. Ademais, uma forma de reduzir o constrangimento causado à população trans, é por meio do questionamento direto sobre o gênero com o qual ela se auto refere e sente mais confortável. Assim como se pergunta sobre religião e cor da pele, este ato permite o uso correto dos pronomes (Sra.; Sr.; ele, ela etc.)[23].

Ainda, no tocante à ambiência das UBSs, Pereira LBC e Chazan ACS (2019) asseguram ser imprescindível que se estabeleça uma sinalização ao lado do sanitário, informando o direito dos pacientes de frequentá-lo de acordo com o gênero que se identificam ou, também, a criação de banheiros unissex. Acrescido a isso, há a possibilidade da exposição de cartazes a respeito do direito do uso do nome social, bem como de bandeiras trans nos murais da unidade de saúde[24].

Conclusão

Em suma, fica nítido que ainda há muitos entraves nas estruturas física e social a serem solucionados no que diz respeito ao acesso global da saúde pela população trans e, acima de tudo, aos seus direitos como cidadãos. Entretanto, à luz dos conhecimentos expostos neste estudo, conclui-se que há meios para reduzir os obstáculos encontrados no Processo Transsexualizador.

Entre as alternativas possíveis para alcançar maior integração de indivíduos transgêneros, ressaltam-se alterações desde a formação acadêmica dos profissionais de saúde até modificações físicas nos ambientes de atendimento, a fim de proporcionar o acolhimento desses pacientes nos diferentes níveis de atenção, bem como maior sensibilização e conhecimento dos trabalhadores da saúde.

Dessa maneira, com a maior humanização do atendimento, a população trans poderá ter seus direitos cumpridos de forma plena, concretizando, assim, a prática integral dos princípios e diretrizes do SUS, bem como um atendimento multidisciplinar e plural.

Referências

1. Lanz L. Dicionário Transgênero – parte integrante do livro O corpo da Roupa. Curitiba: Transgente; 2016.
2. Associação Nacional de Travestis e Transexuais Do Brasil (ANTRA), Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE). Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018 [internet]. Salvador: ANTRA; 2019 [acesso 31 de julho 2020]. Disponível em: https://antrabrasil.files.wordpress.com/2019/01/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contra-pessoas-trans-em-2018.pdf
3. Saadeh, A. Transtorno de identidade sexual: Um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2004.

4. Office of the United Nations High Comissioner for Human Rights (OHCHR). O Direito Internacional dos Direitos Humanos e a Orientação Sexual e Identidade de Gênero [internet]. 2015 julho [acesso em 31 de julho 2020]. Disponível em: https://unfe.org/system/unfe-39-sm_direito_internacional.pdf.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 20 nov 2013; Seção 1.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. Institui o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde [internet]. [acesso em 31 de julho 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html
7. Faculdade de Medicina da UFMG [homepage na internet]. Pessoas transgênero enfrentam barreiras para acolhimento em saúde [atualizada em 2020 jun 26; acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/pessoas-transgenero-ainda-enfrentam-barreiras-nos-servicos-de-saude/.
8. Galli RA, Vieira EM, Giami A, Santos MA. Corpos Mutantes, Mulheres Intrigantes: Transexualidade e Cirurgia de Redesignação Sexual. Psic.: Teor e Pesq. 2013;29(4):447-457. 3ª Conferência Nacional de políticas públicas de direitos humanos de lésbicas, gays, travestis e transexuais; 2016. Brasília, DF.
9. Rodriguez AMM. Webconferência sobre Identidade(s) de Gênero: Trans & Saúde [recurso eletrônico]. Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde: Telessaúde Santa Catarina: Ministério da Saúde. 03 Dez 2014 [citado em 29 Out 2017].
10. Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. Rev. Katálysis [internet]. Florianópolis [editor desconhecido]; 2016 [citado em 2020 jul. 30]; 19(2):260-9. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802016000200260&lng=pt&tlng=pt. doi: https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00200011
11. Arán M, Murta D, Lionco T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. Ciência e saúde coletiva [internet]. 2009 [acesso em 29 de julho 2020]. vol.14, p. 1141-1149. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400020&script=sci_abstract&tlng=pt
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial de União. 19 ago 2008:Seção 1.
13. Dietz E, Halem J. How Should Physicians Refer When Referral Options Are Limited for Transgender Patients? AMA J Ethics. 2016;18(11):1070-8
14. Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A, Barros MEB, Wandekoken KD. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. Interface [internet]. 2019 [acesso em 29 de julho 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000100268&script=sci_arttext
15. Rocon PC, Sodré F, Zamboni J, Rodrigues A, Roseiro MCFB. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? Interface (Botucatu). 2018;22(64):43-53.).
16. Almeida G, Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. Sex Salud Soc. 2013; 14:380-407.
17. Monteiro S, Brigeiro M. Experiência de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços limites e tensões. Cad. Saúde Pública [internet]. 2019 [acesso em 28 de julho 2020]. vol.35.
18. Leite H. Receber cuidados médicos é desafio para transexuais. Correio Braziliense [internet]. 2016 [acesso em 26 julho 2020]; Séries Especiais. Disponível em: http://especiais.correiobraziliense.com.br/receber-cuidados-medicos-e-desafio-para-transexuais.
19. Mello L, Perilo M, De Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. Sex Salud Soc. 2011; 9:7-28.
20. Enap - Escola Nacional de Administração Pública. Promoção e defesa dos direitos LGBT [internet]. Brasília. [acesso em 29 de julho 2020]. Disponível em: https://www.escolavirtual.gov.br/curso/128.
21. Deutsch MB, ed.; Center of Excellence for Transgender Health. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. 2nd ed. San Francisco; University of California; 2016.

22. Solka A, Antoni C. Homens trans: da invisibilidade à rede de atenção em saúde. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano [internet]. [S.l.]: La Salle Editora; 2020 [acesso em 30 de julho 2020]. vol.8. Disponível em file:///D:/Downloads/4895-20671-2-PB.pdf. doi: http://dx.doi.org/10.18316/sdh .v8i1.4895.
23. Pereira LBC, Chazan ACS. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1795. doi: https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795.

Violência Homoafetiva: A invisibilidade do relacionamento abusivo entre casais de lésbicas

Thaísa Mariá Ferreira da Luz
Fabyane Pereira Barbosa
Rayanne Barbosa Gomes da Silva
Mireli Rayane da Silva Oliveira
Tathianne Rayssa Lima Veloso

Resumo

Esse estudo tem a intenção de apresentar, de forma mais aprofundada, os danos psicológicos em mulheres lésbicas vítimas de relacionamentos abusivos, buscando identificar os padrões de relacionamento lésbicos abusivos, analisar os impactos causados pelas violências vivenciadas dentro desse relacionamento e facilitar o conhecimento sobre o tema abordado, desenvolvendo propostas interventivas. A pesquisa segue um modelo qualitativo, com objetivos analíticos e descritivos, o levantamento de dados foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Foram encontrados 737 artigos, sendo utilizados 25 artigos escritos em português nos anos de 2014 a 2020. A produção do estudo identificou como a concepção da sociedade é pautada em convicções heteronormativas e que a preservação dos valores machista e sexista conservados beneficia a pertença da vítima no lugar de submissa, a ocultação dos casos de violência contra a mulher, a falta de informação e as falhas nas estratégias para prevenção e redução dos atos violentos favorecem a manutenção da inviabilidade da temática permitindo que o número de vítimas continue crescendo.
Palavras-chave: Relação abusiva, relações homoafetivas, violência íntima, gays/lésbicas, relacionamentos homossexuais.

Introdução

Os relacionamentos íntimos abusivos são vivenciados por milhares de pessoas independente do sexo ou orientação sexual e muitas das vítimas, que em sua grande maioria são do sexo feminino, não conseguem identificar que estão dentro de uma relação não saudável. O relacionamento abusivo é caracterizado por comportamentos violentos de uma ou ambas as partes, e ele está presente quando há a utilização do poder de uma pessoa sobre a outra, foçando submissão e controle. A dominância sobre o outro chega a desvalorizar o querer do mesmo[1,2].

Este tipo de relacionamento ainda é naturalizado por uma parcela considerável da sociedade. Porém, atualmente, ele vem sendo combatido de forma mais incisiva, através da conscientização, criação de redes de apoio e desenvolvimento de medidas que facilitem a denúncia em casos de violência[3]. Tal combate possibilitou a elevação dos dados estatísticos de violência, visto que houve um maior número de denúncias, como em 2017, que 221 mil mulheres procuram delegacias para denunciar episódios de violência doméstica[4].

O alcance do enfrentamento ao relacionamento abusivo ainda é bastante limitado quando se fala de relacionamentos abusivos na comunidade LGBTQIAP+. Tendo como foco nesta pesquisa a violência sofrida por lésbicas em relacionamentos abusivos homoafetivos que é muito invisibilizada, quando comparadas a casais heterossexuais[1,5].

O levantamento dos dados realizados com casais homossexuais é ainda menor quando comparados a casais heterossexuais, no entanto isso não representa que a realidade entre a comunidade LGBTQIAP+ é diferente e que não há entre casais homoafetivos relacionamentos abusivos[6].

Apesar dos relacionamentos íntimos homossexuais não serem completamente aceitos pela sociedade, as relações e demonstrações de afetos de casais do mesmo sexo composto por mulheres são menos hostilizadas, do que comparada a casais gays. Além disso, a comunidade LGBTQIAP+ não possuí como pauta a violência em relacionamentos íntimos, por acreditarem que a homofobia ocupa lugar majoritário na causa[3,7].

Vários fatores contribuem com a ocultação desses eventos nas relações homossexuais composto por duas mulheres. A desigualdade de gênero, o machismo, toda estrutura criada ao longo dos anos pela

sociedade direcionada às mulheres, a internalização das crenças, leis, costumes e hábitos, além do preconceito, e perpetuação de crenças as relações homossexuais, chamadas de pervertidas, doentias, pecaminosas e vistas como criminosas, houveram várias contribuições para que nada fosse feito[7-9].

A homofobia internalizada está inteiramente ligada ao ato reproduzido por casais homoafetivos[8]. A ocultação da violência íntima causada pela introjeção das crenças, valores e ideias de uma sociedade que reproduz e invisibilizada os abusos em relacionamento íntimos, isso perpétua comportamentos de não notificação desses casos, por não se sentir ajustado a heternormatividade validada. Esse tipo de comportamento é reproduzido pelo sujeito no seu meio social, por viver numa sociedade heteronormativa[1,8].

Os impactos causados pelos relacionamentos abusivos são completamente negativos, sendo eles diretos e indiretos, frequentemente emocionais e sociais, tornando as vítimas prisioneiras de suas parceiras, fazendo com que alterem seus comportamentos em ambientes que frequentam, tornando-se assim limitada em todos os aspectos de sua vida.

Esse estudo tem a intenção de apresentar, de forma mais aprofundada, os danos psicológicos em mulheres homossexuais vítimas de relacionamentos abusivos, salientar o desentendimento das vítimas que vivem as violências de uma relação abusiva, por omissão nas ocorrências de violências em relacionamentos lésbicos e homossexuais, apresentar intervenções que seriam favoráveis e a aplicabilidade da Lei Maria da Penha em casais lésbicos. Tendo como objetivo identificar os padrões de relacionamento lésbicos abusivos, analisar os impactos causados pelas violências vivenciadas dentro desse relacionamento e facilitar o conhecimento sobre o tema abordado, desenvolvendo propostas interventivas.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa com caráter qualitativo, com objetivos analíticos e descritivos.A pesquisa foi construída seguindo o modelo qualitativo pois se dispõe a dar profundidade ao objetivo do estudo, além do método analítico realizado por meio da coleta de dados através dos textos escolhidos, a fim de organizar e resumir as informações, proporcionando o alcance para a solução dos objetivos propostos; descritivo por permitir o estudo das particularidade dos grupos, através da descrição das características, fenômenos ou eventos priorizados para criação do vínculo entre as variáveis[10].

A pesquisa foi realizada nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Utilizou-se da pesquisa bibliográfica buscando, através de artigos científicos, livros, revistas e sites oficiais a partir dos descritores: relações abusivas, relações homoafetivas – que foram pesquisados individualmente e relação íntima e homossexualidade, gays/lésbicas e relacionamentos homossexuais – pesquisados aos pares.

A revisão teve os critérios de inclusão: produções acadêmicas relacionadas com o tema e literatura dos últimos 6 anos (2014 a 2020), redigidos em português. E com critérios de exclusão: artigos repetitivos e produções acadêmicas em outros idiomas.

Para a análise dos dados, utilizou-se a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta* (PRISMA), onde há a avaliação prévia do título e leitura breve dos resumos, seguida pela seleção dos artigos que mais se enquadraram aos objetivos da pesquisa e que, consequentemente, se encaixem aos critérios de inclusão. Por último foi realizada a avaliação integral dos artigos selecionados, por meio de uma triagem e o uso da síntese crítica para filtragem detalhada dos estudos[11].

Resultados

Aplicando os descritores nas bases de dados, empregando os critérios de inclusão e exclusão, foi encontrado o seguinte número de artigos:

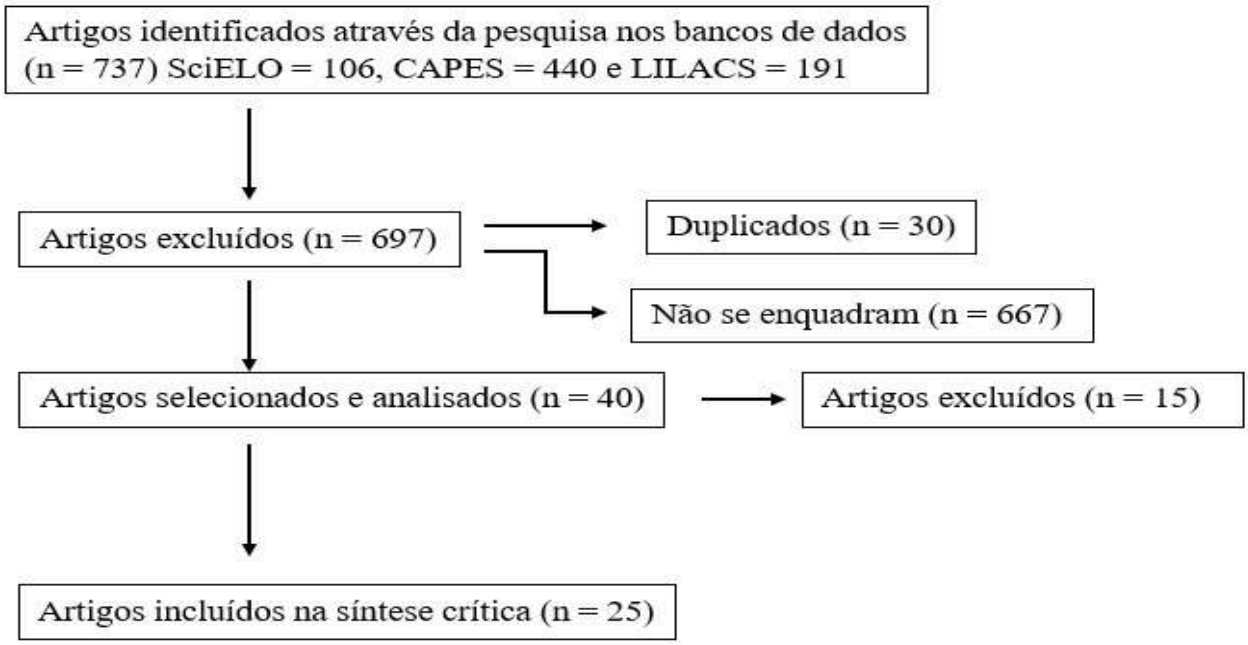
Tabela 1. Resultados descobertos ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão.

DESCRITORES	**BASES DE DADOS**		
	sciELO	CAPES	LILACS
Relação abusiva	4	74	6
Relação homoafetiva	6	29	4
Violência Íntima	25	223	51
Gays/Lésbicas	67	47	120
Relacionamentos Homossexuais	4	67	10
		Total:737	

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

As produções que serão utilizadas para a elaboração desse artigo foram determinadas a partir da sua leitura, tendo em vista a sua afinidade e proximidade teórica. Foram desconsiderados artigos que não se enquadraram aos objetivos estabelecidos anteriormente e a temática.

Figura 1: Fluxograma das fases de seleção dos artigos, conforme a metodologia PRISMA. Recife, Pernambuco, 2020.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Depois da leitura e análise, permaneceram 25 artigos a serem utilizados na elaboração deste artigo, não havendo prevalência de publicações em anos específicos.

Discussão

Invisibilizadas pela sociedade, as relações homoafetivas enfrentam um desafio ainda maior quando nesse relacionamento há a violência, isso se deve ao cenário heteronormativo vigente na sociedade. Esse cenário faz com que o relacionamento entre pessoas do mesmo sexo seja visto como "anormal" e muitas vezes patológico, essa visão da comunidade LGBTQIAP+ como doença a ser combativa, faz com que seja ainda mais corriqueira a naturalização da violência nesses relacionamentos[12].

Os casais lésbicos, que estão dentro da comunidade homossexual são os mais invisibilizados, por serem compostos por mulheres cis e/ou transsexuais, e como fazem parte de uma sociedade inteiramente apropriada pela cultura estruturalmente machista não se supõem que numa relação composta apenas por mulheres possa haver a possibilidade de violência de qualquer tipo no relacionamento[13].

Como a figura feminina foi construída ao longo dos tempos para a ocupação de um papel coadjuvante, sempre foi esperado que o homem assumisse o papel principal munido de uma força, de poder e agressividade, impedido as mulheres quaisquer demonstração que não se assemelhasse a gratidão, obediência e submissão. Há a subestimação de uma mulher que não ocupe o seu papel imposto pela sociedade, o de submissa[2,4].

Atualmente, as relações íntimas tem um caráter mais livre, e os vínculos que antes eram necessários para se manter uma relação íntima afetiva seguem outras diretrizes, visto que antigamente os relacionamentos eram concretizadas visando investimentos e ganhos financeiros, constituída heterossexualmente, seguindo etapas que consistiam, em namoro que não requeria necessariamente afeto, mas determinava a posse do homem sobre a mulher, o casamento, construção do lar e família, além da longevidade da relação. As mudanças nas relações ocorreram no decorrer das alterações históricas, através do feminismo que desestabiliza o arquétipo másculo[14].

Com a liberdade que o feminismo proporcionou para as mulheres, a ideia machista de posse que é socialmente vigente está presente também em relacionamentos lésbicos que podem vir a ser uma relação abusiva com a presença de violência[4]. A violência pode ser tipificada de várias formas, podendo ser física, sexual, patrimonial, e psicológica, sendo a última mais comum, porém a mais difícil de ser identificada por parte das vítimas[4,6].

Essa violência pode ser classificada como, ato moderado – que são ameaças que não são relacionadas com abuso sexual, ou uso de algum instrumento perfurocortantes, e armas que auxiliam na prática da agressão; ato severo – que são agressões físicas que causam lesões temporárias, ameaças com armas agressões físicas que causem cicatrizes; abuso sexual – é o ato sexual na relação hétero e homossexual, tende a usar a vítima para estimulação, excitação sexual e práticas eróticas conseguidas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; abusos psicológicos – como agressões verbais, gestuais com a intenção de aterrorizar, rejeição, humilhação da vítima e restringir a liberdade e isolar do convívio social , além da negligencia ou abandono – omissão de cuidado e proteção contra situações perigosas, doença, gravidez e abandono em lugares desconhecidos[15].

Contudo, as agressões em relacionamentos íntimos em sua maioria ocorrem no ambiente doméstico, ou seja, a abusadora usa de várias formas de violência para abusar da vítima. Os sinais que demonstram os abusos não são notados com frequência, e também podem ser ignorados por parte das vítimas, por serem sutis, a pessoa que sofre essas agressões não consegue identificar que está dentro de uma relação abusiva, pelos sentimentos que partilha pela outra parte, crê que isso não passa de um cuidado excessivo, e são atos que passam como a expressão de amor pela parte agressora[16].

Há práticas de violência que a vítima tem dificuldade em identificar como abuso, como o controle patrimonial e agressão moral, uma violência sutil pela parte agressora, e que se caracteriza como uma conduta que restringir a independência da vítima na espera financeira, já agressão moral, ocorre quando a vítima é desmoralizada pela parte agressora, por meio de calúnia e difamações[15,17].

O ato de agressão psicológica, habitualmente, ocorre em ambiente doméstico, mas a frequência não torna regra esses abusos, pode ser reconhecida de diversas formas, além das ditas acima, como por exemplo qualquer ação composta por um conduta que cause danos emocionais ou diminuição da autoestima, ou que seja prejudicial e tenha a intenção de desagradar as ações e comportamentos, decisões e crenças, através de ameaça, opressão, manipulação emocional, vigilância frequente, insulto, ciúme excessivo, ridicularização, exploração financeira, privação de liberdade ou mediante algum dano à saúde psicológica[5,18].

A agressão física em relações íntimas ocorre mais frequentemente em mulheres, independe da orientação sexual e são os abusos intencionalmente causados pela parte agressora contra a vítima que cause lesões físicas, que seja capaz de ser identificáveis, podendo ser danos ósseos, neurológicos, oculares, que podem ser caracterizados por socos, chutes, mordidas, tapas, queimaduras, seja qual for o ato que acarrete risco a integridade física da mulher[15,18].

A prática da agressão física ocorre quando a parte abusadora não percebe mais o efeito das outras violências sobre as vítimas e é nesse estágio que a vítima consegue identificar que está em uma relação abusiva, pois ela finalmente consegue enxergar a violência vivida[19].

A comunidade LGBTQIAP+ presume danos negativos quanto a citação de violências em relacionamentos homoafetivos, acreditam que a notificação possa agravar de forma negativa como é vista pela sociedade. É esperado por eles o agravamento da discriminação frequente e para minimizar a naturalização da violência dentro das relações homoafetivas que é velada pela normatividade da sociedade, é preferível a evidência a outras temáticas, como a homofobia, a ocultação dos relacionamentos, o favorecimento da não ocupação em espaços públicos e vulnerabilidade da população[3, 8, 19].

A permanência das pessoas que sofrem agressão e correm para o risco de uma relação abusiva está ligada as consequências das violências sofridas[16,17]. Pela forma silenciosa que se inicia esse tipo de violência, a sutileza e frequência é quase imperceptível ser detectado pela vítima que acaba se acostumando com a investidas da parceira em controlar alguns aspectos de sua vida, seja ela uma troca de roupas, ou uma ofensa transvestida de opinião que cause desconforto e resulte em uma alteração constante de seus comportamentos[20].

As alterações de comportamento que a pessoa submetida a violência reproduz são devidos aos danos na saúde mental que desenvolvem ao longo do tempo de relação, esses impactos, que em sua grande maioria são psicológicos, são encontrados em vários âmbitos da vida do indivíduo, afetando o meio social, quando a mulher se priva de sair com amigos e familiares como mecanismos para evitar um clima agressivos ou insultos por parte da abusadora, quando a agressora usa de suas vantagens financeiras para supor que a submissa deixe de trabalhar resultando em uma exclusão social, baixa autoestima, se colocando ainda mais em posição submissa[17,20].

A longo prazo, serão visualizados impactos profundos que decorrem de cada mudança de comportamento infligida pela abusadora. A vítima se sente desvalorizada, rebaixada e deslocada, por consequências das humilhações que sofre, além disso, por enfrentar de forma exaustiva a homofobia, a mulher lésbica sente receio de ser diminuída em uma comunidade cuja a bandeira principal é a luta contra a homofobia[7,8,9]. Essas mulheres passam a ser envoltas por um medo constante, pela desesperança, solidão, pela perda progressiva da autoestima, disfunções sexuais, raiva e agressividade, tendência ao isolamento, depressão, ansiedade, ideação suicida e outras tribulações[16,18,21,22].

Quando a integridade física é abalada pode ser o ponto em que a vítima percebe que precisa sair do relacionamento, e algumas conseguem encontrar força para buscar uma forma de enfrentar a abusadora e fugir da violência íntima conjugal[17].

Se faz necessário a criação de abordagens que destaquem que o relacionamento abusivo independe do sexo do agressor, que a comunidade LGBTQIAP+ precisa sim tornar esses relacionamentos visíveis e combater todas as formas de agressão que possam ser vivenciadas por um membro da comunidade, deixando claro que nenhuma luta é menos importante que outra e que nenhuma luta inviabiliza outra. A implantação e estruturação de uma rede de apoio é indispensável[22,23].

No campo jurídico, a Lei Maria da Penha nº 11.340/6 tem a função de prevenir, punir e erradicar a violência dirigida às mulheres, ela trata com seriedade a questão de violência doméstica e familiar contra as mulheres, possibilitando a garantia da vítima e penalização do agressor ou agressora, executando forma de extinguir os comportamentos violentos[4]. Entretanto, a lei não atua com distinção dentro do seu objetivo de proteger as mulheres independe da sua sexualidade. O artigo 5° da lei 11.340/6 acrescentou o reconhecimento da mulher homoafetiva como usufruidor da proteção do estado, fomentando mais um empecilho a prática de violência com as mulheres[21,23,24].

Os mecanismos usados para coibir as práticas de violência que tem como alvo as mulheres são diversos, como a suspensão de posse de armas de fogo, medidas preventivas de afastamento do lar ou lugares com a finalidade de prevenir a integridade física e psicológica da vítima, proibição de contato com a vítima, familiares ou testemunhas por qualquer meio de comunicação, restringir visitas a dependentes menores, assim como uso de força policial para que sejam acatadas pela agressora as determinações legais e por fim as prisões preventivas e em flagrantes[5,24].

A medida protetiva é cabível em casos de emergência e risco iminente à vida e integridade física da agredida e/ou dependentes, logo qualquer autoridade policial pode realizar a retirada da agressora do ambiente de convivência com a vítima, para proteção e apoio. Nas 24 horas seguintes a violência o juiz é

comunicado para determinar a necessidade da permanência da medida protetiva. Salientando que se for identificado que a agressora permanece com intenção de causar qualquer risco a integridade física da vítima, não será concedida a agressora a liberdade provisória[24]

A psicóloga/o tem um papel fundamental quando se refere a mulher vítima de violência, não só em proporcionar o acolhimento e trabalhar o bem-estar, mas também em promover ajuda na compreensão e reconstrução do sujeito fragilizado, tratando a relação social. Nessa circunstância, a psicóloga/o executa uma postura de cuidado na acolhida, orientação, e escuta, auxilia no fortalecimento da autoimagem, autoestima, valorização, dando suporte na demanda de reconhecimento, fortalecimento da sua identidade, oficinas terapêuticas, grupos de compartilhamento de histórias, a conscientização também podem auxiliar na identificação de casos de abusos nos relacionamentos e o fortalecimento do vínculo[9,16,25].

Conclusão

Através desse artigo foi possível demonstrar que a violência também existe em casais homossexuais composta por mulheres lésbicas, ressaltando assim que há violência em relacionamentos íntimos lésbicos que a postura da sociedade em relação a esse tema é completamente nula em comparação a outras vertentes da mesma comunidade. A invisibilidade dos números em casos de violência íntima na comunidade LGBTQIAP+ e a baixa notificação da violência também, e diante dessa situação é significativo dedicar um espaço e tempo a essas mulheres homossexuais, que assim como as heterossexuais sofrem violência íntima frequentemente.

Durante a produção do estudo foi identificado que a concepção da sociedade pautada em convicções heteronormativas, a preservação dos valores machistas e sexistas conservadas com o passar do tempo beneficiam a pertença da vítima no lugar de submissa, a ocultação dos casos de violência contra a mulher, a falta de informação e desmistificação mantém o lugar de invisibilidade permitindo que a violência continua crescendo o número de vítimas.

A pesquisa foi feita pela carência de compreensão e sensibilização sobre o tema, a não notificação de ocorrências das mulheres lésbicas que sofrem violência física, sexual, patrimonial e psicologia de suas parceiras, que quando confrontada com a frequente do alcance em casais homossexuais, a trivialidade em casos homoafetivos é evidente, a ausência do enquadramento nas medidas preventivas de violência contra a mulher e a ineficácia na elaboração de medidas de amparo das vítimas.

A temática da violência em relacionamentos abusivos de casais lésbicos é delicada e envolve cuidado e dedicação e principalmente conscientização.

O combate e os meios de enfrentamento são diversos e a compreensão dos recursos aumenta a chance de fuga das vítimas, por isso é importante salientar a lei Maria da Penha de nº 11.340/6 que lida com situações de violência contra as mulheres, e a proteção da mulher como gênero e não sexualidade, sendo que a mulher lésbica que vivencia a agressão em relacionamentos íntimos é beneficiária da prevenção e proteção estatal contra a violência doméstica e conjugal.

Além de assistência aos danos psicológicos causados pela vivência, a realização de redes de apoio contendo profissionais adequado e qualificados capazes de oferecer suporte que envolve cuidado, atenção, sensibilidade, empatia, aceitação e respeito diante as necessidades das mulheres que estiveram em situações de violência, é importante o apoio psicológico para a execução de um suporte emocional, um ambiente de acolhimento, bem-estar e segurança das vítimas**.**

É importante destacar a pouca quantidade de estudos sobre o tema, a elaboração de pesquisas de qualidade é uma importante ferramenta de combate, a sensibilização para casos de violência homossexual, chamar a atenção da sociedade para o agravante que é a invisibilização das violências em casais homossexual, e mulheres lésbicas, investir em campanhas para conscientização dessa população, desmistificação de violência íntima apenas em casais heterossexuais e redes especializadas em abusos de casais homoafetivos.

Referências

1. MOREIRA, Alexandro Martins. **A violência por parceiro íntimo (VPI) em casais homoafetivos masculinos: visibilizando o fenômeno**. 2017. Available from: http://hdl.handle.net/1843/BUBD-AW9G36

2. SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil.** Revista de Saúde Pública. 2007; 41:797-807. Available from: https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2007.v41n5/797-807/pt
3. ELÍSIO, Rita; NEVES, Sofia; PAULOS, Rita. **A violência no namoro em casais do mesmo sexo: discursos de homens gays.** Revista Crítica de Ciências Sociais. 2017;117: 47-72. Available from: http://dx.doi.org/10.4000/rccs.8149
4. BARBOSA, Fabyane Pereira, DA SILVA, Rayanne Barbosa Gomes**. Diversas Faces da Desigualdade de Gênero: Uma Análise da Construção do Discurso Machista que Valida a Violência Contra a Mulher**. Trabalho de Conclusão de Curso. Recife: Centro Universitário Maurício de Nassau; 2020.
5. RAMOS, Tayane Mariza Nascimento. **Violência doméstica entre lésbicas e a aplicabilidade da lei maria da penha.** In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019. 2019. Available from: https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1243
6. DA LUZ, Rafael Reis; GONÇALVES, Hebe Signorini. **Violência doméstica entre casais homossexuais: a violência invisível.** Bagoas-estudos gays: gêneros e sexualidade**s**. 2014; 8(11).
7. ANTUNES, Pedro Paulo Sammarco et al. **Homofobia internalizada: o preconceito do homossexual contra si mesmo**. São Paulo, SP: Annablume; 2017.
8. CEZARIO, Ana Claudia Ferreira et al. **Violência entre parceiros íntimos: uma comparação dos índices em relacionamentos hetero e homossexuais**. Temas em Psicologia. 2015; 23(3):565-575. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751492004
9. COSTA, Marcos Martins da et al. **A saúde mental de mulheres vítimas de violência: revisão de literatura.** 2020. Available from: https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/29296
10. GIL, Antonio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas; 2002.
11. GALVÃO, Taís Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David. **Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2015;24:335-342. Available from: https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017
12. SARDINHA, Selma Sant'Anna Da Fonseca . **Violência de gênero nos relacionamentos abusivos.** Ciências Jurídicas e Sociais Aplicadas. 2020; 3(1):108-114. Available from: http://unig.edu.br/revistas/index.php/RevJurSoc/article/view/239
13. DE CARVALHO, Iasmim Alves Ferreira et al. **Invisibilidade lésbica e a interseccionalidade de opressões.** In: 18 REDOR. 2015. Available from: http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/view/2269
14. MOREIRA, Alexandro Martins; CECCARELLI, Paulo Roberto. **Há múltiplas faces na violência por parceiro íntimo**. Revista Médica de Minas Gerais. 2016;26:351-354. Available from: http://rmmg.org/artigo/detalhes/2177
15. COELHO, Elza Berger Salema; SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; LINDNER, Sheila Rubia. **Violência por parceiro íntimo: definições e tipologias**. 2018. Available from: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13953
16. ALVES, Luana Bruno; TOMAZ, Renata Silva Rosa. **A compreensão da mulher diante da violência doméstica e do feminicídio**. 2019. Available from: http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/8138
17. DE ALMEIDA, Marília Gabrielle Oliveira W. **Violência contra a mulher sob à luz da teoria das janelas quebradas**. 2019. Available from: http://toronto.fametro.com.br/jspui/handle/123456789/98
18. SOUZA, Andressa da Silva. **Relacionamentos abusivos: consequências psicológicas em mulheres que o vivenciam.** ANAIS ELETRÔNICO CIC. 2019; 17(17). Available from: http://fasb.edu.br/revista/index.php/cic/article/view/492
19. GOMES, Ingridd Raphaelle Rolim; FERNANDES, Sheyla CS. **A permanência de mulheres em relacionamentos abusivos à luz da teoria da ação planejada**. Boletim-Academia Paulista de Psicologia. 2018; 38(94):55-66. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000100006&lng=pt&nrm=iso

20. ACOSTA, Daniele Ferreira et al. **Violência contra a mulher por parceiro íntimo:(in) visibilidade do problema.** Texto & Contexto Enfermagem. 2015; 24(1):121-127. Available from: https://doi.org/10.1590/0104-07072015001770013
21. MELO, Mariana Soares Pires et al. **Formas de violência contra mulheres lésbicas: um estudo sobre percepções, discursos e práticas**. 2016. Available from: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/12833
22. SANTOS, Nathaliê Cristo Ribeiro dos; FREITAS, Rita; CEARA-SILVA, Glauber Lucas. **Violência conjugal lésbica: relatos de assistentes sociais que atendem mulheres na cidade de Niterói**. Serviço Social & Sociedade. 2019;134: 124-141. Available from: https://doi.org/10.1590/0101-6628.169
23. DOMINGUES, Hugo Miguel Jacinto. **Prevalência e caracterização da violência em casais de gays, lésbicas e bissexuais**. 2015. Tese de Doutorado. [sn]. Available from: http://hdl.handle.net/10284/4949
24. ASSUNÇÃO, **Ana Caroline Dourado Queiroz de et al. Aplicação da Lei Maria da Penha no âmbito das relações homoafetivas: e quando a mulher é a agressora?.** 2018. Available from: http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/781
25. SOUSA, Fernanda Kalianny Martins**. Narrativas sobre relacionamentos abusivos e mudança de sensibilidades do que é violência**. 2018. Available from: https://www.fespsp.org.br/seminarios/anaisVI/GT_13/Fernanda_Sousa_GT13.pdf

Comunicação não verbal na assistência multidisciplinar: revisão de literatura narrativa

Alice Slongo
Juliana Almeida Lima
Natália Aires Ribeiro
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Resumo

Introdução: A comunicação pode apresentar-se na forma verbal e não verbal. Esses modos comunicativos possibilitam ao indivíduo interagir nas diversas áreas sociais. No campo da saúde, a comunicação não verbal pode contribuir como forma terapêutica aos pacientes. Assim, medidas eficazes na comunicação não verbal devem ser estabelecidas para que as condutas sejam aprimoradas no cuidado. **Objetivo:** Realizar revisão de literatura sobre os aspectos relacionados à comunicação não verbal na assistência multidisciplinar em saúde. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, com busca de artigos pelos descritores "Comunicação não verbal", "Saúde" e "Multidisciplinaridade" em bases de dados indexadas, com critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. **Resultados:** Destacaram-se em comum três aspectos de relevância para a comunicação não verbal em âmbito interdisciplinar de saúde: o uso do espaço (proxêmica), o movimento nesse espaço (cinésica) e a utilização do toque (taxêmica). Releva-se a importância da superação de dificuldades na interação do profissional de saúde e o paciente, com atuação técnica e, sobretudo, afetiva, levando em consideração os limites do enfermo. **Conclusão:** A literatura reforça a importância e os resultados positivos da comunicação não verbal na atuação em saúde. Entretanto, ainda são escassas pesquisas nesta temática, além do restrito conhecimento profissional para lidar com essa linha terapêutica.

Palavras-chave: Saúde, Comunicação não verbal, Comunicação interdisciplinar

Introdução

A comunicação é um fator que está intrinsecamente ligado à sobrevivência do ser humano. Para toda e qualquer forma de se expressar, uma pessoa tem necessidade de usar a comunicação, seja ela verbal ou não verbal e com uso desses dois artifícios conseguir exalar sentimentos, gestos, expressões, mímicas, sons, toques, como também, gerar o diálogo propriamente dito. Essas diversas maneiras de conversação são instrumentos para exprimir vontades e opiniões, variam de acordo com a diversidade de personalidades encontrada nos indivíduos, que por serem seres únicos, manifestam-se de forma diferente uns dos outros[1,2].

O termo comunicar tem sua procedência no latim *communicare* que significa colocar em comum, ou seja, o ato da comunicação é um intermediador de toda e qualquer manifestação ou transmissão de informações. É importante ressaltar que uma pessoa só está em comunicação com outra, quando ambas conseguem receber, interpretar e corresponder a informação que está sendo passada, caso contrário, deve-se investigar em qual dos processos citados há falha. Essas incoerências raramente acontecem em uma comunicação verbal porque nela se faz uso de quase todos os artifícios que uma conversação exige, porém, na comunicação não verbal existem dificuldades quanto à interpretação e correspondência de mensagens entre o locutor e o receptor[3].

Na área da saúde é muito comum encontrar dificuldades na troca de informações entre equipe multiprofissional e paciente, em especial nos casos onde o paciente encontra-se impossibilitado de discutir verbalmente, a exemplo dos acamados em leito de UTI. Essa falta de interação no eixo profissional-paciente deixa a desejar que se tenha uma boa evolução de quadros clínicos, assim como, traz consequências inerentes ao paciente por parte do profissional de saúde que se encontra despreparado para lidar com situações de incompatibilidade verbal ou que desconhece técnicas de interpretação sensíveis às expressões do indivíduo[4].

Diante do pressuposto, percebe-se a necessidade de se obter medidas para melhor entendimento e consequentemente qualificação da discussão não verbal em âmbito de saúde. A busca por melhorias nesta área tem como base a justificativa de que, a comunicação não verbal complementa a comunicação verbal,

contradiz a verbal, substitui a verbal e demonstra sentimentos, sendo, portanto, um meio muito importante a ser explorado e compreendido. Assim, este trabalho apresenta uma revisão de literatura com o objetivo de levantar e esclarecer aspectos relacionados à comunicação não verbal no que se refere a linguagem cinésica proxêmica, paralinguagem e tacêsica na assistência multidisciplinar em saúde[5].

Métodos

Foi realizada revisão de literatura narrativa, na qual foram incluídos estudos experimentais e não experimentais, a fim de ter a compreensão adequada sobre a temática da comunicação não verbal. Buscou-se sanar dúvidas e adquirir um conhecimento valioso sobre a efetividade desse tipo de comunicação no âmbito terapêutico e no atendimento ao paciente. Para a coleta de dados, foram utilizados os descritores: "Comunicação não verbal", "Saúde" e "Multidisciplinaridade" aplicados nas bases de dados Scielo (**Scientific Eletronic Library Online**), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Pubmed e Google acadêmico. Foram selecionados artigos brasileiros e americanos dos últimos 10 anos, compreendendo o período entre 2010 a 2019.

Para iniciar a produção literária, contou-se com o total de 31 artigos científicos e 2 livros referentes ao tema proposto. Exportou-se os resumos encontrados para uma plataforma, utilizando o software de gerenciamento de referências bibliográficas Mendeley, que auxiliou a organização dos arquivos eletrônicos. Após a leitura dos resumos, 19 artigos e 1 livro foram selecionados para serem incluídos na pesquisa. Definiu-se como critério de inclusão: referir-se ao tema da comunicação não verbal no âmbito terapêutico; a relevância dos estudos quanto ao método de pesquisa utilizado. Em seguida, 13 referências foram excluídas, tendo como critérios: publicações anteriores ao ano de 2010; artigos de monografias, dissertações e teses.

Resultados

Sob a ótica de estudos literários comparativos de comunicação não verbal em âmbito interdisciplinar de saúde, destacou-se em comum três aspectos de relevância, sendo eles, o uso do espaço (proxêmica), o movimento nesse espaço (cinésica) e a utilização do toque (taxêmica) como pilares para o seu desenvolvimento. Os pontos citados são dados como primordiais tanto para melhoria da comunicação não verbal, como também, para seu próprio entendimento, pois, estudos apontam que a dificuldade dos pacientes em se comunicar ou demonstrar diálogo explícito, principalmente em unidades de terapia intensiva, tem se tornado cada vez mais complexo, trazendo consigo sofrimento e ausência de resolutividade para necessidade do paciente e para o desejo de ajudar dos que estão ao seu redor[3,6].

Em estudo realizado em uma UTI de um hospital público em Minas Gerais, com a participação de 7 enfermeiros intensivistas entrevistados, todos especialistas, principalmente, na prática do cuidado a pacientes intubados ou traqueostomizados. Os enfermeiros relataram que, por diversas vezes, os pacientes impossibilitados de se comunicar recorreram a várias maneiras amadoras de se expressar para chamar atenção da equipe, por meio de gestos como: piscar dos olhos, bater na grade do leito, balbuciar sons, franzir a testa e estalar os dedos. Essas ações supracitadas são, na maioria das vezes, o único recurso de comunicação presente diante das circunstâncias vivenciadas pelo indivíduo enfermo, porém, vem se tornando uma tentativa mais frustrada do que satisfatória na hora de atender ou entender o que o paciente quer manifestar[7].

Algumas considerações devem ser abordadas, visto que foi identificado dificuldades por parte de alguns profissionais em se relacionar mediante a comunicação não verbal. Nesse mesmo estudo percebeu-se, através dos relatos, que por ser difícil a interpretação da comunicação não verbal, às vezes a tentativa de interação do paciente passa despercebida, o que faz com os enfermeiros optem pelo emprego da sedação, substituindo a iniciativa de novas formas de lidar com o paciente. Nesse contexto, é imprescindível que a equipe experimente inovações, onde a comunicação não verbal se faz necessária, uma vez que a dificuldade de comunicação faz com que a necessidade de cuidados seja aumentada, a fim de oferecer condutas terapêuticas adequadas e proporcionar uma melhor assistência ao paciente[7,8].

Em uma análise feita por estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará, foram destacados alguns artifícios de comunicação não verbal que melhoram a qualidade de uma consulta, dentre eles atitudes

como olhar, usar um tom de voz acolhedor e fazer o exame físico, demonstrando através de gestos que se importa com o paciente. Igualmente ao exemplo citado, constatou-se em um estudo baseado nas "perspectivas das tecnologias inteligentes pervasivas para a saúde", a qual busca métodos de informação na relação médico-paciente, uma maior satisfação e segurança dos pacientes para com os médicos que usam uma comunicação mais afiliativa e menos dominante ou argumentativa[9].

Dados coletados em outra revisão literária apontam estudos que demonstram que 55% dos sentimentos são expressos através da comunicação não verbal, 38% pela voz e apenas 7% por palavras. De acordo com esses resultados, pode-se compreender que a comunicação não verbal é de grande relevância para a relação médico-paciente, de forma que pode fortalecer o vínculo criado no atendimento, permitir a satisfação do paciente e, sobretudo, a garantia de um plano terapêutico eficaz. Desse modo, atitudes profissionais que mantenham o contato visual, o sorriso afável e o toque cuidadoso, denotam, por parte do profissional de saúde, uma importância não só com o que o paciente fala, mas também com o que ele sente e como se expressa.[12] Isso pode ser comprovado através de uma análise de estudo, feita por um professor e uma aluna de medicina da instituição *Otago Medical School* localizada na Nova Zelândia, na qual consta, em quase toda a totalidade (98,4 %) das pesquisas, que um profissional alegre e sorridente ajuda no momento da consulta, além de ser também um fator determinante na recuperação do paciente. Dessa maneira, essas condutas promovem um cuidado integral, humanizado e holístico[10,11].

Pode-se perceber ainda que o poder da sensibilidade em uma comunicação não verbal na prática multidisciplinar em saúde é resultado de um convívio íntimo do paciente assistido com a equipe multiprofissional de atendimento. Tal afirmação pode ser comprovada através de uma análise de caráter descritivo-exploratório feita em uma UBS do interior do município do Ceará com 14 pacientes hipertensos com idade média de 59,5 anos de idade, em cujos relatos emergiram a percepção de que a equipe da UBS valorizava mais os gestos não explícitos pelo paciente do que os profissionais que trabalham em consultórios, quebrando assim, barreiras do binômio queixa-conduta e conseguindo perceber sintomas clínicos e sentimentos não expressados verbalmente. Os resultados obtidos a partir da ouvidoria destes pacientes refletem que o vínculo estabelecido pelo respeito e principalmente pela confiança entre paciente e profissional de saúde, o que é próprio em equipes de atenção básica, beneficia a linguagem não verbal por expandir as possibilidades de abordagem de um paciente com problemas clínicos, psicológicos ou ambos[10].

A partir de pesquisas realizadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de uma instituição filantrópica de Minas Gerais com uma equipe multidisciplinar composta por 15 profissionais de saúde, tendo como média de idade 33 anos, observou-se que a interação entre os profissionais de saúde e familiares favoreceu o reconhecimento das necessidades de saúde das crianças. Isso foi facilitado por meio da comunicação alternativa não verbal, na qual pode ser identificada sinais não verbais expressos pelas crianças, como, por exemplo, os tipos de postura, choro, expressões faciais e alterações hemodinâmicas. Tais observações puderam proporcionar um cuidado mais direcionado e humanizado o qual contribui de forma positiva a recuperação da criança internada[12].

Em uma unidade de pediatria de um hospital público universitário da cidade de Jundiaí, com uma amostra de 41 crianças de idade entre 7 e 11 anos, foi observado que a prática lúdica não verbal utilizada por palhaços para interagir com crianças em hospitais obteve alterações fisiológicas estatisticamente significativas no que se refere a: pressão arterial sistólica, diastólica e dor. Concomitantemente, constatou-se que, após a interação lúdica, esses parâmetros cardíacos aumentaram e a dor diminuiu. Ademais, essas crianças mostraram-se mais relaxadas, abertas e sorridentes, ou seja, esses resultados indicam que houve uma resposta emocional positiva constatada pelo aumento no nível de energia, expressões faciais de alegria e participação ativa nas brincadeiras com os palhaços. Além disso, os benefícios dessa interação não ficam restritos aos pacientes; família e profissionais também se mostraram beneficiados[13].

De acordo com a exploração do conteúdo e análises à luz da literatura, pode-se constatar que a comunicação não verbal é essencial para intermediar as relações interpessoais, para facilitar o trabalho da equipe multiprofissional em saúde, como também, para promover humanização do processo terapêutico na assistência e cuidado ao paciente. A relação terapêutica constitui uma meta a ser alcançada como resultado de interações planejadas entre dois seres humanos: o profissional de saúde e o indivíduo que necessita de

ajuda. Nesse processo, deve-se desenvolver capacidades para estabelecer uma combinação de vínculo harmonioso e de comunicação eficiente[14].

Discussão

A comunicação em sua integralidade é o processo fundamental para o desenvolvimento de qualquer processo terapêutico. No entanto, em situações específicas, quando o diálogo verbal passa a ser dificultado em virtude de diversos fatores, a linguagem não verbal torna-se a ser matriz essencial no desenvolvimento da comunicação no cuidado em saúde.[10]

A área da saúde por estar intimamente relacionada com a cerne da vida das pessoas, necessita de uma atenção especial no âmbito da comunicação, visto que geralmente a compreensão por parte do doente e a forma de expressão do cuidador podem sofrer interferências do estado emocional aos quais se encontram. O profissional de saúde, sobrecarregado pela responsabilidade sobre diversos pacientes, pode ter prejuízos no processo comunicacional durante os atendimentos, de tal forma a dificultar a capacidade de entendimento dos sinais não verbais expressos pelo paciente, o que poderia suscitar uma mudança na abordagem terapêutica específica para cada indivíduo[1].

A dedicação para o estabelecimento de uma boa comunicação deve ser multinível, ao ponto de ter como objetivo driblar as barreiras impostas no processo de construção do vínculo entre profissional da saúde e paciente[1,10]. Dessa maneira, as formas de comunicação não verbal podem ser divididas em quatro categorias, sendo elas: tátil (taxêmica), proxêmica, cinésica e vocal[9,15].

O toque pode ser expresso através de um aperto de mão ou tapa no ombro, os quais refletem calor, empatia, carinho, segurança e proximidade ao paciente[4,7]. Em relação à linguagem proxêmica, que envolve o âmbito espacial, torna-se importante valorizar a postura corporal, estabelecer uma comunicação com olhar fixo em direção a fonte e manter-se em posição de frente para o paciente[16,2]. Analisar a expressão através da variação do olhar pode expor informações, como uma pupila contraída, a qual indica desagrado e dilatada, que indica aprovação. Além disso, o olhar pode retratar emoções como surpresa ou alegria, com a abertura maior dos olhos ou tristeza, demonstrando olhos mais contraídos[4].

A comunicação cinésica utiliza o movimento e as expressões faciais como mecanismo de comunicação[1,15]. Dessa maneira, a utilização das mãos para completar a mensagem que quer ser passada, facilita no entendimento do paciente, ou seja, ao se referir sobre a audição, o profissional pode elevar as mãos até o ouvido ou então, quando se quer descrever algum passo a passo, muitas vezes costuma-se bater na mesa para auxiliar na organização do pensamento. O ato de balançar a cabeça para expressar confirmação ou negação também é uma maneira de se responder as dúvidas expostas pelos pacientes[4].

Profissionais que realizam um atendimento cortês, sorrindo, com alegria e deixando o ambiente descontraído, acabam reduzindo a ansiedade e o nervosismo dos pacientes e, em consequência disso, os deixam mais confortáveis para explicar as suas demandas[17,1]. O ato de chamar o paciente pelo nome, saudá-lo em sua chegada e saída, demonstrar apoio e utilizar tom de voz acolhedor, são características da comunicação vocal que demonstram respeito pelo indivíduo que necessita de cuidados[18,19].

Outro ponto importante de se destacar é sobre a percepção do paciente em relação a linguagem não verbal expressa pelo profissional de saúde acerca da aparência, comportamento e atitude. Em relação a aparência, diversos estudos afirmam que a utilização de vestuário branco, maquiagens discretas, ausência de acessórios (brincos ou piercing), cortes de cabelo e barba atualizados demonstram aspecto de compromisso, profissionalismo e higiene. Essa percepção mais formal da linguagem não verbal expressa pelo profissional de saúde é geralmente atribuída por pacientes com níveis educacionais abaixo do segundo grau ou com idade acima de 60 anos[17].

Apesar da comunicação não verbal ser ponto chave para a maioria dos atendimentos, muitos profissionais apresentam dificuldades em desenvolver essas habilidades[8]. Isso está relacionado a diversos fatores, como despreparo da equipe, padronização da forma de trabalho e alta rotatividade de profissionais. Para que haja mudanças, é necessário que o trabalho em equipe esteja baseado no mesmo processo comunicacional, de forma a estabelecer um cuidado integral[18,12].

Dessa maneira, por mais que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos diversos cursos da saúde abordam a importância da comunicação como competência a ser desenvolvida pelos estudantes, é visto que na realidade a linguagem não verbal é pouco explorada, o que acaba formando profissionais despreparados e insensíveis[17]. Por isso, estudar a comunicação não verbal possibilita desenvolver a capacidade do ser humano em perceber os sentimentos, as dúvidas e angústias, que muitas vezes os pacientes não conseguem expressar através da verbalização, mas que estão presentes no seu ínterim e, quando atendidas, possibilitam o desenvolvimento de um vínculo efetivo entre profissional-paciente[4,20].

Conclusão

O entendimento sobre a importância da comunicação e a efetivação desta forma coerente com a necessidade do paciente são pontos essenciais no processo de estabelecimento de uma conduta terapêutica, como também, no entendimento sobre o que será feito em relação ao processo saúde-doença. Isso contribui na aceitação do tratamento, visto que, na maioria das vezes, o indivíduo enfermo se encontra em estado emocional desestabilizado, além de favorecer no fortalecimento da relação médico-paciente, em busca da construção de um vínculo eficiente. No entanto, a comunicação não se restringe apenas à fala, mas também, a expressões que podem ser organizadas através do toque, linguagem cinestésica, proxêmica e vocal, as quais em conjunto fornecem segurança, empatia e cuidado ao indivíduo enfermo.

Desta forma, a capacidade de confiar em bons resultados de uma terapêutica implementada depende da boa comunicação entre o cuidador e o agente a ser cuidado, incluindo, nesse âmbito, também a linguagem não verbal exercida pela aparência do profissional de saúde. Dentre outros problemas relacionados ao atendimento está a falta de abertura para que os pacientes expressem as suas necessidades, pouca disponibilidade do profissional para ouvir, apoiar e informar as condutas exercidas, como também, sobre o prognóstico da doença. A causa desses problemas está relacionada com falta de preparo dos profissionais para desenvolverem a comunicação e o relacionamento adequado com pacientes e familiares. Atualmente, há poucas pesquisas voltadas para a análise da linguagem não verbal no atendimento à saúde, sendo necessários novos estudos para que haja mais subsídios no processo de educação do profissional.

Referências

1. Simis A, Brunelle AF, Junior AR, Napolitano CJ, Gonzales LS, et al. Comunicação, cultura e linguagem [online]. Desafios contemporâneos collection. 2014: 1-8. Disponível em:< http://books.scielo.org/id/2h3ks:>. doi: https://doi.org/10.7476/9788579835605.
2. Nicolai J, Demmel R, Farsch K. Effects of mode of presentation on ratings of empathic communication in medical interviews. Patient Education And Counseling. 2010 jul; 80(1): 76-79. Acesso em: 22 jul 2020. Disponivel em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399109005047?via%3Dihub>. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.014>.
3. Ramos A, Bortagral, FM. A comunicação não verbal na área da saúde. Rev Cefac. 2012 jan-fev; 14 (1): 164-170. Acesso em: 21 jul 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s1516-18462011005000067.
4. Broca PV, Ferreira, MA. Nursing staff and nonverbal communication. Reme: Rev Mineira de Enfermagem. 2014 jul-set; 18 (3): 697-702. Acesso em: 21 jul 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140051.
5. Cavalcante LM, Leite AJM, Filho ACN, Cunha KL, Simão DA, Filho FCR, et al. Comunicação Não Verbal: gestos que fazem a diferença na relação médico-paciente. Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde. São Paulo. 2014 mar 14; 2(1): 233-233. Acesso em: 22 jul 2020. Disponível em: http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/comunicao-no-verbal-gestos-que-fazem-a-diferena-na-relao-mdico-paciente-9646. doi: http://dx.doi.org/10.5151/medpro-cihhs-10599.
6. Gormley J, Light J. Providing Services to Individuals With Complex Communication Needs in the Inpatient Rehabilitation Setting: the experiences and perspectives of speech-language pathologists. American Journal Of Speech-Language Pathology. 2019 mai 27; 28(2): 456-468. Disponivel em:<http://dx.doi.org/10.1044/2018_ajslp-18-0076.

7. Santana JCB, Dutra BS, Silva RCL, Rodrigues AF, Nunes THP. Comunicação não verbal nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. Rev. pesq.: cuid. fundam. online 2011 abr-jun; 3(2): 1912-1923. Acesso 21 jul 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750888012>.
8. Beserra GL, Oliveira PMP, Pagliuca LMF, Almeida PC, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Non-verbal nurseparturient communication in labor in Portuguese-speaking countries. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27: e31. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3032.3193>.
9. Hartzler AL, Patel RA, Czerwinskill M, Pratt W, Roseway A, Chandrasekaran N, et al. Real-time Feedback on Nonverbal Clinical Communication. Methods Of Information In Medicine. 2014 jun 27; 53(05): 389-405. Citado em: PubMed; PMID: 24970354.
10. Torres GMC, Figueiredo IDT, Cândido JAB, Pinto AGA. Comunicação não verbal no cuidado com usuários hipertensos na Estratégia Saúde da Família. REFACS (online). 2019; 7(3): 284-295. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3570>. doi: 10.18554/refacs.v7i3.3570.
11. Romera-Liebana, Laura et al. Effects of a Primary Care-Based Multifactorial Intervention on Physical and Cognitive Function in Frail, Elderly Individuals: a randomized controlled trial. The Journals Of Gerontology: Series A. 2018 jan 10; 73(12): 1668-1674. Acesso em: 22 jul 2020. Disponível em:https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/73/12/1668/4810780. Acesso em: 21 jul. 2020. doi: https://doi.org/10.1093/gerona/glx259.
12. Pontes EP, Couto DL, Lara HMS, Santana JCB. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. Rev Min Enferm. 2014 jan-mar; 18(1): 152-157. Acesso em: 22 jul 2020. Disponível em:http://reme.org.br/artigo/detalhes/915.
13. Alcântara PL, Wogel AZ, Rossi MIL, Neves IR, Sabates AL, Puggina AC. Effect of interaction with clowns on vital signs and non-verbal communication of hospitalized children. Rev Paul Pediat (English Edition). 2016 dez; 34 (4): 432-438. Acesso em 22 jul 2020. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2359348216000324?via%3Dihub>.doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.02.011.
14. Mckean C, Law J, Laing K, Cockerill M, Allon-Smith J, McCartney, Forbes J, et al. A qualitative case study in the social capital of co-professional collaborative co-practice for children with speech, language and communication needs. The Internacional Journal of Language and Communication Disorders, London. 2016 nov 4; 52(4): 514-527. Disponível em:< https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1460-6984.12296>. doi: https://doi.org/10.1111/1460-6984.12296.
15. Mazor KM, Beard RL, Alexander GL, Arora NK, Firneno C, Gaglio B, et al. Patients' and family members' views on patient-centered communication during cancer care. Psycho-Oncology. 2013 maio; 22(11): 2487-2495.Citado em PubMed: PMID: 23780672. doi: 10.1002/pon.3317.
16. Otani MAP, Barros NF, Marin MJS, Pinto AAM. Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama. Nursing. São Paulo. 2018 jul; 21(242): 2272-2276. Disponivel em:< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-911325>.
17. Castilho LS, Lage BF, Padovezzi LD, Diniz IM, Oliveira ACB, Resende VRS. A comunicação não verbal no exercício da prática odontológica entre o profissional, o paciente com deficiências de desenvolvimento, seus pais e cuidadores. Interfaces, Belo Horizonte. 2019 jan-jul; 7(1): 1-591. Acesso em: 21 jul 2020. Disponível em:https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/19088/16176.
18. Rossi-Barbosa LAR, Lima CC,Queiroz IN, Fróes SS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2010 jul-set; 34(3): 363-370. Acesso em: 21 jul 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300005&lng=pt&tln. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300005.
19. Veríssimo FIL, Souza PCP. A comunicação como expressão do cuidado humanizado em fim de vida: revisão sistemática. Rev Enferm Ufpe On Line. Recife. 2014 ago; 8 (8): 2845-2853. Acesso em: 22 jul 2020. Disponível em: <10.5205/reuol.6081-52328-1-SM.0808201436>.

20. Patel RA, Czerwinski, M, Pratt W, Roseway A, Chandrasekaran N, Back A, et al. Real-time Feedback on Nonverbal Clinical Communication. Methods Of Information In Medicine, 2014, 53 (5): 389-405, 2014. Acesso em: 22 jul 2020. Disponivel em:<http://dx.doi.org/10.3414/me13-02-0033>. doi: 10.3414/ME13-02-0033.

Desafios da equipe multiprofissional no contexto da saúde pública

Matheus Souza da Silva
Larissa de Souza da Silva
Lidiane Assunção de Vasconcelos

Resumo

A integralidade dos serviços dentro do sistema de saúde trata-se de uma das grandes ferramentas pois rompe com a estrutura do atendimento de modo hierárquico verticalizado para um atendimento horizontal e que abrange a importância da atenção multiprofissional que envolve diferentes conhecimentos, técnicas e práticas associadas para corresponder às diferentes demandas dos usuários do sistema. O trabalho em equipe multiprofissional pode ser compreendido como uma resultante das relações recíprocas entre múltiplas intervenções técnicas dos diferentes profissionais da saúde, fundamentando o atendimento integral, longitudinal e resolutivo através de práticas humanizadas que visam a promoção e a prevenção. No entanto, é inegável o enfrentamento de desafios sociais, pedagógicos, ideológicos, metodológicos, psicológicos e a transformação dos antigos moldes do sistema de saúde. Entre os desafios encontrados, observa-se o reducionismo da formação acadêmica na qual ocorre o distanciamento das linguagens de cada profissão. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo investigar e determinar quais os desafios encontrados pelos profissionais da saúde na implantação do cuidado multiprofissional no sistema de saúde.

Palavras-chave: Equipe multiprofissional; Equipe interdisciplinar; Saúde pública.

Introdução

O sistema de saúde no Brasil foi implementado pela Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) nº 8.080/90 assegurada pela Constituição Federal de 1988 e pode ser definido como um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos federais, estaduais e municipais, visando salvaguardar à população o direito à saúde de todos como dever do Estado[1,2]. O Brasil apresenta um cenário epidemiológico complexo em que há demanda por tripla carga de doenças sendo elas doenças infecciosas; causas maternas e perinatais; as doenças ocasionadas por consequências externas bem como, as doenças crônicas e seus fatores de risco. Diante disso, compreende-se que a consolidação do sistema de saúde é antecedida pelas demandas de saúde da população[3].

A finalidade do SUS é sustentada nos princípios e diretrizes que devem ser compreendidos com base no contexto histórico e que abrangem o entendimento sobre o processo de saúde-doença, direitos sociais e gestão política entre as esferas governamentais[4,5]. Dessa forma, os princípios que norteiam o SUS são pautados na universalidade, equidade e integralidade. A universalidade é entendida como um direito social e coletivo que independe da prestação de serviço[4,6]. O princípio da equidade possui como objetivo atuar na redução dos danos causados pela relação desarmônica das condições sociais e econômicas que interferem no acesso à saúde de forma igualitária. A integralidade dos serviços trata-se de uma das grandes ferramentas oriundas do SUS pois rompe com a estrutura do atendimento de modo hierárquico verticalizado para um atendimento horizontal e que abrange a importância da atenção multiprofissional que envolve diferentes conhecimentos, técnicas e práticas associadas para corresponder às diferentes demandas dos usuários do sistema[7,8].

O SUS é organizado em três esferas principais de acordo com os níveis de complexidade tecnológica necessária para o atendimento da demanda populacional em atenção primária, secundária e terciária[2]. No presente estudo, enfatiza-se os cenários que envolvem a Saúde da Família e Comunidade referentes à atenção primária, especialmente na Estratégia de Saúde da Família e Comunidade (ESF) que contam com os profissionais - agentes de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas. E, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que possui profissionais da fisioterapia, psicologia, educação física, fonoaudiologia, nutrição, farmácia e serviço social[9].

O trabalho em equipe multiprofissional pode ser compreendido como uma resultante das relações recíprocas entre múltiplas intervenções técnicas dos diferentes profissionais da saúde. Fundamentando o

atendimento integral, longitudinal, resolutivo através de práticas humanizadas que visam a promoção e a prevenção[10,11]. Assim como, demanda a integração de diferentes saberes e campos do conhecimento na manutenção da saúde, por isso, entende-se como interdisciplinaridade[12].

A abordagem multiprofissional e interdisciplinar visa contemplar às diferentes complexidades inerentes à saúde. No entanto, nesse ínterim é inegável o enfrentamento de desafios sociais, pedagógicos, ideológicos, metodológicos, psicológicos e a transformação dos antigos moldes do sistema de saúde. Entre os desafios encontrados, observa-se o reducionismo da formação acadêmica na qual ocorre o distanciamento das linguagens específicas de cada profissão; problemas quanto a interação sistêmica dos profissionais, substituída pela lógica corporativista, fragmentação das ações e complexidade da implementação logística do cuidado multiprofissional[12,13,14]. Diante disso o objetivo desta revisão foi investigar e determinar quais os desafios encontrados pelos profissionais da saúde na implantação do cuidado longitudinal e multiprofissional no sistema de saúde.

Métodos

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que tem como objetivo utilizar fonte de dados de bases científicas sobre um determinado tema reunindo assim, uma síntese de trabalhos estabelecidos com base em critérios de inclusão e exclusão possibilitando uma análise crítica dos dados encontrados de forma integrada[15].

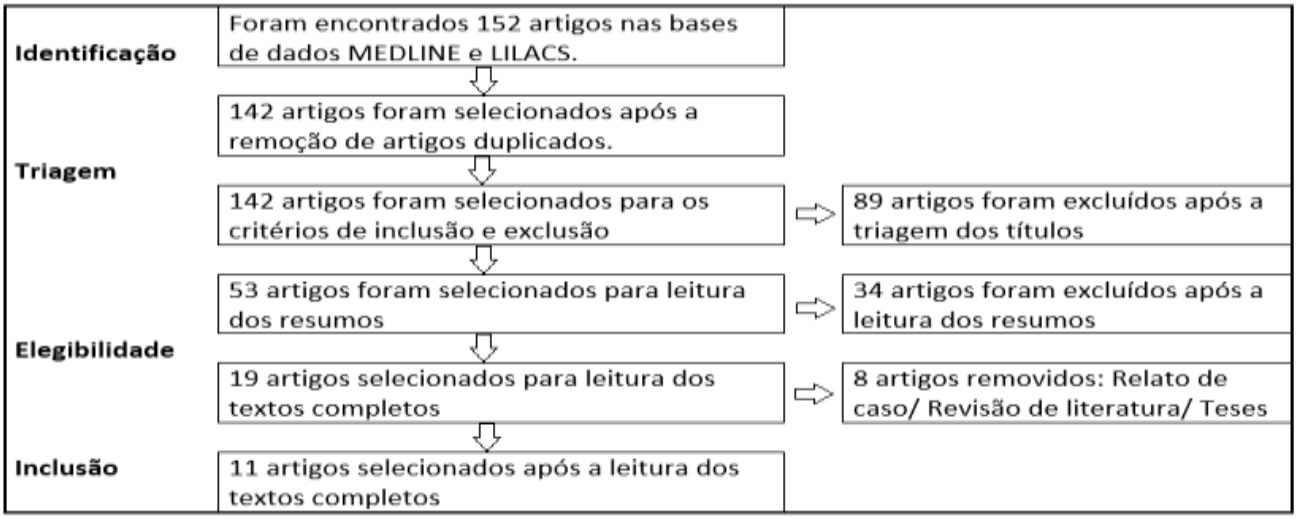
Foi utilizado como base de dados a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) onde constam os periódicos do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram consultados dados retrospectivos entre o ano de 2000 e 2020 e utilizados como descritores “equipe multiprofissional”; “equipe multidisciplinar”; “saúde pública”; “desafios”; “dificuldades” A busca se limitou a artigos escritos em português e inglês. Os operadores lógicos “AND”, “OR” e “NOT” foram usados para gerar a combinação dos descritores.

Foram incluídos artigos originais que apresentaram discussões acerca do trabalho em equipe multiprofissional no sistema público contendo texto completo. Foram excluídos artigos de revisão, relato de caso, livros, capítulos de livro, teses, resumos de evento científico e trabalhos que abordavam a atuação de equipes constituídas por profissionais de mesma formação. A seleção dos artigos seguira as seguintes etapas – I) Leitura do título do artigo; II) Leitura do resumo do artigo; III) Leitura do trabalho na íntegra. Para realizar a seleção dos trabalhos foi utilizado o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*[16].

Resultados

Foram encontrados 152 trabalhos com textos completos disponíveis publicados na base de dados MEDLINE e LILACS entre 2000 e 2020. Foram selecionados 11 artigos conforme os critérios de inclusão e exclusão seguindo o protocolo PRISMA conforme a figura 1. Dos artigos estudados, 5 estavam disponíveis na base de dados MEDLINE e 6 na LILACS. Quanto a metodologia dos trabalhos levantados - 1 usou como metodologia de pesquisa o ensaio clínico controlado; 4 foram resultantes de pesquisa de campo de caráter, predominantemente, qualitativo; 6 foram categorizados como pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. A tabela 1 expressa os artigos inclusos na revisão bibliográfica conforme o título, autores, revista de publicação, metodologia usada e base de dados indexada.

Figura 1. Protocolo PRISMA para seleção de trabalhos de maior relevância científica.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O trabalho em equipes multiprofissionais na saúde coletiva remete à complexidade e promove experiências que exigem o encontro com as fronteiras disciplinares, com as diferenças e com as vulnerabilidades dos agentes sociais. na busca da integralidade nas ações, apresenta-se transversalizado pela convivência, no mínimo, entre dois diferentes paradigmas: reprodução de modelos e práticas de atenção embasadas numa visão de sujeito fragmentado, descontextualizado e unidimensional, conjuntamente com os paradigmas das práticas integrais[17,18,19].

Um estudo realizado na cidade de Suzaka no Japão[20], propôs um modelo para diminuir os danos no que tange saúde mental da mulher no pós-parto e para isso, estabeleceu-se um programa integrado de intervenção em serviços de saúde multidisciplinar com enfoque nos cuidados de saúde mental às mães durante a gravidez e no pós-parto. O estudo revelou a eficácia do programa de intervenção multidisciplinar que forneceu apoio contínuo às mulheres e seus filhos desde o início da gravidez até o parto, identificado através de um protocolo de estratificação de riscos, os casos de maior suscetibilidade a problemas de saúde mental no ambiente familiar das mães. Os serviços implantados de forma multidisciplinar com o objetivo de fornecer suporte às mães e filhos na maternidade onde foi realizado os estudos demonstrou-se eficaz segundo os parâmetros avaliados. Além disso, pareceu ser eficaz no diagnóstico situacional dos pacientes envolvidos, visto que possibilitou o reconhecimento de mães e crianças em riscos psicossociais.

Um modelo de simulação para informar os recursos humanos para o planejamento da saúde foi implantado em um hospital no Canadá e demonstrou que o planejamento organizado em estruturas sistemáticas e matemáticas baseados nas necessidades fornecem abordagens dinâmicas e multiprofissionais. Sendo assim, são mais eficazes no atendimento das necessidades dos usuários do serviço de saúde[21, 22].

Foram identificados desafios na prestação de cuidados em alguns serviços de maternidade no Brasil, correspondentes, principalmente, ao nível organizacional, frequentemente relatado na literatura. Entre os principais problemas estão a má comunicação e problemas referentes a estrutura organizacional do trabalho[22,23].

Estudos sobre a atuação da equipe multidisciplinar no cuidado com vítimas de violência evidenciou que a perspectiva interdisciplinar enfrenta dificuldades para assumir forma na prática diária. A fragilidade das relações e o não reconhecimento de parceiros enfraquecem as redes de cuidado[24]. Um estudo qualitativo realizado com discentes do programa de residência em medicina de família e comunidade da Universidade Federal da Paraíba, permitiu concluir que a construção de metodologias que possibilitem troca de saberes entre os indivíduos envolvidos no serviço de saúde, viabiliza uma construção do referencial que fornecerá suporte para as ações dos profissionais da saúde[25].

A equipe multiprofissional tem um papel indispensável na implantação dos cuidados paliativos. Observou-se em uma unidade de terapia intensiva (UTI) que o cuidado paliativo está direcionado à promoção

do conforto físico do enfermo crítico e que a proposta não tem sido efetuada pela equipe em decorrência da falta de adequada comunicação entre a equipe, com ausência de registros sobre as opiniões divergentes em relação à paliação, foi visualizada como um obstáculo na implantação e desenvolvimento dos cuidados paliativos na UTI. O que também foi observado em uma unidade coronariana de hospital público em Minas Gerais[26].

Tabela 1. Trabalhos selecionados para análise de revisão sistemática do presente estudo.

Título	Autores/ Ano	Metodologia	Principais Conclusões
1. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva.	Silvani Severo e Nedio Seminotti/2010.	Pesquisa qualitativa	Existência de um contexto complexo em saúde marcado pela diversidade de conhecimentos e saberes dos diferentes profissionais envolvidos.
2. Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community: the findings from the Suzaka trial.	Yoshiyuki T, Noriaki K, Chikako A et al./ 2019.	Ensaio clínico controlado.	Concluiu que o apoio contínuo fornecido pelos cuidados integrados de saúde por meio de serviço multidisciplinar na comunidade pode melhorar a saúde mental das mulheres no período pós-parto.
3. A dynamic, multi-professional, needs-based simulation model to inform human resources for health planning.	MacKenzie A, Murphy GT, Audas R./ 2019.	Pesquisa de campo intervencionista.	Modelos sistemáticos de planejamento implantados de acordo com a necessidade local são bem sucedidos na otimização do serviço de saúde.
4. Challenges to the improvement of obstetric care in maternity hospitals of a large Brazilian city: na exploratory qualitative approach on contextual issues.	Crisóstomo, Lemos, Gnocchi et al./2018.	Pesquisa de campo; Estudo qualitativo.	Atendimentos fragmentados e descontínuos comprometem a qualidade do serviço. Sendo necessário melhorar a organização e a comunicação da equipe envolvida.
5. The care network of the families involved in violence against children and adolescents: the Primary Health Care perspective.	Monique, de Pádua, Marchesini et al./ 2017.	Pesquisa de campo estratégica qualitativa.	A construção de redes multiprofissionais de atendimento no cenário da saúde representa um grande desafio.
6. The multiprofessional work in the Psychosocial Care Centers of São Paulo State.	Giovana Jafelice e João Marcolan/ 2018.	Estudo exploratório, descritivo e qualitativo.	O cenário estudado aponta para uma integração e interdisciplinaridade auxiliar e não da construção efetiva de saberes e projetos compartilhados.
7. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade.	Salvador, Medeiros, Cavalcanti et al./ 2011.	Pesquisa quali-quantitativa.	O compromisso individual dos atores no contexto da saúde é determinante na integração dos saberes.
8. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.	Silva, Souza, Pedreira et al./ 2017.	Pesquisa de campo, exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa.	A um impasse ocasionado durante a formação dos profissionais da saúde que tornam as ações desconexas entre si.
9. A multiprofessional perspective on the principal barriers to universal health coverage and universal access to health in extremely poor	França, Helena; Modena, Celina; Confalonieri, Ulisses/ 2016.	Pesquisa exploratório-descritiva qualitativa	Entre as barreiras enfrentadas pela população para acesso ao serviço de saúde são - falhas na expansão e fortalecimento da APS; ausência de diagnóstico das necessidades prioritárias; carência de tecnologia, recursos materiais

territories: the contributions of nursing.			e humano.
10. Relacionamento interpessoal: identificação de comportamentos para trabalho em equipe em unidade coronariana.	Goulart, Parreira, Miranda et al./ 2019.	Pesquisa descritiva e abordagem qualitativa.	Comportamentos, ações e atitudes de colaboração, comunicação e interação entre os profissionais facilitam o trabalho em equipe multiprofissional.
11. Residência multiprofissional em Sáude Mental: suporte teórico para o percurso formativo.	Onocko-Campos, Emerich e Ricci/ 2019.	Pesquisa qualitativa sobre a formção na residência médica.	A construção de estratégias longitudinais e coletivas que ampliem o repertório dos trabalhadores parece ser eficaz na otimização serviço.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

O trabalho em equipe tem sido uma estratégia para manejar os diferentes processos que envolvem o processo de saúde-doença de forma horizontal e integrando os saberes no processo de promoção e prevenção à saúde[17]. Desse modo, a construção de metodologias que possibilitem a interação entre os diferentes conhecimentos, assim como a valorização dos conhecimentos referentes aos diferentes setores de atuação, é trivial na construção do acervo teórico que subsidiará a prática no cenário da saúde. Sendo assim, todo profissional tem o direito e dever de buscar tornar a prática multiprofissional efetiva no âmbito da saúde, isso abrange tanto a perspectiva profissional, quanto o comprometimento social e político dos atores envolvidos no processo de promoção, prevenção e intervenção nos diferentes cenários de saúde[18].

De modo semelhante para a construção de ações, projetos e serviços na coletividade, o processo de trabalho exige dos trabalhadores a convivência com distintos saberes e poderes peculiares às relações interdisciplinares, direcionados à alteridade. No entanto, a ausência de reflexão e diálogo entre os integrantes da equipe favorece a repetição de lógicas embasadas na separação entre as disciplinas e seus diferentes objetos de estudo e intervenção[19,20]. Dessa forma, a falta de coesão entre os saberes gera no trabalhador e, consequentemente, no usuário, um sentimento de dissociação e desagregação, visto a prática fragmentada no processo do cuidado formando assim, um contexto paradoxal no campo da saúde.

Para executar ações no contexto da saúde é fundamental planejar e antecipar os potenciais impactos da ação, visando realizar o manejo adequado das situações no decorrer do programa o que corrobora com a necessidade da atuação multiprofissional[21,22], pois à medida que as estratégias de promoção da saúde disponíveis e os tratamentos e as necessidades de saúde dos pacientes e familiares se tornam mais complexos, atender a essas necessidades exige cada vez mais os serviços de mais de um tipo de provedor de saúde.

Outrossim, questões relativas ao desenho da organização do trabalho, má comunicação e coordenação do trabalho em equipe, diálogo entre os membros da equipe e liderança, revelaram-se como um possível impasse na prestação de cuidados obstétricos de alta qualidade numa maternidade[23]. Os recursos materiais e humanos não foram apontados como um grande por outro lado, problemas relativos à baixa responsabilidade pelo paciente assumida pelos profissionais de linha de frente em sua visão fragmentada dos pacientes e processos assistenciais.

Dessa forma, destaca-se que o trabalho em equipe no estudo realizado, demonstrou-se afetado pelo design da organização do trabalho, incluindo recursos como horários de plantão e padrão de turno, bem como pelo treinamento dos profissionais e perspectivas divergentes sobre como cuidar. E demonstrou que a estratégia de educação continuada parece ser uma iniciativa fundamental na diminuição dos problemas referentes à integração dos indivíduos da equipe[23].

A organização e a falta de integração também se revelaram um problema onde buscava-se contribuir no que diz respeito a rede de atenção prestada às famílias envolvidas na violência familiar contra crianças e adolescentes na perspectiva da atenção primária[24]. Os resultados mostram a necessidade de organização da rede atendimento que se mostrou fragmentada diante do reducionismo das instituições estudadas à

setorização dos serviços prestados ao usuário e, portanto, o atendimento foi fragmentado desde sua formulação no âmbito das políticas públicas até sua execução.

Para que ocorra a integração dos saberes é importante acolher as necessidades apontadas pelos participantes, articulando o planejamento estratégico de modo longitudinal e coletivos a partir das singularidades presentes. E, para que a atuação profissional possa ser integrada deve haver ruptura com o modelo verticalizado e fragmentado desde o processo da formação profissional dos sujeitos envolvidos no processo de promover saúde[25].

É possível perceber que as propostas de integração disciplinar ainda são pouco problematizadas na realidade dos serviços. Embora valorizada no discurso e na literatura estudada, mas pouco problematizada como a produção de democracia e relações horizontais[26].

Analisando os comportamentos que facilitavam ou dificultavam o trabalho em equipe a respeito do relacionamento interprofissional, frente a situações críticas[27]. Destacando-se que as referências positivas são entendidas como facilitadoras para o trabalho em equipe, enquanto as referências negativas atuam como entrave para o referido trabalho, no entendimento dos participantes do estudo. Sendo assim, a colaboração atuou como facilitadora do trabalho em equipe e demanda desenvolvimento de trabalho conjunto, articulado e coeso entre os distintos agentes[28]. O trabalho em equipe deve ser a resultante de um processo de construção compartilhada de saberes, pois o trabalho em saúde demanda renovação permanente de conhecimento baseada na educação interdisciplinar. E para que isso ocorra é crucial que os profissionais, docentes e acadêmicos estejam comprometidos com o processo de cuidado que é indissociável da prática integrada.

Conclusão

A atenção multidisciplinar é o meio mais eficiente de viabilizar o correto atendimento às demandas dos usuários do sistema de saúde, pois objetiva contemplar as diferentes complexidades relativas ao ser através da integração de diversos saberes na implantação do cuidado integral. Contudo, ainda restam muitos obstáculos a serem superados no cenário de atuação das equipes de saúde, destacando-se a dificuldade na comunicação, problemas de ordem organizacional, formação fragmentada e distanciamento dos profissionais no que tange a articulação estratégica acerca do manejo dos pacientes. Por outro lado, medidas que otimizem o sistema de atendimento multiprofissional através de métodos sistemáticos, dinâmicos e moldáveis à realidade local, parecem ser promissores na integração dos conhecimentos para uma melhor conduta terapêutica, assegurando assim, os princípios e diretrizes do SUS.

Referências

1- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
2- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 1990.
3- Mendes E. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos avançados. 2013;V(27):27-34.
4- Matta G, Pontes A. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
5- Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de Política. Brasília: UNB; 2004.
6- Brasil. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
7- Vianna A, Dal Poz M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2005;V(15):225-264.
8- Matta, G. A Construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
9- Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2011.
10- Moretti-Pires R. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. 2009;(13):153-166.

11- Ferreira R, Varga C, Silva R. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2009;V(14):1421-1428.
12- Feirotti M. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. Revista NESME; 2009;(6):179-190.
13- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The lancet. 2011.
14- Santos M, Cutolo L. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2004;(32):65-74.
15- Linde K, Willich S. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. J R Soc Med. 2003;(96):17-22.
16- Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, & Altman, D. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Medicine, 2009;(6):1-6.
17- Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública. 2001;(35):103-109.
18- Salvador A, Medeiros C, Cavalcanti P, Carvalho N. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2011;(15):329-338.
19- Severo S, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2010;(15):1685-1698.
20- Yoshiyuki T, Noriaki K, Chikako A, Hiromi T, Eizaburo I, Hoshina T et al. Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community: the findings from the Suzaka trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;(58):1-11.
21- MacKenzie A, Murphy G, Audas R. A dynamic, multi-professional, needs-based simulation model to inform human resources for health planning. Hum Resour Health. 2019;(42):1-13.
22- Portela M, Lima S, Reis L; Martins M, Aveling E. Challenges to the improvement of obstetric care in maternity hospitals of a large Brazilian city: an exploratory qualitative approach on contextual issues. BMC Pregnancy Childbirth. 2018(459):1-9.
23- Carlos D, de Pádua E, da Silva L, Silva M, Marques W, Leitão M et al. The care network of the families involved in violence against children and adolescents: the Primary Health Care perspective. Journal of Clinical Nursing. 2017;(26):2452-2467.
24- Jafelice G, Marcolan J. The multiprofessional work in the Psychosocial Care Centers of São Paulo State. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018;(71):2131-2138.
25- Silva C, Souza D, Pedreira L, Santos M, Fautstino T. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2017;(18)2597-2604.
26- França V, Modena C, Confalonieri U. A multiprofessional perspective on the principal barriers to universal health coverage and universal access to health in extremely poor territories. Revista Latina de Enfermagem. 2016;(24):1-9.
27- Goulart B, Parreira B, Noce L, Henriques S, Simões A; Chaves L. Relacionamento interpessoal: identificação de comportamentos para trabalho em equipe em unidade coronariana. Revista Mineira de Enfermagem. 2019;(23)1-9.
28- Onocko-Campos R, Emerich B, Ricci E. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. Revista Interface. 2019;(23)1-13.

A importância de uma saúde multidisciplinar para o tratamento de distúrbios mentais nos estudantes e profissionais da saúde durante a pandemia pela COVID-19

Gustavo Fonseca de Albuquerque Souza
Gabriella de Almeida Figueredo Praciano
Mariana Bezerra de Gusmão Medeiros
Henrique Guimarães Barbosa Coelho
Alex Sandro Rolland Souza

Resumo

Introdução: depressão caracteriza-se por sentimento de tristeza e/ou perda de interesse pelas atividades cotidianas, sendo estudantes e profissionais de saúde um grupo de risco. **Objetivo**: determinar a prevalência e fatores associados à depressão grave/extrema em estudantes e profissionais de saúde durante o período de distanciamento social. **Metodologia**: realizado estudo de corte transversal entre abril-maio/2020, por meio de um questionário da plataforma Google forms, divulgado pelas mídias sociais. Incluíram-se brasileiros e estudantes ou profissionais de saúde e excluíram-se < 18 anos ou que preencheram de forma inadequada o questionário. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, hábitos de vida, questões sobre a COVID-19 e aplicação da Escala de estresse, ansiedade e depressão (DASS-21). Foi aprovado pelo Comitê de Ética com n° de parecer: 3998875. **Resultados**: a prevalência de depressão grave/extrema foi de 19,1% dos 1.737 participantes. Identificou-se associação de risco com a idade, religião, presença de companheiro, renda mensal, filhos, antecedentes de ansiedade e depressão, trabalho ou estudo remoto, práticas de lazer, uso da internet, medicação para dormir e isolamento social. Enquanto que morar na região nordeste foi fator de proteção. **Conclusão**: com a alta prevalência de depressão nos estudantes e profissionais de saúde, torna-se necessário a criação de estratégias de acompanhamento multidisciplinar.

Palavras-chave: COVID-19; Grupos em risco; Sintomas depressivos.

Introdução

O status de saúde inclui, além da ausência de enfermidades, o bem-estar físico, mental, social e uma boa qualidade de vida[1]. A necessidade do trabalho multidisciplinar é antiga e necessária no campo da atenção à saúde e, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, essa abordagem tem sido estabelecida como aparato adicional para alcançar o bem-estar geral do paciente e atender à complexidade do processo de adoecer humano[2]. Entretanto, essa proposta inclusiva enfrenta desafios para sua completa adesão, principalmente quando direcionada para o cuidado de profissionais de saúde, grupo que reluta em procurar ajuda[3].

Dentre os âmbitos acadêmicos e profissionais, a área da saúde é a parcela mais vulnerável à desestruturação da qualidade de vida[1], devido a fatores estressantes desde o início da vida acadêmica, escasso tempo para lazer, insatisfação com o ambiente e condições de trabalho, e número excessivo de pacientes[4]. Estudos relatam que condições de sobrecarga física, emocional e baixa qualidade de vida associadas à uma rotina de queixas, predispõem ao absenteísmo, suicídio, uso de fármacos controlados e alterações psíquicas, impactos que reduzem a qualidade da assistência prestada aos pacientes[5,6].

Diante dos altos índices de exaustão emocional, sugere-se que os problemas mentais de profissionais e universitários de saúde tenham caráter global[7]. Dentre esses distúrbios, a depressão, caracterizada por sentimento de tristeza e/ou perda de interesse pelas atividades cotidianas[8], tem acentuada prevalência nesses indivíduos, tendo em vista o ambiente com elevadas expectativas, pressão social e significativos índices de síndrome de Burnout que estão inseridos[9].

O enfrentamento de fatores de risco ocupacionais e individuais relacionado à dificuldade de reconhecimento do seu quadro de saúde e a escassa procura de ajuda, torna-se particular e complexa a situação dos estudantes e profissionais da saúde quando são os pacientes[3]. Frente a isso, o estabelecimento

de serviços de saúde especializados e inclusivos para essa população são fundamentais para a realização de diagnóstico e tratamento rápidos, eficazes e conscientizadores, uma vez que a desestabilização mental desse grupo representa um risco à segurança dos pacientes e do sistema de saúde[3].

Durante o surto de uma nova doença infecciosa, como a da COVID-19, o nível de psicopatologias nesses profissionais e universitários tende a aumentar, devido a instalação de medidas restritivas, ausência de equipamentos de proteção individual, maior sobrecarga de trabalho e, consequentemente, redução de apoio multidisciplinar[10]. Diante desse cenário estressor e atrelado às dificuldades em integrar esse grupo no âmbito de cuidados da saúde, o presente trabalhou buscou identificar o impacto da pandemia sobre a saúde mental dessa população, além de analisar a presença de sinais e sintomas depressão grave/extrema e suas variáveis associadas, a fim de direcionar condutas multidisciplinares.

Métodos

Desenho do estudo e Características dos participantes

Foi realizado um estudo de corte transversal e prospectivo durante o período de abril e maio de 2020. Os participantes elegíveis para o estudo eram brasileiros, naturais ou naturalizados, residentes do Brasil e estudantes ou profissionais da área de saúde. Foram excluídos os participantes menores de 18 anos e que não responderam de forma adequada ao questionário.

Variáveis e Procedimentos

Foi utilizado um questionário *online*, desenvolvido especificamente para a pesquisa, por meio da plataforma *Google Forms*, o qual foi divulgado pelas mídias sociais. Foram utilizadas variáveis sociodemográficas, socioeconômica, hábitos de vida, questões sobre a COVID-19 e aplicação da Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão (DASS-21). O questionário foi desenvolvido contendo perguntas de fácil entendimento e respostas objetivas. As variáveis selecionadas foram baseadas em estudos chineses realizados, também, durante a pandemia da SARS-CoV 2[11,12].

As variáveis independentes pesquisadas foram as biológicas, como idade e sexo e as sociodemográficas, como cor/raça, escolaridade, estado civil, etnia, localização regional, número de pessoas e número de cômodos que possui a residência, número de filhos e a religião. Além disso, foram questionados sobre atividades realizadas pelos participantes, como forma de lazer, prática de exercícios físicos e uso da internet, antes e durante a fase do distanciamento social. Com relação aos antecedentes, foram pesquisados a presença de ansiedade e depressão, doenças crônicas (doenças cardiovasculares, doenças pulmonares e diabetes) uso de drogas ilícitas, tabagismo, etilismo e uso de medicamentos para dormir. A respeito das atividades trabalhistas abordou-se sobre a prática de atividades remotas, situação trabalhista e renda mensal antes e durante o distanciamento social.

Foram, ainda, pesquisadas sobre as medidas adotadas para diminuir a propagação do SARS-CoV-2, como necessidade de quarentena, estar em distanciamento ou isolamento social. Também foi abordado a respeito dos participantes e a doença, se possuem história de contato com alguém suspeito ou confirmado, se apresentavam sintomas e se realizaram teste laboratorial para a COVID-19.

Para avaliação da presença de sinais e/ou sintomas de depressão, variável dependente, utilizou-se a escala de estresse, ansiedade e depressão (DASS-21), de modo que os participantes indicam o grau em que experimentam cada um dos sintomas descritos nos itens durante a última semana (semana anterior). Trata-se de em uma escala do tipo Likert com quatro pontuações, que variam entre zero (não se aplicou nada em mim), um (aplicou-se a mim algumas vezes), dois (aplicou-se a mim muitas vezes) e três (aplicou-se muito a mim a maior parte das vezes). As pontuações para depressão, ansiedade e estresse são definidas pela soma dos escores, sendo sete para cada um dos transtornos, dos 21 itens totalizados[13].

A subescala de depressão é composta pelas questões 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18, sendo classificada, a partir da pontuação, em normal (zero-14), sinais e sintomas leves (15-18), moderados (19-25), graves (26-33) e extremos (>33)[13].

Considerações Éticas

Os autores afirmam que o estudo teve início apenas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) com número de parecer de 3.998.875 de 24 de abril de 2020 e CAAE: 30623020.1.0000.5206. Todos os participantes incluídos no estudo concordaram em participar do estudo assinando virtualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Análise de dados

A análise estatística foi realizada pelo software Epi-info 7.2.4.0 (*Centers for Disease Control and Prevention* – CDC, Atlanta, DC). Para análise univariada, a associação entre as variáveis dependentes e independentes, foi utilizado os testes de chi-quadrado e exato de Fisher, quando pertinentes. Para se determinar a força da associação foram calculadas a razão de prevalência (RP) e seu intervalo de confiança a 95% (IC 95%). Além disso, realizou-se a análise multivariada, com o modelo inicial sendo composto pelas variáveis explanatórias que apresentaram valor $p < 0,20$ na análise univariada e, permanecendo no modelo final as variáveis com nível de significância menor que 0,05, sendo calculada a razão de odds (OR) inicial e ajustado, além de seu IC 95%.

Resultados

Foram recebidas 1.800 respostas, dentre as quais 50 foram excluídas por possuírem < 18 anos e 13 por preenchimento inadequado do questionário, restando, portanto, 1.737 participantes que foram incluídos no presente estudo.

Em relação a prevalência de depressão observou-se que 866 (49,9%) não possuíam sinais e/ou sintomas, 212 (12,2%) sintomatologia leve, 326 (18,8%) moderada, 126 (7,2%) grave e 207 (11,9%) extrema (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de depressão em estudantes e profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19.

Variável	Normal		Leve		Moderada		Grave		Extrema	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depressão	866	49,9	212	12,2	326	18,8	126	7,2	207	11,9

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para análise univariada foi identificada uma associação de risco para as variáveis idade ≤ 44 anos (RP 4,2; IC95 % 2.64-6.81; p=0.0001); não possuir companheiros (RP 2,5; IC95 % 1.97-3.28; p=0.0001); não possuir religião (RP 1,8; IC95 % 1.44-2.15; p<0.0001); ter tido redução da renda mensal durante a pandemia (RP 1,3; IC95 % 1.04-1.53; p=0.01); ausência de filhos (RP 3,0; IC95 % 2.28-4.02; p<0.0001); morar sozinho (RP 1,4; IC95 % 1.06-1.96; p=0.02); antecedentes de ansiedade e depressão (RP 2,9; IC95 % 2.36-3.46; p<0.0001); diminuir ou não realizar trabalho ou estudo remoto (RP 1,8; IC95 % 1.50-2.22; p<0.0001); iniciar, manter ou aumentar uso de cigarro (RP 2,3; IC95 % 1.62-3.26; p<0.0001); diminuir ou não praticar exercícios físicos (RP 1,3; IC95 % 1.08-1.66; p<0.0001); diminuir ou não realizar práticas de lazer (RP 1,7; IC95 % 1.33-2.23; p<0.0001); diminuir ou não fazer uso da internet (RP 2,8; IC95 % 2.00-3.87; p<0.0001); iniciar, manter ou aumentar uso de medicação para dormir (RP 2,8; IC95 % 2.29-3.35; p<0.0001); iniciar, manter ou aumentar o uso de drogas ilícitas (RP 2,0; IC95 % 1.40-2.80; p=0.0004); estar ou já ter vivenciado o distanciamento social (RP 1,4; IC95 % 1.03-1.95; p=0.02); quarentena (RP 1,3; IC95 % 1.00-1.60; p=0.05) e isolamento social (RP 1,3; IC95 % 1.01-1.67; p=0.03).

Observou-se que história de contato com alguém suspeita para a COVID-19 (RP 0,8; IC95 % 0.61-0.94; p=0.01) e morar na região nordeste do Brasil (RP 0,6; IC95 % 0.50-0.78; p<0.0001) foram fatores de proteção para a depressão. Enquanto que, o sexo feminino (RP 1,2; IC95 % 0.90-1.54; p=0.21); ser branco (RP 1,2; IC95 % 0.84-1.25; p=0.79); possuir 1-3 cômodos na residência (RP 1,2; IC95 % 0.84-1.57; p=0.37); possuir

doenças crônicas (RP 1,0; IC95 % 0.79-1.19; p=0.78); ter realizado teste para a COVID-19 (RP 0,8; IC95 % 0.52-1.12; p=0.16); possuir sintomas para a COVID-19 (RP 1,2; IC95 % 0.92-1.66; p=0.15) e iniciar, manter ou aumentar uso de bebidas alcoólicas (RP 1,0; IC95 % 0.83-1.22; p=0.91) não obtiveram significância estatística com depressão grave/extrema.

Para a análise multivariada foram excluídas as variáveis sexo, etnia, doenças crônicas, quantidade de cômodos na residência e uso de bebidas alcoólicas. Permaneceram associadas ao risco de depressão grave/extrema, no modelo final, idade ≤ 44 anos (OR 2,9; IC95 % 1.58-5.16; p=0.0005); não possuir religião (OR 1,5; IC95 % 1.10-2.03; p=0.008); não possuir companheiro (OR 1,6; IC95 % 1.08-2.45; p=0.01); redução da renda mensal durante a pandemia (OR 1,4; IC95 % 1.05-1.81; p=0.01); ausência de filhos (OR 1,9; IC95 % 1.20-3.01; p=0.005); antecedentes de ansiedade e depressão (OR 2,0; IC95 % 1.46-2.76; p<0.0001); diminuir ou não realizar trabalho ou estudo remoto (OR 2,1; IC95 % 1.52-2.75; p<0.0001); diminuir ou não realizar práticas de lazer (OR 2,3; IC95 % 1.46-3.47; p=0.0002); diminuir ou não fazer uso da internet (OR 3,4; IC95 % 1.56-7.27; p=0.001); iniciar, manter ou aumentar uso de medicação para dormir (OR 2,9; IC95 % 2.13-4.06; p<0.0001) e estar ou já ter vivenciado o isolamento social (OR 1,7; IC95 % 1.20-2.53; p=0.003). Enquanto que morar na região nordeste (OR 0,6; IC95 % 0.39-0.78; p=0.0008) foi protetivo para depressão grave/extrema (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis associadas à depressão grave/extrema, após análise multivariada, em estudantes e profissionais da área da saúde durante o período de distanciamento social.

	Modelo inicial			Modelo final		
Variável	**OR**	**IC95%**	***p***	**OR**	**IC95%**	***p***
Idade						
≤ 44	2,9	1,61-5,32	0,0004	2,9	1,58-5,16	0,0005
>44	1,0			1,0		
Religião						
Não possuem	1,5	1,06-1,98	0,01	1,5	1,10-2,03	0,008
Possuem	1,0			1,0		
Não possuo companheiro						
Sim	1,6	1,06-2,43	0,02	1,6	1,08-2,45	0,01
Não	1,0			1,0		
Redução da Renda mensal						
Sim	1,4	1,05-1,82	0,02	1,4	1,05-1,81	0,01
Não	1,0			1,0		
Morar na região nordeste						
Sim	0,6	0,40-0,82	0,002	0,6	0,39-0,78	0,0008
Não	1,0			1,0		
Ausência de Filhos						
Sim	1,8	1,14-2,88	0,01	1,9	1,20-3,01	0,005
Não	1,0			1,0		
Antecedente de ansiedade e depressão						
Sim	2,0	1,43-2,72	<0,0001	2,0	1,46-2,76	<0,0001
Não	1,0			1,0		
Redução trabalho ou estudo remoto						
Diminuiu/não realiza	2,0	1,51-2,74	<0,0001	2,1	1,52-2,75	<0,0001
Iniciou/aumentou/manteve	1,0			1,0		
Uso de medicações para dormir						
Iniciou/aumentou/manteve	2,9	2,12-4,07	<0,0001	2,9	2,13-4,06	<0,0001
Diminuiu/não faz uso	1,0			1,0		
Práticas de lazer						
Diminuiu/não pratica	2,2	1,41-3,42	0,0005	2,3	1,46-3,47	0,0002
Iniciou/aumentou/manteve	1,0			1,0		
Uso da internet						
Diminuiu/não pratica	3,2	1,49-6,93	0,002	3,4	1,56-7,27	0,001
Iniciou/aumentou/manteve	1,0			1,0		

Isolamento social						
Sim	1,7	1,12-2,63	0,01	1,7	1,20-2,53	0,003
Não	1,0			1,0		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Discussão

O nosso estudo evidenciou elevada prevalência de depressão grave/extrema em estudantes e profissionais da área da saúde durante o período de distanciamento social devido a pandemia pela COVID-19. Porém, autores sugeriram que ainda são limitados estudos nesse grupo de estudantes e profissionais, quando se aborda a saúde mental durante esse período[14].

Têm-se observado taxas alarmantes de estudantes universitários com ansiedade e depressão nesse período, provavelmente decorrente da mudança para a educação a distância, além de inseguranças sobre o futuro acadêmico. O que também se observa com os profissionais de saúde, os quais, por estarem na linha de frente no combate à COVID-19, estão sujeitos à desafios, como o esgotamento de equipamentos, incertezas sobre as formas de tratamento e vivência diária de casos que resultam em morbimortalidade, situações estas que intensificam a percepção do perigo individual e desencadeiam transtornos mentais[14,15].

O presente estudo evidenciou que, dentre os indivíduos com sintomatologia depressiva, prevaleceu o grau moderado, seguido do leve. Assim como o nosso resultado, um recente estudo realizado na Jordânia com 4.126 pessoas, mostrou prevalência de sintomas leve a moderado de depressão em profissionais de saúde e estudantes universitários superior a grave e extrema[14]. Porém, deve-se salientar o significativo número de sintomatologia extrema quando comparado à grave, o que difere de pesquisas prévias[16]. Diante dessa gravidade, é necessária atenção especial e cuidados multiprofissionais específicos direcionados a estes grupos analisados.

Sabe-se que o envelhecimento está associado ao aumento da reatividade fisiológica ao estresse e da vulnerabilidade emocional, porém o avançar da idade proporciona habilidades de auto-regulação emocional e psicossocial, assim, os adultos mais velhos reagem de forma mais adaptativa à eventos estressores do que os mais jovens[17]. Embora idade avançada tenha acentuado risco de complicações da COVID-19, ao compararmos dois grupos etários, obtivemos que os ≤ 44 anos foram mais suscetíveis a quadros depressivos grave/extremo em relação aos maiores de 44 anos, o que pode ser decorrente da menor capacidade de lidar e se adequar a contextos de crise, como sugerido em trabalhos anteriores[14,18]. Os autores acreditam, também, que o menor acompanhamento integral e multiprofissional procurado pelos grupos mais jovens culminam em maiores índices de transtornos psíquicos.

A literatura revela que sentimentos de pertença, bem-estar espiritual e autocompaixão são benéficos para manutenção da saúde mental[18]. Em concordância, verificamos que a ausência de religião foi fator de risco para clínica depressiva grave/extrema. Por outro lado, outros autores demonstram que pertencer, por si só, a uma organização religiosa, independente da presença de espiritualidade, não é um preditor confiável de benefícios relacionados à saúde[19]. Destaca-se que, em nosso estudo, a espiritualidade não foi avaliada, sendo um fator limitante. Esse dado sugere que o acompanhamento com um profissional religioso possa contribuir favoravelmente com a saúde mental desses indivíduos, mesmo que de forma remota.

A ausência de filho e de companheiro foram fatores de risco para níveis de gravidade da psicopatologia abordada. A ausência de uma rede familiar associada ao período de confinamento domiciliar e menor capacidade de socialização são condições que predispõem a solidão, a qual já tem associação estabelecida com ansiedade e depressão[18,20]. Essa solidão pode ainda ser mais agravada em pessoas que já estiveram ou estão em isolamento social, situação em que a ausência de conexões sociais é ainda maior, além de estarem sujeitas a comportamentos discriminatórios, visto que a estigmatização frente ao diagnóstico de uma nova doença infecciosa é bastante comum, o que acentua o impacto na saúde mental desses pacientes[21,22]. Atendendo às expectativas, este estudo revelou que o isolamento social causa instabilidade no bem-estar mental, sendo de risco para depressão grave/extrema. Como forma de amenizar esses efeitos, estudos têm incentivado manutenção de contato frequente com família e amigos, seja por telefonemas ou meio digital, bem como prosseguir ou iniciar terapia com psicólogo ou psiquiátrica, de forma remota ou presencial[23].

A pandemia impacta enormemente na economia mundial, aumentando a pressão psicológica da população frente a perda ou reajustes na renda mensal[24]. Um estudo observou que fatores estressores relacionados a COVID-19, o que incluiu a instabilidade econômica, estavam associados positivamente à transtorno emocional em universitários de medicina chineses[25]. O presente estudo sugeriu que os estudantes e profissionais de saúde que sofreram redução na renda mensal foram mais favoráveis à sentimentos depressivos, uma vez que durante contextos de crise, o aumento na taxa de desemprego tem correlação com os índices de depressão[26]. Profissionais da área poderiam ajudar no aconselhamento familiar sobre finanças e até relocação, adequando-se aos novos tempos.

Apesar de poucos estudos observacionais explorarem o impacto psicológico da pandemia da COVID-19 nos pacientes com distúrbios mentais prévios, sabe-se que esse grupo tem menor expectativa de vida e piores resultados de saúde física do que a população geral[27]. Dessa forma, pesquisas evidenciam que as respostas emocionais, decorrentes do cenário pandêmico, ocorrem com maior intensidade nesses indivíduos, predispondo recaídas ou agravamento de psicopatologias pré-existentes[28], conforme observado em nosso estudo. Tendo em vista os riscos existentes, torna-se imprescindível que esse grupo receba maior acompanhamento em relação à sua saúde, principalmente a mental por psicólogos e/ou psiquiatras.

Estudo chinês realizado durante a pandemia evidenciou associação entre ansiedade, estudantes de medicina e o local onde residiam[25]. Em concordância com a literatura, nosso estudo observou relação de proteção entre morar na região nordeste do Brasil e possuir depressão grave/extrema. Sabe-se que a maioria dos participantes deste estudo eram da região nordeste, principalmente do estado de Pernambuco, que foi o primeiro estado a desenvolver uma política de testagem para a COVID-19 entre os profissionais de saúde sintomáticos[29]. Testes laboratoriais estes que podem diminuir os medos e angústias frente ao desconhecido, tornando-se protetor para transtornos psiquiátricos[30]. Somado a isso, a região sudeste, segunda maior prevalência de participantes no estudo, principalmente o estado de São Paulo, por ser o epicentro da pandemia, era o estado com maior número de mortes entre os profissionais da saúde infectados pela COVID-19[29], culminando, portanto, em maiores níveis de depressão. Diante dos resultados obtidos, urge a necessidade da realização de novos estudos comparando as abordagens multidisciplinares entre as regiões do Brasil, uma vez que isso influencia nos diferentes índices de transtornos mentais.

Em nosso estudo, identificou-se risco significativo para desenvolvimento de sintomas depressivos em pessoas que tiveram sua dinâmica de estudo ou trabalho alterada, seja na implementação de estudo remoto ou diminuição da carga de trabalho. O achado reforça os dados da literatura que trazem a preocupação com o atraso nos estudos como um dos fatores que influenciam positivamente no surgimento de sintomas relacionados a transtornos mentais[31]. Além disso, identificou-se que os indivíduos que interromperam, por completo, o trabalho, parece possuir maiores níveis de estresse do que os que mantiveram alguma carga, mesmo que remota[32]. Pode-se dizer que, a falta de acompanhamento médico desses estudantes e profissionais de saúde, principalmente durante a pandemia, foi um fator contribuinte para o agravamento dos distúrbios psiquiátricos, sendo sugerido, portanto, a utilização de serviços psicológicos realizados por meio de tecnologias da informação e da comunicação, incluindo Internet, telefone e, até, cartas[11].

Estudo anterior descreveu que, durante a pandemia, um quinto dos indivíduos apresentaram distúrbios do sono, sendo os profissionais de saúde os mais acometidos[33]. Destaca-se que a baixa qualidade do sono está relacionada ao desenvolvimento de sintomas depressivos tanto antes quanto durante a pandemia[34,35], estando em concordância com nosso trabalho, o qual evidenciou que o início, aumento ou manutenção do uso drogas para melhoria da qualidade do sono foi fator de risco para depressão grave/extrema.

A relação entre o uso da internet e depressão já está consolidada na literatura, de modo que pesquisadores demonstraram que a adição ao uso da internet estava intimamente ligada à presença de sintomas depressivos em adolescentes[36]. Da mesma forma que, durante a pandemia a internet tornou-se a principal fonte de informações, a falta de conhecimento sobre a COVID-19 e seus impactos foi um importante fator para desencadear ansiedade[33, 37]. Porém, o nosso estudo observou que o não uso, ou diminuição do tempo de uso da internet pelos estudantes e profissionais de saúde representou um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos, provavelmente por que foi questionado sobre o uso da internet para atividades de lazer e comunicação e não como fonte de informações ou trabalho.

Dentre as estratégias de prevenção da depressão, a realização de atividades de lazer ou exercícios físicos surgem como as principais[38]. Autores mostraram que o lazer foi protetor para depressão em indivíduos desempregados ou cuidadores do lar[39] e, de forma semelhante, o nosso estudo evidenciou que a diminuição ou não realização das atividades de lazer, nos profissionais e estudantes da saúde, atuou como risco para sintomas depressivos graves/extremas. Dessa forma, as práticas de lazer também atuam na prevenção de enfermidades, sendo de fundamental importância sua inclusão nas condutas e orientações de saúde. Isso sugere que outros profissionais sejam envolvidos nesse processo de prevenção da depressão, se adequando aos novos tempos, como terapeutas ocupacionais, educadores físicos, até mesmo empresas de festas ou artistas, os quais vem promovendo shows interativos online.

Conclusão

A saúde mental da população em geral tornou-se amplamente abordada durante a pandemia da COVID-19. Como diferencial, o presente estudo buscou analisar a associação de sinais e sintomas depressivos entre os profissionais e estudantes da área da saúde, grupo que habitualmente já possui um maior risco para distúrbios mentais e infecção pela COVID-19. Além da identificação de uma alta prevalência de depressão grave/extrema na amostra analisada, detectou-se que histórico de ansiedade e/ou depressão, não realização ou redução do trabalho ou estudo remoto e o uso de medicações para dormir foram as variáveis mais associadas à psicopatologia abordada.

A partir destes resultados e apesar da complexidade do sistema público de saúde brasileiro, é necessário minimizar os impactos sobre a saúde mental, principalmente durante a pandemia, a partir de estratégias que integrem as diversas áreas da saúde. Os autores sugerem o oferecimento de acompanhamentos individualizados com psicólogos e psiquiatras para portadores de transtornos mentais prévios, suporte adequado aos que residem em áreas com elevados índices de casos e mortes para a COVID-19, bem como o incentivo ao lazer e exercícios físicos por profissionais da área, mesmo que este último não tenha sido mostrado significativo no estudo. Ademais, as orientações sobre a sintomatologia psicológica e estratégias de enfrentamento desses profissionais devem ser desenvolvidas ao decorrer da vida acadêmica, para que diante a contextos emergenciais, como a do SARS-CoV-2, esse grupo adquira maior capacidade lidar com essas situações.

Diante do exposto acima, evidencia-se a importância do estabelecimento de uma saúde multidisciplinar desde os leigos aos mais experientes no assunto. Salienta-se, ainda, que apesar da ênfase na saúde mental durante o período, ainda carecem estudos que reforcem a influência das variáveis encontradas no grupo analisado, assim como há escassez de trabalhos que estabeleçam estratégias efetivas de combate ao desenvolvimento da depressão em estudantes e profissionais de saúde durante a pandemia e sua relação com estratégias integradas.

Referências

1. Liang Y, Wang H, Tao X. Quality of life of young clinical doctors in public hospitals in China's developed cities as measured by the Nottingham Health Profile (NHP). Int J Equity Health. 2015; 14: 85.
2. Tavares CMM. Interdisciplinarity as requisite for the formation of the psychiatric nurse in the perspective of psycho-social care. Texto Contexto Enferm. 2005; 14(3): 403-410.
3. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed. J Ment Health. 2011; 20(2):146-156.
4. Azevedo WF, Mathias LADST. Work addiction and quality of life: a study with physicians. Einstein. 2017; 15(2): 130-135.
5. Andrade KO, Andrade PO, Leite LF. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. Rev Cientifica do ITPAC. 2015; 8(1): 1–5.
6. Rossetto M, Skawinski L, Coelho A, Rossetto Júnior J, Bolla K. Avaliação das características psicológicas dos estudantes de medicina por meio do método de Rorschach. Psikhe. 2000; 5(2): 41-51.
7. Cremasco GS, Baptista MN. Depressão, motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. Estudos Interdisciplinares em Psicologia. 2017; 8(1): 22-37.

8. Cohen EB, Costa ARL, Ambiel RAM. Relação entre Sintomas Depressivos e Esperança Cognitiva em Universitários. Rev. Psicol. 2019; 11(2): 3-14.
9. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. J Affect Disord. 2007; 104 (1-3): 103-110.
10. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. medRxiv. 2020; doi: 10.1101/2020.03.03.20030874.
11. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(5): 1729.
12. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. Brain Behav Immun. 2020; 87: 40-48.
13. Vignola RC, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. J Affect Disord. 2014; 155: 104-109.
14. Naser AY, Dahmash EZ, Al-Rousan R, Alwafi H, Alrawashdeh HM, Ghoul I et al. Mental health status of the general population, healthcare professionals, and university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: A cross-sectional study. Brain Behav. 2020; 10(8): e01730.
15. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. J Med Virol. 2020; 92(4): 441-447.
16. Cheung T, Yip PS. Lifestyle and Depression among Hong Kong Nurses. Int J Environ Res Public Health. 2016; 13(1): 135.
17. Schilling OK, Diehl M. Psychological vulnerability to daily stressors in old age: Results of short-term longitudinal studies. Z Gerontol Geriatr. 2015; 48(6): 517-523.
18. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. Brain Behav Immun. 2020; 87: 172-176.
19. Saiz, J, Pung MA, Wilson KL, Pruitt C, Rutledge T, Redwine L et al. Is Belonging to a Religious Organization Enough? Differences in Religious Affiliation Versus Self-Ratings of Spirituality on Behavioral and Psychological Variables in Individuals with Heart Failure. Healthcare. 2020; 8(2): 129.
20. Ausín B, Muñoz M, Castellanos MA. Loneliness, Sociodemographic and Mental Health Variables in Spanish Adults over 65 Years Old. Span J Psychol. 2017; 11(20): E46.
21. Smith BJ, Lim MH. How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. Public Health Res Pract. 2020; 30(2): e3022008.
22. Desclaux A, Badji D, Ndione AG, Sow K. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. Soc Sci Med. 2017; 178: 38-45.
23. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. The Lancet. 2020; 7(4): 15-16.
24. Kernan WD. Health-related impediments to learning among dental and oral surgery students. J Prev Interv Community. 2019; 47(1): 32-44.
25. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J et al. O impacto psicológico da epidemia COVID-19 em estudantes universitários na China. Psiquiatria Res. 2020; 287: 112934.
26. Choudhry M, Enrico M, Marcello S. Youth unemployment rate and impact of financial crises. International Journal of Manpower. 2012; 33: 76–95.
27. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. QJM. 2020; 113: 311-312.
28. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry. 2020; 7(4): e21.
29. Pessa VE, Cruz Vaz CDL, Luz LS, Silva Pereira MF, Lazzerini M. COVID-19 among health workers in Brazil: The silent wave. J Glob Health. 2020; 10(1): 010379.
30. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. Int J Ment Health Addict. 2020; 44: 1-21.

31. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong JZ et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res. 2020; 287: 1129-1134.
32. Zhang SX, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. Psychiatry Res. 2020; 288:112958.
33. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Res. 2020; 288:112954.
34. Wang S, Xie L, Xu Y, Yu S, Yao B, Xiang D. Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. Occup Med (Lond). 2020; 70(5): 364-369.
35. Nutt D, Wilson S, Paterson L. Sleep disorders as core symptoms of depression. Dialogues Clin Neurosci. 2008; 10(3): 329-336.
36. Goodman WK, Geiger AM, Wolf JM. Leisure activities are linked to mental health benefits by providing time structure: comparing employed, unemployed and homemakers. J Epidemiol Community Health. 2017; 71(1): 4-11.
37. Ha JH, Kim SY, Bae SC, Bae S, Kim H, Sim M et al. Depression and Internet addiction in adolescents. Psychopathology. 2007; 40(6): 424-430.
38. Harvey SB, Øverland S, Hatch SL, Wessely S, Mykletun A, Hotopf M. Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. Am J Psychiatry. 2018; 175: 28-36.
39. Cuan-Baltazar JY, Muñoz-Perez MJ, Robledo-Vega C, Pérez-Zepeda MF, Soto-Vega E. Misinformation of COVID-19 on the Internet: Infodemiology Study. JMIR Public Health Surveill. 2020; 6(2):e18444.

Implicações na saúde mental e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar em tempos de pandemia

Arely Guerra Mesa
Ana Clara Vieira Ferreira
Ana Luiza Machado Costa
Luana Miranda Santos
Mariana Zinato Cária

Resumo

Introdução. O Coronavírus, responsável pela atual pandemia, desenvolve uma síndrome respiratória grave, de alta transmissibilidade e elevada mortalidade, de prognóstico imprevisível[3]. Foram criadas medidas de prevenção para frear a sua disseminação, sendo uma delas o isolamento social[2], que, apesar da sua necessidade, contribuiu para o agravamento e surgimento de psicoses na população geral[5]. Com isso, uma intervenção multidisciplinar, para conter os agravos de doenças, é primordial[6]. **Objetivo**. Demonstrar a importância da multidisciplinaridade na redução dos impactos à saúde física e mental, decorrentes da pandemia do Coronavírus. **Métodos.** Revisão sistemática da literatura baseada em artigos da Scielo e Pubmed e na análise de revistas, como Lancet. Informações complementares foram obtidas da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina, e da Fiocruz. **Resultados e Discussão.** As restrições impostas pelo distanciamento populacional impactaram diversos segmentos da sociedade, nos âmbitos econômico, social e na saúde mental. A sua imprevisibilidade resultou em aumento dos índices de doenças mentais, que, diferentemente da pandemia, não serão passageiros[9]. **Conclusão.** Diante da crise sanitária vivenciada, é importante uma intervenção multidisciplinar eficaz, com o intuito de minimizar os riscos à saúde mental e proporcionar uma melhor qualidade de vida à população.
Palavras-chave: COVID-19, pandemia, saúde mental, coronavírus e multidisciplinaridade.

Introdução

O Coronavírus, responsável pela nova pandemia, teve seu primeiro paciente internado e diagnosticado no dia 12 de dezembro de 2019, em Wuhan, na China, quando começaram as primeiras investigações da doença. Em 25 de janeiro de 2020, mais de 1.500 casos já haviam sido relatados na sociedade chinesa, desde esse primeiro paciente[1]. Foi nomeado em 12 de Janeiro de 2020, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como o novo Coronavírus (2019-nCoV). No Brasil, a transmissão comunitária foi detectada e comprovada em março de 2020[2].

O 2019-nCoV é um vírus de RNA metagenômico, de uma nova cepa da família de vírus *Coronaviridae*, designada de Coronavírus "WH-Human 1". Em uma análise filogenética realizada do genoma viral, descobriu-se que o vírus era relacionado a um grupo de Coronavírus tipo SARS[1]. É caracterizado pela capacidade de desenvolver uma síndrome respiratória grave, de alta transmissibilidade e elevada mortalidade, sendo então de prognóstico imprevisível. Sua transmissibilidade se dá por fômites e por gotículas disseminadas por aerossóis, devido ao contato interpessoal próximo (inferior a 2 metros) por tempo prolongado[3].

Entre seus principais sintomas encontram-se: febre (como sintoma típico), fadiga, tosse seca, dispneia, coriza com ou sem congestão nasal, ou outros sintomas respiratórios superiores. Ainda, pacientes com maior gravidade podem apresentar, no exame físico, estertores e sons respiratórios reduzidos à ausculta pulmonar. Os achados em exame de imagem variam com a idade do paciente, status de imunidade, estágio da doença no momento do exame, comorbidades e intervenções medicamentosas realizadas até o momento[4]. A idade média de contágio da doença está entre 49 e 56 anos, sendo que na população com idade inferior a 20 anos é rara a manifestação de sintomas, sendo predominantemente assintomáticos. O desenvolvimento de quadros mais graves acentua-se com a idade, sendo a idade média dos óbitos de 79 anos[3]. Dentre os fatores de risco conhecidos para a apresentação grave dos sintomas, pode-se destacar a presença de comorbidades

cardiovasculares, como a hipertensão; patologias pulmonares (principalmente doenças crônicas); diabetes e idade avançada (superior a 60 anos)[3].

Com as descobertas de diversos estudos, foram então adotadas medidas de prevenção para frear a disseminação do novo vírus, até que os sistemas de saúde das cidades fossem capazes de comportar o número alto de pacientes contaminados. Dentre essas medidas preventivas, o isolamento social foi uma das principais estratégias adotadas para atrasar essa transmissão rápida e desordenada[2].

Com o distanciamento populacional, surgiram e agravaram problemas de saúde não só da sociedade em geral, mas também dos profissionais da área da saúde, que tem que lidar abertamente todos os dias com o novo Coronavírus. Com o grande e extenso acesso a informações pelos veículos de comunicação e redes sociais, o medo do imprevisível e da rápida disseminação da doença tem causado uma conscientização universal, levando a aumento de quadros de ansiedade e de angústia, que segundo a OMS, são respostas naturais à uma condição de mudança brusca de rotina. Esses problemas psicológicos podem variar entre irritabilidade, medo de contrair e espalhar o vírus para pessoas próximas, raiva, confusão, frustação, solidão, ansiedade, depressão, insônia e até medidas extremas, como o suicídio[5].

Em meio a esse contexto, nota-se a necessidade de uma intervenção multidisciplinar, através, por exemplo, de ações conjuntas de profissionais de saúde, de psicólogos e da população geral, com o intuito de minimizar os riscos à saúde mental[6].

Objetivo

Este trabalho tem por objetivo demonstrar a importância das medidas multidisciplinares na redução dos impactos à saúde física e mental, decorrentes da pandemia do novo Coronavírus e das medidas preventivas extremas de isolamento social e *lockdown* adotadas em âmbito mundial.

Métodos

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, visando obter trabalhos recentes que demonstram os impactos da pandemia de COVID-19 na população mundial, e a operacionalização na área da saúde. A pesquisa bibliográfica foi baseada na utilização das bases de dados Scielo e Pubmed e na análise de revistas, como Lancet. Informações complementares foram obtidas de fontes da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Federal de Medicina (CFM), e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Foram revisados 43 estudos, sendo que, após a avaliação da qualidade, 16 foram excluídos, perfazendo um total de 27 referências. Além disso, dentre as palavras-chaves empregadas para a realização da pesquisa, tem-se “COVID-19”, “pandemia”, “saúde mental”, “coronavírus” e “multidisciplinaridade”.

Resultados e Discussão

A atual pandemia de Covid-19, por ter sido identificada primeiramente na cidade de Wuhan, na China, e posteriormente em países como Itália, Espanha e EUA, permitiu que alguns aspectos científicos já fossem de conhecimento mundial anteriormente à detecção da doença no Brasil. A comunidade científica é defensora da recomendação do isolamento social como mecanismo primordial para conter a velocidade de transmissão do coronavírus[7]. Desse modo, é imprescindível associar esse fator à realidade vivenciada na sociedade brasileira.

O Brasil dispõe de um Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado por uma rede de Atenção Primária à Saúde (APS), cujo principal objetivo é garantir um atendimento seguro e de qualidade, de acordo com as estratégias, recursos e necessidades da população. Dessa maneira, a APS deve ser considerada uma base importante para o enfrentamento de situações emergenciais como a crise sanitária vivenciada na atualidade. Baseado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS, nota-se que a busca pela abordagem do território ofertando acesso à todos, o vínculo entre o usuário do sistema e a equipe de saúde, o acompanhamento familiar, e a ênfase em pacientes mais necessitados, são algumas das estratégias que servem de base para o combate de doenças [8].

Com o cenário atual, é necessário planejamento em relação a serviços que devem ser priorizados; organização na definição de protocolos; adequação dos locais de recebimento dos pacientes; capacitação dos

profissionais de saúde para o atendimento e seguimento; além do fornecimento de equipamentos de proteção individual, de testes diagnósticos, de medicamentos necessários, e ampliação do número de leitos em enfermarias e em unidades de terapia intensiva[2]. Deve-se adotar ainda medidas de distanciamento social e considerar os possíveis impactos deste na sociedade. Isso deve ser alinhado com o Ministério da Saúde, buscando a melhor abordagem que fortaleça os cuidados prestados aos pacientes. A Vigilância e o Monitoramento são necessários para redução da morbimortalidade da doença e controle nacional.

As restrições impostas pelo isolamento populacional, decorrente da pandemia do novo coronavírus, impactaram diversos segmentos da sociedade, nos âmbitos econômico, social e inegavelmente, na saúde mental. A imprevisibilidade do novo cenário resultou em aumento dos índices de depressão, ansiedade, suicídio, alcoolismo, miséria e violência doméstica, que, diferentemente da pandemia, não serão tão passageiros[9]. A partir disso, nota-se a importância dos efeitos da multidisciplinaridade na atenção primária à saúde, quando colocada em prática no manejo daqueles que se viram afetados em algum aspecto pelo contexto atual.

As incertezas trazidas por essa crise sanitária em torno da segurança pública associadas à grande quantidade de informações expostas diariamente na mídia sobre o COVID-19, impactam diretamente na saúde mental da população como um todo, muitas vezes deflagrando ou agravando quadros de ansiedade e depressão. A quarentena e o distanciamento social trazido pelo isolamento geram consequências econômico-sociais danosas que também desencadeiam sentimentos como tristeza, preocupação, medo, desamparo, solidão, nervosismo, entre outros[10].

Apesar do acometimento de toda a sociedade, grupos populacionais específicos são mais propensos a desenvolverem sintomas psicológicos. Dentre eles, há os profissionais de saúde, principalmente os que trabalham na linha de frente, que são particularmente afetados devido à carga horária de trabalho exaustiva, ao aumento progressivo dos casos de COVID-19, à falta de equipamentos de proteção individual e de medicamentos específicos, e à pressão imposta pela sociedade e pela mídia[11]. Esse aspecto foi abordado em um estudo transversal realizado na China em março de 2020, em que, a partir da análise de 1257 profissionais, observou-se que 50,4% e 44,6% de todos os participantes relataram, respectivamente, sintomas de depressão e ansiedade[12]. Nota-se ainda que, devido à fadiga apresentada e ao estresse diário, com consequente desgaste físico e psíquico, esses trabalhadores são mais susceptíveis a evoluírem com Síndrome de *Burnout*[13]. Além disso, deve-se dar uma maior atenção aos pacientes que testaram positivo para a patologia em questão, cuja instabilidade psicológica associa-se, na maioria das vezes, à falta de contato com familiares e amigos durante o período de quarentena ou de internação, e ao medo de desenvolver alguma complicação da doença e piora do quadro[9].

O distanciamento social, o estresse econômico, o acesso diminuído ao apoio comunitário e religioso, e as barreiras ao tratamento em saúde mental, devido à necessidade de priorizar os atendimentos às vítimas do COVID-19, são fatores que impactaram diretamente na incidência de quadros depressivos e consequentemente, no aumento da taxa de suicídio, pois sabe-se que cerca de 90% dos indivíduos que cometem autoextermínio possuem psicoses preexistentes, como a depressão[10].

Acredita-se que o papel do isolamento nesse quadro, ocorreu porque as conexões sociais desempenham uma função importante na prevenção ao suicídio. Nota-se que os indivíduos que sofrem da ideação suicida se desconectam de suas relações pessoais à medida que o risco de concretização do ato se eleva e, indiretamente, a pandemia acelerou essa desconexão para alguns pacientes. Ademais, entes queridos, familiares e amigos permanecem isolados daqueles que se encontram hospitalizados, mesmo quando suas mortes são iminentes, contribuindo ainda mais no impacto geral da quarentena[14].

Ao abordar a economia particularmente, pesquisas existentes sugerem que a combinação da falência de empresas, demissão de funcionários, quedas no mercado de ações, entre outras situações trazidas pelo cenário atual, geraram um estresse econômico sustentado que pode estar associado a maiores taxas de autoextermínio[14].

Outra protagonista nas alterações do comportamento populacional em relação à saúde foi a bebida alcoólica, cuja ingestão exacerbou-se desde o início da pandemia, consumo este, creditado às mesmas causas

que geraram as alterações já citadas na população: isolamento social, incerteza sobre o futuro, dificuldades financeiras e angústia psicológica[15].

A fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) realizou, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), o Estudo Convid, uma pesquisa cuja finalidade foi verificar como o surto dessa doença afetou ou mudou a vida da população em geral. Os resultados dessa análise visavam contribuir para uma melhor compreensão do impacto da quarentena sobre a saúde dos brasileiros, para orientar as ações dirigidas e minimizar os efeitos adversos trazidos pelo isolamento social prolongado. Um dos tópicos abordados objetivava verificar as mudanças nos estilos de vida relacionados ao hábito de consumir bebidas alcoólicas. A pesquisa contou com uma amostra de 44.602 pessoas e ocorreu entre vinte e quatro de abril e oito de maio de 2020. Os resultados apontaram que 18% dos brasileiros estão bebendo mais desde o início da pandemia, sendo que o maior crescimento ocorreu na faixa etária dos 30 aos 39 anos. Também foi observado um aumento do consumo pelas pessoas que se sentiram mais deprimidas durante este período[16].

Outro estudo liderado pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), porém realizado em conjunto com grupos de pesquisadores de diversas faculdades brasileiras, objetivava acompanhar, na população, a evolução de sintomas psíquicos e comportamentais durante a atual crise sanitária. Em seus resultados, observou-se que 61% das pessoas em isolamento social ingeriram bebidas alcoólicas e 30% destas, tiveram exacerbação do consumo durante o período de surto do coronavírus[17].

Ambas as pesquisas supracitadas apontaram a associação dos problemas psíquicos como estresse, ansiedade e depressão com o aumento do uso de álcool ou substâncias ilícitas durante o período de distanciamento populacional.

As disparidades sociais preexistentes à pandemia estão sendo intensificadas pela desaceleração econômica e pela diminuição do poder aquisitivo da população em âmbito mundial[18,19]. Esse impacto torna-se mais evidente em países subdesenvolvidos, em que, grande parte da população de baixa renda habita regiões caracterizadas por más condições de moradia e pela precariedade dos sistemas de saneamento básico e de saúde, tornando-se, com isso, mais vulneráveis às consequências do COVID-19[19]. Diante do aumento dos índices de desemprego, e da incerteza financeira vivenciada principalmente por trabalhadores informais e por aqueles submetidos a condições instáveis de trabalho em empresas ou outras localidades, muitas famílias terão menor acesso a alimentos e, consequente, piora da qualidade nutricional e aumento dos casos de desnutrição[20]. Com o intuito de amenizar essas repercussões sociais, políticas públicas têm sido adotadas por diversos países, como no Brasil, em que se criou o "Auxílio Emergencial". É importante ressaltar que este, além de ser temporário, ainda é uma medida insuficiente perante às condições precárias vivenciadas por grande parte da população brasileira[19].

No que se refere à violência doméstica, observa-se, de acordo com uma pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), um aumento de 22,2% dos casos de feminicídio entre março e abril de 2020, em 12 estados do país[21]. Em meio a uma sociedade patriarcal, caracterizada pela possessividade masculina sobre a família, pela atribuição de tarefas domésticas à imagem feminina, e pela naturalização da violência cotidiana[22], as medidas de distanciamento social instituídas no momento atual, promoveram, com relação à segurança, uma maior vulnerabilidade das mulheres que convivem com parceiros violentos[23]. É válido ressaltar que essa agressão pode ser física, moral, psicológica, patrimonial e sexual[24]. Estudos demonstram que, no isolamento, com maior frequência, as mulheres são controladas e vigiadas em todos os momentos, sendo impedidas, até mesmo, de conversarem com parentes e amigos, dificultando, dessa forma, a prestação das queixas[22,23]. Além disso, segundo a ONU, no período da pandemia, houve, globalmente, a redução dos serviços de apoio às vítimas, devido ao fechamento de tribunais e de abrigos, e à limitação do acesso à justiça e aos setores de saúde reprodutiva, fatores esses que agravam ainda mais a situação[24].

Os esforços de prevenção contra o COVID-19, apesar de protegerem de forma eficaz grande parte da população mundial contra a afecção viral, trouxeram inúmeros resultados secundários negativos, tornando-se necessário uma abordagem multidisciplinar abrangente que direcione recursos à prevenção e ao tratamento das doenças mentais e vícios, e que intervenha de forma eficaz no combate à fome e à violência doméstica[14].

Nota-se a necessidade de oferecer atendimentos acessíveis e capacitados à população, além de fornecer, à equipe de profissionais, um local preparado de trabalho, equipamentos de proteção suficientes e adequados, e estrutura de organização e fluxos otimizados, priorizando a APS como uma das principais representantes da saúde na contenção de transmissão viral.

Tendo em vista as mudanças que estão sendo vivenciadas na prática médica no Brasil devido à pandemia de COVID-19, e tendo por fundamento o posicionamento da Organização Mundial da Saúde (OMS) que decretou estado de calamidade pública, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu o uso de ferramentas de telemedicina por profissionais médicos, excepcionalmente enquanto durar o combate ao contágio da doença[25]**.** Com isso, o Ministério da Saúde regulamentou essa prática, com o intuito de operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública[26]. Isso proporcionou, em caráter assistencial, a possibilidade de consultas, orientações, monitoramento, encaminhamento e acompanhamento de pacientes suspeitos ou confirmados com coronavírus, reduzindo o potencial de transmissão da doença por minimizar a busca por serviços de saúde físicos, além de oferecer informações por consultas virtuais a partir de plataforma, sendo disponíveis por exemplo, em alguns postos de saúde da Atenção Primária[27].

Observa-se que, consultas com psicólogos e/ou psiquiatras através de vídeo ou telefone, dariam o suporte necessário para amenizar quadros de ansiedade e depressão, e, da mesma forma, deve ser estimulado o contato com amigos e familiares através das redes sociais, reduzindo o impacto do distanciamento[14].

Deve ser oferecido apoio e sinalização àqueles que estejam exibindo comportamento pré-suicida, caracterizado pela expressão de sentimentos de desamparo ou falta de esperança, e por pensamentos sobre morte ou morrer[10]. Intervenções de contato por telefone ou cartas enviadas pelo correio, reduziram comprovadamente as taxas de suicídio em ensaios clínicos randomizados. Esse acompanhamento pode ser de grande valia como forma de prevenção, à distância, do autoextermínio[14].

Com os avanços tecnológicos, as videoconferências tornam-se mais frequentes, sendo extremamente úteis quando se deseja colocar em prática o fenômeno chamado “Efeito Reunir”. Neste, indivíduos submetidos à uma experiência compartilhada podem apoiar uns aos outros, criando vínculos e fortalecendo as conexões sociais[14].

Devem ser implementadas ações sociais do governo que promovam ajuda básica, através, por exemplo, do fornecimento de alimentos, itens de higiene pessoal e medicamentos, àqueles indivíduos sem poder aquisitivo e em situação de necessidade[10].

Por fim, quanto à violência doméstica, órgãos internacionais orientam sobre a necessidade da rede de proteção à mulher como serviço essencial durante a quarentena, com o intuito de impedir interrupções totais ou parciais de atendimento. As denúncias podem ser feitas anonimamente pelo disque 180, cuja divulgação deve ser ampliada. Ademais, as delegacias devem ser mantidas abertas 24 horas por dia para queixas e denúncias[23].

Conclusão

A atual crise sanitária decorrente do surto de coronavírus está exacerbando danos sociais, econômicos e humanos, como o impacto na saúde mental, que devem ser valorizados juntamente à assistência à saúde. A invisibilidade do vírus, o perigo iminente e constante de possível contágio, a incerteza das consequências no organismo, o isolamento e o bombardeio de informações expostas diariamente na mídia sobre a doença, são alguns aspectos que geram estresse na sociedade. Além disso, como a intensidade da doença difere de pessoa para pessoa, deve-se ter uma abordagem cuidadosa por profissionais capacitados.

Em síntese, uma intervenção multidisciplinar é primordial, incluindo a indústria, a mídia, a saúde e a assistência social. Esta medida, com o intuito de minimizar os riscos à saúde mental, pode ser feita por médicos generalistas ou psiquiatras, por psicólogos, por nutricionistas, por educadores físicos, e pela população geral influenciadora de veículos de comunicação e redes sociais, que, de alguma forma, levam a saúde para dentro das residências. Com um acompanhamento e um tratamento adequado é possível conter o desenvolvimento de agravos de doenças mentais e crônicas derivadas do surgimento do novo vírus[6].

Referências

1. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen WM, Wang W, Song ZG, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. Nature. 2020; 579: 265–269.
2. Coelho FC, Lana RM, Cruz OG, Codeco CT, Villela D, Bastos LS, et al. Assessing the potential impact of COVID-19 in Brazil: Mobility, Morbidity and the burden on the Health Care System. MedRxiv. 2020: 1-17.
3. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang j, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 new coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020; 323(11):1061-9.
4. Jin Y, Cai L, Cheng Z, Cheng H, Deng T, Fan YP, et al. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). Mil Med Res. 2020; 7(4): 1-23.
5. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterje S, Dubey MJ, Chatterje S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes Metab Syndr. 2020; 14(5): 779-88.
6. Holmes E, O'Conor R, Perry H, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health Science. Lancet Psychiatr. 2020; 7: 547–60.
7. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 72. 2020 April 1;1-13. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2
8. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciênc saúde coletiva. 2018; 23(6):1751-62.
9. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatr. 2020; 7(9):1-12.
10. Mamun MA, Griffithsc MD. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian J* Psychiatr. 2020; 51:102073.
11. Braquehais MD, Vargas-Cáceres S, Gómez-Durán E, Nieva G, Valero S, Casas M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. QJM: An Int J Med. 2020; 0(0):1-5.
12. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Net Open. 2020; 3(3):1-12.
13. Pereira MD, Torres EC, Pereira MD, Antunes PFS, Costa CFT. Sofrimento emocional dos Enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. Res Soc Dev. 2020; 9(8):1-21.
14. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm?. JAMA Psychiatr. 2020; 1-2.
15. Rehm J, Kilian C, Borges CA, Jernigan D, Monteiro M, Parry CDH, et al. Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. Drug and Alcohol Review. 2020; 39: 301-4.
16. Resultados da Convid - Pesquisa de Comportamentos. Fundação Oswaldo Cruz. 2020. Available from: https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=apresentacao_resultado.
17. Negretto BL, Kerber N, Zoratto G, Rodrigues L, Braun LE, Kochler J, et al. Monitoramento da evolução da sintomatologia pós-traumática, depressão e ansiedade durante a pandemia de covid-19 em brasileiros. Covidpsiq. 2020, June 6. Available from: https://www.covidpsiq.org/resultados
18. Calmon TVL. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. Rev NAU Social. 2020; 11 (20): 131-6.
19. Farias MN, Junior JDL. Vulnerabilidade social e covid-19: considerações a partir da terapia ocupacional social. Cad Bras Ter Ocup. 2020; 1-15.
20. Jaime PC. The Covid-19 pandemic: implications for food and nutrition (in)security. Ciênc saúde coletiva. 2020; 25 (7): 2504.
21. Bond L. Casos de feminicídio crescem 22% em 12 estados durante pandemia. Agência Brasil. 2020 June 1. Available from: https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-06/casos-de-feminicidio-crescem-22-em-12-estados-durante-pandemia.

22. Vieira PR, Garciall LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. Rev bras epidemiol. 2020; 23: E200033.
23. Sobem casos de violência doméstica e consumo de álcool na quarentena. Faculdade de Medicina UFMG. 2020 May 18. Available from: https://www.medicina.ufmg.br/alcool-e-violencia-domestica-organizacoes-internacionais-manifestam-preocupacao-sobre-aumento-de-casos/.
24. Bond L. ONU coleta informações para compreender violência contra mulher. Agência Brasil. 2020 June 8. Available from: https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-06/onu-coleta-informacoes-para-compreender-violencia-contra-mulher.
25. Ribeiro MLB. Ofício CFM Nº 1756/2020 – COJUR. CFM. 2020 March 19. Available from: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf.
26. Mandetta LH. Diário Oficial da União, Portaria Nº 467, de 20 de março de 2020. Ministério da Saúde. 2020 March 23. Available from: www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996.
27. Postos de saúde do SUS terão consulta virtual. Agência Saúde. 2020 April 27. Available from: https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46773-postos-de-saude-do-sus-terao-consulta-virtual.

Atenção multidisciplinar no tratamento do paciente com Covid-19: uma revisão de literatura sobre as atuações, dificuldades e desafios dos diversos profissionais de saúde

Bruna Carla Lima de Albuquerque
Bruna Maria Ávila Azevedo
Éllyda Vitória de Lima
Idomeu Parente Primo Júnior
Bianka Santana dos Santos

Resumo

Diante da pandemia da Covid-19 (*Coronavirus disease* 2019) e do potencial infectante do vírus, tem sido cada vez mais evidenciada a necessidade de uma equipe multidisciplinar no cuidado destes pacientes. Assim, foi objetivo deste estudo analisar a atuação dos diversos profissionais da área de saúde, no cuidado do paciente com Covid-19, reportando o que já há na literatura científica, demonstrando a necessidade de atenção multidisciplinar e reportando desafios e dificuldades enfrentados por estes profissionais. Assim, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com buscas em bases de dados científicas relevantes, encontrando-se um total de 34 artigos científicos, selecionados devido à completa correspondência com o tema. Diversos estudos destacaram a participação de médicos, em suas diversas áreas de atuação, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos e também estudantes da área de saúde. Cada um tem seus papéis essenciais e juntos, de forma proativa, como equipe multidisciplinar, contribuem sobremaneira para um melhor tratamento desses pacientes, melhor acolhimento e melhor atendimento humanizado. Todavia, ainda são inúmeros os desafios que estes profissionais têm passado nesse contexto da pandemia por Covid-19; e um desses principais desafios é reconhecer que o cuidador também precisa ser cuidado, especialmente, quanto à sua própria saúde emocional, diante da realidade enfrentada.

Palavras-chave: Covid-19; Cuidado multidisciplinar; Profissionais da saúde.

Introdução

A Covid-19 (*Coronavirus disease* 2019) é o nome dado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) à doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2 – coronavírus tipo 2 da síndrome aguda respiratória grave)[1]. Este vírus pertence a uma família de vírus de ácido ribonucleico (RNA) e faz dos humanos e de outros mamíferos seus hospedeiros formais[2]. O primeiro caso desta doença foi detectado no início de dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, e, por se tratar de um vírus de alta infectividade, a doença se espalhou rapidamente por todo o mundo[3,4,5]. Diante disso, em 12 de Março de 2020, a OMS declarou o estado de pandemia por Covid-19, devido ao surto de casos ocorridos em diversos países e regiões de todo o globo; e caracterizou esta pandemia como um dos maiores problemas de saúde pública ocorrido no mundo durante as últimas décadas[5,6]. Isso porque, diferentemente das cepas anteriores, o novo coronavírus causa grande morbimortalidade, levando os pacientes acometidos a apresentarem quadros que variam de assintomáticos a críticos, que, em alguns casos, podem ter inicialmente sintomas leves e progredir rapidamente em 5 a 10 dias, podendo evoluir com óbito e/ou com prejuízos a diversos órgãos e sistemas do organismo, não se restringindo apenas ao sistema respiratório[7,8]. Desse modo, a doença apresenta um quadro clínico amplo, sendo os sintomas mais comuns: febre, tosse, fadiga, produção de escarro e falta de ar; mas, outras anormalidades podem ser causadas pelo SARS-CoV-2, e estas também têm sido frequentes, como por exemplo, alterações de analitos bioquímicos, como a angiotensina 2, e de fatores da coagulação e da fibrinólise, bem como injúrias cardiovasculares[9,10].

Uma grande parte da população infectada tem menor necessidade de hospitalização, haja vista que tais pessoas têm manifestação leve da doença, porém, portadores de doenças crônicas e idosos têm maior risco de desenvolver a forma grave da doença e suas complicações, como a síndrome da doença respiratória aguda (SDRA), e, por isso, podem necessitar de hospitalização ou até admissão em unidades de terapia intensiva

(UTI), o que corresponde a cerca de 5% a 10% das pessoas infectadas pelo novo coronavírus[1,9]. O atendimento de suporte é a abordagem padrão no manejo de pacientes com Covid-19, já que não existe antiviral ou vacina comprovadamente eficazes[11]. Nesse contexto, é fundamental que haja um cuidado mais efetivo de uma atenção personalizada, colaborativa e multidisciplinar desempenhada por uma equipe multiprofissional de saúde, visando lidar com os pacientes infectados e também com a crise gerada por esse vírus[6,12].

Assim, sabe-se que, para uma melhor atuação da saúde pública, deve-se realizar o envolvimento interdisciplinar de áreas como medicina, farmácia, bioquímica, imunologia, nutrição, psicologia e tantas outras áreas de cuidado à saúde[13]. A partir disso, o objetivo deste estudo é apresentar, sob a luz da literatura científica, como os diferentes profissionais de saúde contribuem no tratamento dos pacientes acometidos por Covid-19, demonstrando a importância de que a atuação seja multidisciplinar, nesse contexto, reportando também os desafios e dificuldades enfrentados por estes profissionais.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura para o levantamento de publicações científicas, acerca da importância e do papel dos profissionais de saúde e da multidisciplinaridade no cuidado de pacientes com Covid-19. Foi realizada uma busca ativa pelos bancos de dados SciELO, Science Direct, PubMed, Periódico Capes e *The Lancet*, durante o período de julho a agosto de 2020. Para isso, foram utilizados os descritores "Covid-19", "cuidado multidisciplinar" e "profissionais da saúde", assim como seus correspondentes na língua inglesa.

A questão norteadora foi: Como os profissionais de saúde atuam, individualmente e de forma multidisciplinar, no tratamento do paciente com Covid-19 e quais os desafios por eles enfrentados?

Os critérios de inclusão considerados foram artigos completos disponíveis nas bases de dados utilizadas, mas sem restrições em relação à data de publicação e ao idioma. Os critérios de exclusão foram: editoriais, artigos de opinião, artigos duplicados e estudos não relacionados com o tema do presente estudo.

Resultados

A partir das palavras-chave utilizadas na pesquisa, foram identificados 10.920 estudos. Destes, 10.718 artigos foram excluídos, após a leitura dos títulos e resumos. Posteriormente, os artigos científicos resultantes, um total de 202 estudos, foram lidos integralmente. Desses, 168 foram excluídos, de acordo com os critérios de exclusão previamente determinados; e um total de 34 artigos científicos foi, por fim, selecionado, conforme os critérios de inclusão, e todos foram completamente correspondentes à temática abordada. O fluxograma do resultado do número final de artigos científicos utilizados na elaboração desta revisão integrativa, por meio da seleção dos estudos, em cada etapa, pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma dos resultados sobre o total de artigos disponíveis em bases de dados científicas relevantes (SciELO, Science Direct, PubMed, Periódico Capes e *The Lancet*) e total resultante de artigos completamente relacionados aos descritores Covid-19, cuidado multidisciplinar e profissionais da saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Discussão

Os artigos científicos encontrados evidenciam que a saúde pública está sofrendo com a pressão proveniente da pandemia do coronavírus e, por isso, é fundamental que haja uma abordagem proativa das equipes multidisciplinares[14]. Tais trabalhos também apontam a necessidade do cuidado em relação principalmente ao tratamento da Covid-19 pelos profissionais de saúde, mas também na profilaxia e monitoramento da doença[7].

No Brasil, a ação estratégica do Governo Federal "Brasil Conta Comigo" visa o cadastramento e capacitação dos profissionais de saúde, que atuam na pandemia do Covid-19, e destaca 14 categorias de profissionais nesse contexto, os quais são profissionais de serviço social, biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia e terapia ocupacional, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e técnicos em radiologia[15]. Apesar disso e da necessidade de todos esses profissionais para o cuidado do paciente com Covid-19, o presente estudo não encontrou estudos publicados sobre a atuação de todos os profissionais citados acima, tendo sido identificados estudos que reportaram sobre a atuação de enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos, dermatologistas e estudantes da área de saúde. A partir dos artigos encontrados, destaca-se que os enfermeiros representam cerca de 47% de todos os profissionais de saúde do mundo e fazem parte da maior quantidade de profissionais que estão na linha de frente do atendimento às pessoas com Covid-19. No contexto da pandemia do coronavírus, a equipe de enfermagem adota medidas proativas junto com as equipes multidisciplinares, contribuindo para a organização e planejamento de ações em saúde neste período de pandemia[14]. Além disso, por estarem na linha de frente, muitas vezes escutam as principais queixas psicológicas e dão o apoio psicológico inicial para os pacientes[5]. Nesse sentido, alguns estudos mostram que as várias especialidades da enfermagem estão atuando diretamente contra o coronavírus, como exemplo de enfermeiros pediátricos, alocados para a linha de frente, e enfermeiros oncológicos, sobretudo devido à taxa de mortalidade de cerca de 6% dos pacientes oncológicos afetados pela Covid-19, e por também terem um

risco de 3,5 vezes maior de agravamento da infecção que outros grupos de pacientes, principalmente aqueles submetidos à quimioterapia e radioterapia radical para câncer pulmonar[8,14] .

Com atuação semelhante, os dermatologistas devem realizar cuidadosamente o manejo de pacientes em terapias imunossupressoras, pois ainda não se sabe exatamente qual a relação desses tratamentos com a infecção pelo novo coronavírus, e se lesões dermatológicas podem facilitar a transmissão do SARS-CoV-2 por contato indireto, além de que inúmeras manifestações dermatológicas têm sido identificadas como causadas pelo vírus e necessitam da atenção do tratamento do médico dermatologista e, podem vir também a necessitarem de um cuidado especial do fisioterapeuta da área de dermato-funcional[16].

É reconhecido que, no contexto pandêmico da Covid-19, apesar da integridade física e ataque ao agente patogênico se tornar prioridade na gestão de profissionais de saúde, a pandemia descreve o evento como importante ferramenta para provocar instabilidade na saúde mental; e, é preciso que isto também seja considerado no cuidado para com o paciente com Covid-19[5,15]. Nota-se uma maior demanda de cuidados psicológicos[12]. Baseado nesse aspecto, é imprescindível a atuação do profissional da psicologia para assistir a população no contexto da Covid-19, pois esta traz consigo vários indícios de problemas psicológicos, como ansiedade, estresse pós traumático, insônia e distúrbio do humor, havendo-se a necessidade de uma melhor atenção na saúde mental à população, para evitar agravamento ou reincidência de algum transtorno nos pacientes com Covid-19, bem como em seus familiares[1,17,18]. Assim, visando a prevenção de novas infecções, em diversas partes do mundo, iniciou-se aconselhamento psicológico *online* aos pacientes, familiares e pessoas próximas, sendo de suma importância que a população tenha assistência de psicólogos, com envolvimento de ações direcionadas à saúde mental em meio a essa pandemia, e que promovam estratégias em frente a situações críticas[4,5,13].

O atendimento psicológico remoto se tem mostrado eficaz e a especificação de sua atuação nesse contexto inclui estratégias para promoção de bem-estar mental, instituindo uma mudança de hábitos saudáveis, sono, práticas de exercícios físicos e relaxamento, criação e solidificação de redes de apoio mesmo que não seja presencial para evitar sentimento de solidão e abandono, criticidade na exposição das informações e verificação da autenticidade dessas[5,10]. Ademais, a atuação dos psicólogos também é necessária para promover a saúde mental da equipe de profissionais de saúde que atua em linha de frente, principalmente orientando esses profissionais e oferecendo suporte para o enfrentamento de diversas situações, facilitando redes de apoio [5,19].

Dentre as 14 categorias de profissionais da saúde que formam a linha de frente contra a Covid-19, os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas podem auxiliar por meio de programas de estratégias inclusivas, preventivas e de recuperação da saúde. Na atenção primária, podem estimular a construção de hábitos de higiene e de cuidados pessoais pela população, quando pessoas da mesma residência precisam ir trabalhar, por exemplo. Na atenção secundária, ajudam os pacientes com Covid-19 a se adaptarem à rotina hospitalar e aos cuidados diários exigidos, para auxiliar o paciente a entender mais sobre a infecção que o atinge e as estratégias de cuidado que deve realizar. Além disso, os terapeutas ocupacionais podem auxiliar os demais profissionais da saúde a se adaptarem à nova rotina, por meio do acompanhamento e apoio, no que concerne à autonomia relacionada à garantia de proteção e segurança[20].

O papel exercido por farmacêuticos na luta contra a Covid-19 também tem sido incansável e diversos estudos têm demonstrado sua importância, afinal, durante a pandemia atual, as farmácias das comunidades e as hospitalares foram incluídas como serviços essenciais à população e aos pacientes, e tais profissionais estão atuando na linha de frente através da disseminação de informações de alta qualidade sobre os medicamentos usados durante o tratamento desta doença, bem como alertando a população a respeito dos medicamentos constantemente e erroneamente apontados como ideais para a cura da Covid-19, mostrando os riscos envolvidos na automedicação, como níveis de toxicidade e efeitos adversos, além da atuação nas análises clínicas[21,22] .

No contexto hospitalar, os farmacêuticos têm função relevante no monitoramento das doses corretas dos medicamentos, possíveis interações com outros fármacos, principalmente se o paciente for portador de alguma(s) outra(s) comorbidade(s) e, em função disto, seguir tratamentos medicamentosos, além de monitorar os efeitos adversos e eficácia dos medicamentos[6]. Também foi verificado que faz parte da atuação destes

profissionais colaborar com os demais da equipe de saúde na elaboração e ajuste dos regimes medicamentosos para os pacientes hospitalizados devido ao coronavírus, auxiliando na tomada de decisões baseadas em evidências, garantindo assim a segurança do paciente[6]. Assim, farmacêuticos são extremamente importantes, não só para o fornecimento dos produtos farmacêuticos e conscientização dos cuidados necessários para manutenção da saúde da população, mas também no manejo dos pacientes e quebra do ciclo do coronavírus, além de fazerem parte do time de profissionais presentes na busca por um medicamento e uma vacina eficazes contra este vírus[2].

Somado a isso, nota-se também o papel fundamental desenvolvido pelos fisioterapeutas no tratamento de pacientes com Covid-19, como na prática da fisioterapia respiratória, que compreende as diferentes fases da infecção pelo SARS-CoV-2, sendo a primeira fase a aguda, em que a fisioterapia promove a detecção precoce dos sinais e sintomas respiratórios, através da amostragem, hidratação, coordenação da respiração diafragmática e prescrição de exercícios físicos. A segunda fase é a hospitalar, em que o paciente apresenta sintomas mais agressivos, necessitando do uso de oxigenoterapia. A terceira e última fase é a extra-hospitalar, em que há uma prescrição precisa de exercícios com intensidade, duração e frequência precisos, juntamente com o gerenciamento de hábitos alimentares e uso do equipamento de proteção individual, visando prevenção de novas infecções[23,24]. As atividades de fisioterapia proporcionam o desenvolvimento, manutenção e recuperação da capacidade funcional dos pacientes, principalmente dos que são hospitalizados na fase aguda da Covid-19, melhorando assim sua qualidade de vida. Esta atuação é essencial na UTI, com o monitoramento da ventilação espontânea, ventilação invasiva ou não invasiva nos pacientes que necessitam da oxigenoterapia[25].

Os estudantes de medicina podem ajudar no atendimento clínico ambulatorial de rotina, fornecendo educação em saúde ao paciente, coletando histórias, monitorando pacientes em condições leves, revisando gráficos, auxiliando no protocolo para a realização dos testes de diagnóstico, após a identificação da necessidade dos mesmos, auxiliando os demais profissionais de saúde no processo de interação e comunicação entre si e com os pacientes, assistindo os mesmos, após, por exemplo, a liberação dos resultados de exames laboratoriais. É importante ressaltar que doentes crônicos e mulheres grávidas ainda precisam de atendimento, mesmo na situação de pandemia por infecção, situação em que os estudantes podem auxiliar por meio da telemedicina[26].

Ademais, como já foi mencionado anteriormente, a Covid-19 consiste em uma doença que acomete diversos órgãos. O SARS-CoV-2 pode verdadeiramente provocar uma síndrome, não apenas respiratória, mas também sistêmica, devido tanto à própria infecção do vírus, de forma direta, pela ligação de sua proteína S (*Spike*) de seu capsídeo com o receptor para angiotensina 2 - a Enzima Conversora da Angiotensina 2 (ECA2), como também devido às inúmeras alterações bioquímicas, imunológicas, hematológicas e hemostáticas, que podem ocorrer em consequência à resposta da célula humana hospedeira em defesa contra a presença do vírus[27,28].

Um exemplo disto é o que ocorre na Covid-19 com o surgimento de injúrias cardiovasculares. Altas concentrações de ECA2 no tecido cardíaco podem ser apontadas como a base fisiopatológica para explicação bioquímica da ação deletéria direta do SARS-CoV-2 no sistema cardiovascular. Desde que é através da ECA2 que o novo coronavírus entra nas fibras musculares cardíacas, e que estas apresentam grandes quantidades de ECA2 em suas membranas, maior é a carga viral que se estabelece no coração, e maiores são os efeitos negativos provocados no interior celular, com aumento da demanda energética e bioquímica da célula voltada para a replicação viral e expressão de suas proteínas. O gasto metabólico é bastante acentuado e isto requer uma alta produção de adenosina trifosfato (ATP), o que vai ocasionando uma alta demanda mitocondrial e, por fim, a extenuação desta organela e consequentemente da célula, havendo hipóxia, anóxia, e morte celular, com danos ao miocárdio que podem ser tão severos, como infarto e insuficiência cardíaca, que levam os pacientes a óbito e/ou a requererem maiores cuidados intensivos, nas unidades nosocomiais, além de que a presença do vírus no órgão leva a uma resposta inflamatória aguda exacerbada, com liberação de Interleucinas, como 1β e 6, provocando miocardite, que pode levar a choque. Após a entrada, o SARS-CoV-2 promove uma diminuição da expressão celular de ECA2; e, com isso, os níveis de angiotensina II aumentam,

provocando um maior aumento de seus efeitos pró-trombóticos, além da elevação da pressão arterial, e maior risco de acidente vascular encefálico[27,28,29].

Assim, a partir deste exemplo de parte da fisiopatologia da Covid-19, além do papel crucial do médico infectologista, para o cuidado do paciente infectado por SARS-CoV-2 e para o estudo do desenvolvimento desta infecção, é nítida a necessidade da atuação de médicos cardiologistas e angiologistas, além de imunologistas, hematologistas, neurologistas. É de suma importância que as diversas especialidades médicas também atuem em conjunto, a fim de melhor assistirem esses pacientes, visto que a infecção pelo SARS-CoV-2 afeta diversos sistemas[28,30]. O sistema que primeiro se associa é o trato respiratório, sendo necessário que os pneumologistas atuem oferecendo um suporte adequado aos pacientes com queixas respiratórias; e, por vezes, o quadro respiratório se agrava e um suporte ventilatório mais invasivo torna-se necessário, com intubação orotraqueal, em que se faz preciso a presença do médico anestesiologista[23,31,32]. Médicos da atenção primária, como médicos de família e comunidade (MFC) têm importante protagonismo na reabilitação e educação acerca dos cuidados e medidas de promoção de saúde, para que possa haver uma reinserção do paciente na sociedade com maior segurança[19]. Enquanto isso, no âmbito ambulatorial, ainda se tem uma atuação dos profissionais da medicina na transmissão de educação para os acadêmicos de medicina que estão inseridos nesse panorama[26]. Para outras injúrias advindas da infecção por SARS-CoV-2, é imprescindível a atuação de médicos endocrinologistas e nutrólogos para monitoração dos níveis de substratos energéticos, haja vista toda relação e interação da Covid-19 com diversas doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, diabetes, hipertensão arterial. Em pacientes com potencial de desenvolver lesão renal, é necessário que haja um acompanhamento por nefrologistas, para o cuidado dos riscos associados e realização de intervenção apropriada, quando houver necessidade. A evolução para um quadro mais grave da síndrome causada pelo SARS-CoV-2 traz a necessidade da atuação de muitos médicos intensivistas e de urgência e emergência[32]. Além de todos estes profissionais, é digno de nota a participação essencial de médicos clínico geral, ginecologistas, obstetras, enfermeiros também nesta área, médicos pediatras, desde que a infecção por SARS-CoV-2 também tem acometido gestantes e crianças, e, em muitas, tem se estabelecido com certa gravidade. Ademais, tem sido reportada a necessidade de que esta atuação multidisciplinar ocorra não apenas dentro de cada unidade de saúde, dentro de cada nível de atenção, mas também as equipes devem interagir entre as diversas unidades, entre os três níveis de atenção. Ademais, destaca-se a participação de todos os profissionais da área da Saúde Coletiva, que cada vez mais tem se esforçado em atuar na compreensão e no enfrentamento desta pandemia, e tem sido verificada a importância de todos os profissionais cientistas, na busca do melhor tratamento, na busca de melhor compreensão da Covid-19[31,32].

Além da importância dos profissionais de saúde, sabe-se que existem impasses para o cuidado por tais trabalhadores durante a pandemia do coronavírus, pois são muitos os desafios, pois é lidar com a recuperação, com a melhora do paciente, com o bom prognóstico, mas também com o óbito, com a evolução para uma piora do quadro clínico; e, dentre esses impasses e desafios, muitos consistem no quanto todo este quadro da Covid-19 afeta o bem estar emocional desses profissionais[23]. São diversas as causas para isto, como o dilema de decidir quais cuidados devem ser prestados aos pacientes infectados pelo novo coronavírus, seja por esgotamento de equipamentos de proteção individual (EPIs) e de medicamentos específicos, seja por escassez dos leitos de UTI. Logo, o medo, o receio de ser uma potencial via de infecção para pacientes sem Covid-19 e para familiares, o estresse, ansiedade, depressão, o *burnout*, acabam também fazendo parte da rotina do cuidador e não apenas do paciente. Enfermeiros, por exemplo, são obrigados a cuidar de vários pacientes simultaneamente, tendo que realizar diversas atividades que desviam do seu trabalho cotidiano usual. E outro desafio a ser superado aparece, que é a dificuldade em se ter um tempo adequado para as reuniões em equipe e debates para aprimorar o cuidado desses pacientes, pois o tempo tem se tornado cada vez mais escasso. É mesmo bastante reduzido e a necessidade de perseverar torna-se imprescindível, mas, por vezes, com o *burnout*, depressão, a perseverança também é afetada. E também aqui se verifica a importância da equipe multidisciplinar voltada para o cuidado do cuidador, mas não apenas no cuidado de profissionais, uns para com os outros, mas de amigos, colegas de jornada, que se compreendem, e que se podem ajudar mutuamente, trabalhando e convivendo como equipe e não somente como grupo[33,34].

Portanto, tem sido realmente evidenciado nos diversos estudos o quão necessários são os profissionais na área da saúde mental, não apenas para os pacientes, mas também para os cuidadores, para todos os profissionais da área de saúde. É necessário que psicólogos, psiquiatras e demais profissionais especialistas em saúde mental implementem atividades de apoio emocional a médicos, enfermeiros e a outros profissionais envolvidos no cuidado ao paciente com Covid-19, para evitar implicações psicológicas a longo prazo[33]. Na Coréia, há a Sociedade Coreana para Estudos de Estresse Traumático (KSTSS), equipe de saúde mental que atua em tempos de desastres no país. Ela é formada por psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, conselheiros, médicos de medicina de emergência e pesquisadores. Com auxílio do governo, durante o início do surto de Covid-19 no país, a equipe foi acionada. Por meio da mídia, transmitem informações seguras para a população e sobre cuidados psicológicos, além de realizarem pesquisas para desenvolver as "Diretrizes sobre Atendimento Psicossocial para o Gerenciamento de Doenças Infecciosas" em três semanas. E exemplos como este são importantes para inspirarem diversas nações a apoiarem a atividade multiprofissional para a melhor atuação contra a atual pandemia de Covid-19[3].

Diante do importante papel a ser desenvolvido por todos estes profissionais frente à atual pandemia, é preciso que eles igualmente recebam apoio através de benefícios de saúde integral, visando diminuir os sintomas de estresse e fadiga gerados pelo enfrentamento desta nova doença, bem como assistência familiar e acompanhamento psicológico singular individualizado, a fim de que estes profissionais sejam devidamente acolhidos, atenuando os efeitos das mudanças sentidas por eles, e, cuidando-se e sendo cuidados, possam melhorar seu envolvimento com a equipe e assim melhorar cada vez mais a atuação conjunta, no cuidado do outro, no cuidado do paciente com a Covid-19[18].

Conclusão

Portanto, a partir desta revisão integrativa da literatura, foi possível reunir uma análise da importância da atuação dos vários profissionais da área da saúde, no cuidado multidisciplinar da saúde dos pacientes com Covid-19 e suas atuações no desafio desta pandemia causada por SARS-CoV-2. As hipóteses sobre o desgaste físico-mental e a necessidade de desconstruir a fragmentação do trabalho dos profissionais da saúde foram confirmadas. Todavia, ainda são escassos estudos que demonstrem esta análise acerca da atuação das demais categorias dos profissionais da área da saúde, que aqui não foram abordadas. Também é digno de nota observar que, mesmo diante da necessidade real de toda uma integração entre as equipes dos diferentes níveis de atenção, ainda é muito pouco detalhado publicações de como esta tem ocorrido na prática, seja no Brasil ou em outros países. Mas, é fato que toda a aprendizagem imediata que se precisou e que se precisa ainda ter diante da pandemia por Covid-19 propiciará muito mais estudos e mais modificações na prática da Saúde, voltando-se cada vez mais para o aprimoramento do cuidado multidisciplinar, pois a necessidade deste nunca foi tão sentida na prática quanto em um momento como o atual, bem como, tem sido amplamente percebida por toda a sociedade.

Referências

1. Wang R, Kong L, Xu Q, Yang P, Wang X, Chen N et al. On-ward participation of clinical pharmacists in a Chinese intensive care unit for patients with Covid-19: A retrospective, observational study. Res Social Adm Pharm. 2021 Jan;17(1): 1853-8.
2. Basheti IA, Nassar R, Barakat M, Alqudah R, Abufarha R, Mukattash TL et al. Pharmacists' readiness to deal with the coronavirus pandemic: Assessing awareness and perception of roles. Res Social Adm Pharm. 2020 Abr; *In press*.
3. Hyun J, You S, Sohn S, Kim S, Bae J, Baik M et al. Psychosocial Support during the Covid-19 Outbreak in Korea: Activities of Multidisciplinary Mental Health Professionals. J Korean Med Sci. 2020 Jun;35(22):e211.
4. Moreira WC, Sousa KHJF, Sousa AR, Santana TS, Zeitoune RCG, Nóbrega MPSS. Intervenções em saúde mental em tempos de Covid-19: scoping review. SciELO Preprints. 2020 jul. *In press*.
5. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (Covid-19). Estud Psicol (Campinas, Online). 2020 Mai;37:e200063.

6. Song Z, Hu Y, Zheng S, Yang L, Zhao R. Hospital pharmacists' pharmaceutical care for hospitalized patients with Covid-19: Recommendations and guidance from clinical experience. Res Social Adm Pharm. 2020 Abr;17(1):2027-31.
7. Capalbo C, Aceti A, Simmaco M, Bonfini R, Rocco M, Ricci A et al. The Exponential Phase of the Covid-19 Pandemic in Central Italy: An Integrated Care Pathway. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jun;17(11):3792.
8. Renke C, Callow L, Egnor T, Honstain C, Kellogg K, Pollack B et al. Utilization of Pediatric Nurse Practitioners as Adult Critical Care Providers During the Covid-19 Pandemic: A Novel Approach. J Pediatr Health Care. 2020 Set;34(5):490-4.
9. Righetti RF, Onoue MA, Politi FVA, Teixeira DT, Souza PNd, Kondo CS et al. Physiotherapy Care of Patients with Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) - A Brazilian Experience. Clinics (Sao Paulo). 2020 Jun;75:e2017
10. Salawu A, Green A, Crooks MG, Brixey N, Ross DH, Sivan M. A Proposal for Multidisciplinary Tele-Rehabilitation in the Assessment and Rehabilitation of Covid-19 Survivors. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jul;17(13):4890.
11. Razonable RR, Pennington KM, Meehan AM, Wilson JW, Froemming AT, Bennett CE et al. A Collaborative Multidisciplinary Approach to the Management of Coronavirus Disease 2019 in the Hospital Setting. Mayo Clin Proc. 2020 Jul;95(7):1467-81.
12. Faro A, Bahiano MA, Nakano TC, Reis C, Silva BFP, Vitti LS. Covid-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. Estud psicol (Campinas, Online). 2020 Jun;37:e200074.
13. Moradian N, Ochs HD, Sedikies C, Hamblin MR, Camargo CA, Martinez JÁ et al. The urgent need for integrated science to fight Covid-19 pandemic and beyond. J Transl Med. 2020 Mai;18(1):205.
14. Paterson C, Gobel B, Gosselin T, Haylock PJ, Papadopoulou C, Slusser K et al. Oncology Nursing During a Pandemic: Critical Reflections in the Context of Covid-19. Semin Oncol Nurs. 2020 Jun;36(3):151028.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (Covid-19). Diário Oficial da União. 2 abr 2020. Seção 1:76.
16. Gisondi P, Piaserico S, Conti A, Naldi L. Dermatologists and SARS-CoV-2: the impact of the pandemic on daily practice. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020 Jun;34(6):1196-201.
17. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S et al. The experiences of health professionals during the Covid-19 crisis in China: a qualitative study. Lancet Glob Health. 2020 Jun; 8(6):e790-8.
18. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L et al. Multidisciplinary research priorities for the Covid-19 pandemic: a call for action for mental health science. Lancet Psychiatry. 2020 Jun;7(6):547-60.
19. Amatya B, Khan F. Rehabilitation Response in Pandemics. Am J Phys Med. 2020 Aug;99(8):663-8.
20. Barroso, B; Souza, MBCA; Bregalda, MM; Lancman, S; Costa, VBB. Saúde do trabalhador em tempos de Covid-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2020 Set;28(3):1093-1102.
21. Aruru M, Truong H, Clark S. Pharmacy Emergency Preparedness and Response (PEPR): a proposed framework for expanding pharmacy professionals' roles and contributions to emergency preparedness and response during the Covid-19 pandemic and beyond. Res Social Adm Pharm. 2021 Jan;17(1):1967-77.
22. Visacri MB, Figueiredo IV, Lima TdM. Role of pharmacist during the Covid-19 pandemic: A scoping review. Res Social Adm Pharm. 2021 Jan;17(1):1799-1806.
23. Nardini S, Sanguinetti CM, De Benedetto F, Baccarani C, Donno MD, Polverino M et al. SARS-CoV-2 pandemic in Italy: ethical and organizational considerations. Multidiscip Respir Med. 2020 Mai;15(1):672.
24. Valenzuela-Cazés A, Becerra-Ostos LF. Práctica clínica, ámbito laboral y riesgos de la fisioterapia ante el Covid-19. Rev. Salud Pública. 2020 Mar;22(2):e388150.
25. Minghelli B, Soares A, Guerreiro A, Ribeiro A, Cabrita C, Vitoria C et al. Physiotherapy services in the face of a pandemic. Rev Assoc Med Bras (1992). 2020 Abr;66(4):491-7.

26. Miller DG, Pierson L, Doernberg S. The Role of Medical Students During the Covid-19 Pandemic. Ann Intern Med. 2020 Jul;173(2):145-6.
27. Devaux CA, Rolain J, Raoult D. ACE2 receptor polymorphism: Susceptibility to SARS-CoV-2, hypertension, multi-organ failure, and Covid-19 disease outcome. J Microbiol Immunol Infect. 2020 Jun;53(3):425-35.
28. Costa FF, Rosário WR, Farias ACR, de Souza RG, Gondim RSD, Barroso WA. Metabolic syndrome and Covid-19: An update on the associated comorbidities and proposed therapies. Diabetes Metab Syndr. 2020 Set;14(5):809-14.
29. Botly LC, Martin-Rhee M, Kasiban A, Swartz RH, Mulvagh SL, Lindsay MP et al. Covid-19 Pandemic: Global Impact and Potential Implications for Cardiovascular Disease in Canada. CJC Open. 2020 Jun;2(4):265-72.
30. Galimberti S, Baldini C, Baratè C, Ricci F, Balducci S, Grassis et al. The CoV-2 outbreak: how hematologists could help to fight Covid-19. Pharmacol Res. 2020 Jul; 157: 104866.
31. Accini Mendoza JL, Beltrán N, Nieto Estrada VH, Ramos Bolaños E, Pizarro Gómez C, Rebolledo CE et al. Declaración de consenso en medicina crítica para la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de Covid-19. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2020 Out;20(4):287-333.
32. Sanz MB, Hernández-Tejedor A, Estella Á, Rivera JJ, Ortiz FGdM, Camps AS et al. Recommendations of the Working Groups from the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC) for the management of adult critically ill patients in the coronavirus disease (Covid-19). Medicina Intensiva. 2020 Ago;44(6):371-88.
33. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (Covid-19) : quels risques pour leur santé mentale? Encephale. 2020 Jun;46(3):S73-S80.
34. Walton M, Murray E, Christian MD. Cuidados de saúde mental para equipes médicas e profissionais de saúde afiliados durante a pandemia de Covid-19. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2020 Abr; 9 (3): 241-7.

O papel do atendimento multiprofissional na prevenção do suicídio por métodos violentos: uma revisão integrativa

Bárbara Vieira Sardi
Michely Mika Hirota
Beatriz Gallo Teixeira
Valéria Midori Gutoski Yuki
Marcelo Daudt von der Heyde

Resumo

A suicidalidade é um problema complexo de saúde pública brasileira e global. Estima-se que tal característica esteja presentem em 17% dos indivíduos moradores de comunidades urbanas. As tentativas realizadas com métodos violentos, que ocorrem predominantemente em homens, apresentam a característica de maior letalidade e são preocupantes no cenário atual. Paralelamente a isso, sabe-se que uma tentativa prévia é o principal fator de risco a um desfecho trágico de suicídio. Desse modo, tem-se a importância de averiguar o papel da multidisciplinaridade no atendimento adequado à vítima de tentativa de suicídio violento, bem como estabelecer as possibilidades de intervenção precoce para prevenção de qualquer fator de risco pré-existente. Buscando compreender tais interfaces, foi realizada revisão integrativa com 16 artigos publicados entre 2015 e 2020. Averiguando os fatores de risco e a capacidade de cada profissional na luta contra o suicídio por métodos violentos, foi possível concluir a importância de uma visão completa do indivíduo desde a infância e adolescência, com atenção especial do pediatra e dos agentes escolares, passando pela vida adulta e pelos profissionais da psicologia, psiquiatria, ginecologia, urologia, neurologia e cirurgia, até sua velhice, com atendimento pelo geriatra ou médico da família, como importante ferramenta de prevenção. **Palavras-chave**: Equipe de Assistência ao Paciente; Psiquiatria Biológica; Suicídio; Tentativa de Suicídio; Violência.

Introdução

Em números aproximados, de cada 100 pessoas de uma comunidade urbana, 17 pensam em suicídio em algum momento da vida, cinco planejam e três realizam uma tentativa. Destas três pessoas, somente uma é atendida em pronto socorro[1]. O suicídio é, portanto, um fenômeno humano complexo, abrangente e um grande problema de saúde pública em todo o mundo.

A complexidade do tema inicia-se pelo "comportamento suicida", que é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma série de atitudes que incluem pensar em suicídio (ou ter tal ideação), planejar suicídio, tentar suicídio e mesmo o próprio suicídio, também surgindo sob a palavra "suicidalidade". O termo "tentativa de suicídio" é usado para significar qualquer comportamento suicida não fatal e refere-se a envenenamento intencional autoinfligido, lesão ou dano próprio que pode ou não ter uma intenção ou resultado fatal. Já a denominação "suicídio" é definida como o ato de tirar a própria vida deliberadamente[2].

Segundo levantamento feito pela OMS em 2016 e publicado em 2019, a taxa global de suicídio padronizada por idade foi de 10,5 por 100.000. O suicídio também é a segunda principal causa de morte nas pessoas entre 15 e 29 anos, perdendo apenas para acidentes automobilísticos; a incidência do fenômeno é, no entanto, bimodal, sendo elevada também em pessoas acima de 70 anos. Ainda assim, mais da metade (52,1%) dos suicídios globais ocorreram antes dos 45 anos. Entre os adolescentes, 90% dos que morreram por suicídio eram provenientes de países de baixa e média renda. As taxas padronizadas pela idade são, portanto, heterogêneas entre os países e variam de menos de cinco mortes até mais de 30 por 100.000 habitantes. Entre 2010 e 2016, essa taxa padronizada se reduziu em todo o mundo, exceto na região das américas, onde teve um aumento de 6%3. Além disso, é importante frisar que o suicídio é uma questão delicada e até ilegal em alguns países, sendo muito provável tais números sejam subnotificados[3].

No Brasil, em 2016, houve 13.467 registros de suicídio. Tal número, considerado alto, é condizente com a condição de país em desenvolvimento, já que a maioria das mortes por suicídio ocorreu em países de baixa e média renda (79%), onde vive grande parcela da população mundial (84%). Do total, 10.203 (76%) eram homens brasileiros, o que representa uma taxa global de suicídios padronizada por idade de 9,7 por 100.000

habitantes. Globalmente, a taxa de suicídio padronizada por idade também apresentou diferenças entre os gêneros, sendo 1,8 vezes maior nos homens do que nas mulheres[3].

A ingestão de pesticidas, enforcamentos e lesões por armas de fogo estão entre os métodos mais comuns de suicídio em todo o mundo, mas a escolha do método geralmente varia de acordo com o grupo populacional: os atos suicidas são geralmente mais letais nos homens do que nas mulheres. Essa diferença de gênero na letalidade do comportamento suicida foi explicada pela escolha dos homens por métodos de suicídio mais letais[4]. Isso explica porque quase metade das mortes violentas no mundo são em decorrência de suicídio[3].

Sabe-se que uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para sua futura concretização, sendo que após uma tentativa, estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos 100 vezes em relação aos índices presentes na população geral[5]. Outro dos principais fatores de risco para comportamentos suicidas é a presença de transtornos mentais como depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de substâncias psicoativas. Pessoas mais inseguras, com transtornos de ansiedade e traumas passados não resolvidos, também estão mais propensos a um risco aumentado de suicídio[6]. Além disso, existem outras variáveis que podem interferir no comportamento suicida, como aspectos demográficos e fatores diagnósticos (doenças crônicas acompanhadas de dor ou incapacitação física)[7]. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação[5].

A incidência de suicídios em hospitais gerais é alta. Estima-se que seja de três a cinco vezes maior que as taxas vistas em outros locais conjuntamente. A ausência de redes de proteção, janelas em andares elevados, falta de preparo ou atenção da equipe, banheiros com trancas, bem como acesso indevido a medicações e a instrumentos perfurocortantes são fatores que aumentam o risco. Além dos fatores ligados à estrutura ambiental, deve-se considerar que pacientes internados em pronto socorros e hospitais gerais estão sujeitos a diversas causas situacionais de aumento de ansiedade e depressão, como reações agudas ao diagnóstico, agravamento de condições clínicas preexistentes, discussões sobre prognóstico, espera por resultados de testes, antecipação de procedimentos temidos ou dolorosos, medo de recorrência após a completude de um determinado tratamento e eventuais conflitos com família e equipe[8].

O acolhimento tem especial importância em um serviço de emergência, gerando a escuta ativa pela equipe e estimulando a empatia e o cuidado integral, de modo a articular adequadamente todo o serviço de saúde, mesmo fora do hospital. Nesse contexto, os profissionais da saúde têm papel de destaque na identificação dos fatores de risco, na detecção de fatores preditivos ao ato suicida e no acolhimento de pessoas que apresentaram ideação ou tentativa suicida[9]. No âmbito hospitalar, este trabalho é realizado por uma equipe multiprofissional, em que se destacam principalmente os profissionais da equipe médica, da enfermagem, da nutrição, da psicologia, da fisioterapia, da farmácia e de demais áreas de apoio[10]. Porém, a atuação deve ser iniciada pela prevenção, com atendimento desde cedo pelos diferentes profissionais da área médica, demais atuantes na área de saúde e até mesmo profissionais externos, relacionados por exemplo à educação do indivíduo.

Os objetivos deste trabalho são, portanto, compreender o papel dos diferentes profissionais no atendimento ao paciente vítima de tentativa de suicídio, com foco especial ao paciente que a realizou por métodos violentos.

Métodos

Foi realizada revisão integrativa sobre o atendimento de pacientes que sofreram tentativas de suicídio por meios violentos e a relação da intervenção multidisciplinar em seu manejo e prevenção. A pesquisa foi realizada no mês de julho de 2020 e utilizou-se as plataformas de base de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os estudos encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez.

Para a pesquisa foram utilizadas as palavras-chave “attempt suicide”, “attempt suicide AND violent”, “attempt suicide AND multidisciplinary”. Os critérios de inclusão foram artigos redigidos na língua inglesa, publicados no período de 2015 a 2020, que fossem condizentes com a temática proposta. Já os critérios de

exclusão foram artigos de relatos de caso ou séries de caso e que não estivessem relacionados a casos de suicídio ou tentativa de suicídio.

Na plataforma PubMed, foram encontrados na busca 663 artigos, dentre os quais foram selecionados 17, porém dois foram excluídos. Na plataforma SciELO foram encontrados inicialmente 16 artigos, sendo que apenas um preenchia os critérios de inclusão. Já na plataforma LILACS, a busca encontrou 15 artigos, porém nenhum preencheu todos os critérios de inclusão. Com isso, foi possível a análise de 16 artigos. Após tal seleção, todos foram tabulados de acordo com seu tipo de estudo e número de participantes. Analisou-se cada um dos artigos, buscando objetivos, resultados e conclusões dos trabalhos para elaboração dos resultados e discussão deste estudo.

Resultados e Discussão

O suicídio é um problema de saúde pública que tem crescido no mundo todo. Para se evitar o aumento do número de casos, profissionais começaram a pesquisar sobre quais são possíveis fatores que influenciam um indivíduo a decidir por interromper sua vida, sobretudo por métodos violentos. Um ponto em comum levantado na maioria dos trabalhos é a necessidade de uma intervenção multidisciplinar.

O conhecimento sobre fatores de risco para um método específico de tentativa ou concretização de suicídio é importante para a avaliação do risco em contextos clínicos, a fim de evitar tentativas futuras. Em estudo de Stenbacka e Jokinen, os autores avaliaram a importância dos fatores de risco precoces em tentativas e concretizações de suicídio em adolescentes homens na Suécia. Foi realizado um estudo de coorte, incluindo 48.843 jovens de 18 a 20 anos, recrutados para o serviço militar de 1969 a 1970, com seguimento de registros oficiais por um período de 37 anos. Do total de participantes, 1.195 (2,4%) fizeram uma tentativa de suicídio e, desses, 133 (11,1%) cometeram suicídio posteriormente. Metade dos suicídios ocorreram durante o mesmo ano da tentativa. O que chama a atenção para este trabalho é que a maioria dos suicídios concluídos foram realizados por métodos violentos (55%). Dentre as tentativas de suicídio e suicídios completos, o método mais utilizado foi de envenenamento (77,9%), seguido de corte ou perfuração (7,9%). As tentativas violentas de suicídio, principalmente por enforcamento, estão associadas a um risco elevado de suicídio em homens e necessitam de atenção da saúde pública. Os fatores de risco precoces relacionados a escolha de um método de tentativa de suicídio violento ou não violento estão temporalmente próximos à tentativa de suicídio. Dessa forma, o acesso a um método especifico pode explicar parcialmente sua escolha[11].

Em contrapartida, um estudo realizado na Noruega comparou suicídios por causas violentas e auto envenenamento. As condições na admissão dos métodos violentos eram mais graves, a taxa de mortalidade era mais alta e a internação hospitalar era maior do que nos pacientes internados por auto envenenamento. Cortes e quedas de grandes alturas foram os métodos mais comuns, e o uso de armas de fogo forneceu a condição mais grave, com maior mortalidade. Persett et al. analisaram que os pacientes que tentaram métodos violentos foram mais associados a psicose e menos associados a transtornos afetivos ou de ansiedade. Isso confirma o conhecimento prévio sobre o alto grau de repetição entre os que tentam suicídio. Outros fatores de risco para métodos violentos também foram encontrados no estudo, como desemprego, ser homem e ter histórico de tentativas de suicídio anteriores[12]. Um ponto importante é que cerca de metade dos pacientes estava em tratamento psiquiátrico no momento das tentativas de suicídio, o que mostra que mais esforços devem ser feitos para reduzir o risco de suicídio. Pacientes com tentativas anteriores de suicídio e, especialmente pacientes com psicose, precisam de monitoramento e tratamento adicionais pelas equipes de psicologia e psiquiatria, pois métodos violentos com maior taxa de mortalidade foram usados com mais frequência nesse grupo[12].

O manejo desses pacientes não é simples. Um estudo realizado na Inglaterra tentou associar o atendimento hospitalar após a tentativa de suicídio e chance de posterior concretização. Kapur et al. concluíram que a internação psiquiátrica foi associada à redução dos riscos de mortalidade em homens, idosos e naqueles com histórico de automutilação, mas pode ter sido associada ao aumento do risco em pessoas mais jovens. Em suma, aspectos do manejo podem estar associados a um menor risco de mortalidade, mas esses efeitos variam de acordo com o subgrupo clínico. Os resultados sugerem que, pelo menos para alguns pacientes de alto risco, a admissão psiquiátrica pode ser uma intervenção que salva vidas. O motivo deste

último pode ser devido ao fato de a internação oferecer uma oportunidade de avaliar e tratar outras comorbidades que tenham sido negligenciadas anteriormente, principalmente em pacientes mais idosos[13].

Ferro et al. relatam em seu estudo que também há associação entre doença crônica e suicidalidade. Entre os participantes com transtorno de humor e doenças crônicas, a probabilidade de pensamentos suicidas é significativamente maior do que aqueles com transtorno de humor e nenhuma doença crônica. Nesses indivíduos, o risco suicida aumenta com a má qualidade de vida e a presença de dor crônica[14]. Já na pesquisa realizada por Niskanen et al., os autores buscaram estabelecer a relação entre pacientes diabéticos e diferentes formas de tentativa de suicídio e morte. A população do estudo foi composta por 434.629 indivíduos (208.148 indivíduos com diabetes), o tempo médio de acompanhamento foi de 7,1 anos e houve 853 casos de suicídio (499 nos diabéticos). Entre as causas violentas de suicídio, constataram que ocorreram 45% das mortes por enforcamento, estrangulamento ou asfixia entre os diabéticos e 51% por automutilação com arma de fogo também neste grupo[15]. Endocrinologistas, assim como outros profissionais que acompanham pacientes com doenças crônicas, precisam também estar atentos à saúde mental dos pacientes.

A atenção redobrada dos profissionais dos serviços de emergência também é essencial. A auto mutilação deliberada em adultos mais velhos, por exemplo, está intimamente relacionada ao suicídio. Os departamentos de emergência são, portanto, um cenário-chave em relação ao seu potencial para prevenção de suicídio ou identificação e intervenção em indivíduos de alto risco. A porcentagem, no entanto, de diagnóstico e tratamento em saúde mental realizados antes de que pacientes com lesões auto infringidas recebam alta e retornem à comunidade é de apenas 39%. São necessárias melhorias na avaliação psicossocial e na assistência do idoso no pronto-socorro para otimizar o atendimento de emergência àqueles que se apresentem em hospitais com automutilação[16]. Ademais, é importante que o especialista que acompanha o idoso, possivelmente o médico de família ou mesmo o geriatra, esteja capacitado para diagnosticar possíveis mudanças de comportamento ou ideações suicidas.

É também entendido que a pediatria é uma importante especialidade no combate ao suicídio. Em pesquisa conduzida por Moberg et al. com 161 vítimas de tentativa de suicídio por métodos violentos em comparação a 95 adultos saudáveis, foi vista importante associação entre comportamento violento infantil, dos seis aos 14 anos, e consequente comportamento agressivo na idade adulta, especialmente nos indivíduos que haviam realizado tentativa suicida[17]. Desse modo, surge a importância da formação médica, especialmente a pediátrica, na diferenciação acurada entre irritabilidade normal ou patológica em crianças para a efetiva atuação nessa faixa etária, buscando a prevenção de traumas futuros[18].

Em um trabalho realizado por Zatti et al., os autores avaliaram a associação entre tentativas de suicídio na fase adulta e eventos traumáticos durante a infância. Nesse estudo, encontrou-se que o perfil dos pacientes que tentaram suicídio foi associado a uma história de problemas psiquiátricos e abuso/negligência física/emocional na infância. Além disso, a tentativa de suicídio também foi associada a um menor apoio social e a um histórico de perdas na infância, sendo que as chances para tentativa de suicídio foram de três a cinco vezes maiores se comparadas ao grupo controle. A dor psíquica pode prejudicar seriamente o crescimento, afetando o desenvolvimento cognitivo e emocional e levando as pessoas a cometerem atos violentos de automutilação. Os autores ainda salientam a importância da prevenção e intervenção, isto é, reforçam que pediatras e outros profissionais devem dar atenção redobrada a crianças em situação de vulnerabilidade, não somente quanto ao desenvolvimento físico, como também em relação ao acompanhamento psicológico de longa data[19].

Como comportamentos suicidas e violência estão interligados, é importante avaliar o risco de violência em grupos de pacientes com tentativas de suicídio[17]. No trabalho de Haglund et al., por exemplo, os autores analisaram que no grupo de pessoas que realizou mais de uma tentativa de suicídio também houve associação com a presença de violência interpessoal[20]. Castelpietra et al., por sua vez, realizaram um estudo em um presídio na Itália com o intuito de avaliar as taxas de suicídio e tentativas de suicídio entre 2010 e 2016. Um dos resultados foi que a maioria dos presos com apresentação de suicidalidade, entre outras características, havia cometido crimes violentos e estava em prisões superlotadas[21]. Foi então possível concluir que informações sobre violência interpessoal no momento da triagem realizada pela equipe de enfermagem na maioria dos hospitais e também no momento da anamnese médica podem ser úteis para predizer tentativas de

suicídios futuras a curto prazo, sendo essencial conduzir a consulta com o intuito de obter tais informações para auxiliar na prevenção desses pacientes.

Com relação à prevalência de suicidalidade em relação ao gênero, em um trabalho epidemiológico do tipo coorte prospectivo, realizado por Mergl et al. em quatro países da Europa (Alemanha, Hungria, Irlanda e Portugal) sobre atos suicidas (767 concluídos e 8.175 tentativas), foi identificada diferença de proporção entre os sexos em relação à letalidade. Atos suicidas em homens foram 3,4 vezes mais letais que em mulheres, sendo a diferença significativa para métodos de enforcamento, quedas, objetos em movimento, objetos pontiagudos e envenenamento por outras substancias que não drogas. Além disso, homens dos quatro países escolhem métodos mais letais e realizam a tentativa de suicídio com uma intenção mais séria de morrer[4]. Já Haglund et al., em coorte multicêntrica na Suécia, encontraram maiores taxas de mulheres que fizeram tentativas de suicídio (63%). A maioria dos 355 participantes do estudo apresentava depressão (60%)20. Portanto, fica claro a importância de desenvolver diretrizes específicas de gênero e estratégias de prevenção de comportamento suicida, com especial atenção dos especialistas em ginecologia e urologia. Muitas vezes, estes profissionais são os únicos procurados por mulheres e homens durante suas vidas, respectivamente.

Haglund et al. também encontraram que tentativas repetidas foram observadas em menos de seis meses em 78 pessoas (22%), sendo que 21 (6%) utilizaram métodos violentos20. Jamison et al., em estudo de coorte retrospectivo sob outra perspectiva, avaliaram a associação entre história de tentativa de suicídio não fatal e o risco de suicídio por envenenamento, arma de fogo ou enforcamento. O estudo foi conduzido em Colorado durante nove anos, de 2004 a 2012 com um total de 7.020 suicídios, e evidenciou que aqueles que realizaram tentativas anteriores de suicídio tiveram duas vezes mais chances de morrer por suicídio por envenenamento em vez de arma de fogo. Tais informações são úteis para discutir meios de restrição e esforços de prevenção de suicídio. É necessário ter informações mais disseminadas em relação a meios letais, objetivando reduzir o acesso ou controlar a quantidade disponível de potenciais fontes de venenos, como medicamentos, produtos químicos e inalantes. Além disso, é importante ter uma rede de pessoas para apoiar indivíduos em risco e estar ciente dos sinais de alerta. Portanto, compreender maneiras de interromper o ciclo de tentativas de suicídio, aliada a tratamento de saúde mental são imperativos para indivíduos de alto risco, permitindo salvar vidas[22].

Outros fatores de risco não tão evidentes também foram observados por alguns autores. Giannini et al., por exemplo, realizaram um estudo tentando determinar as taxas de tentativa e concretização de suicídio no pós-operatório de estimulação cerebral profunda do núcleo subtalâmico na Doença de Parkinson. A associação se comprovou verdadeira e os métodos escolhidos e que levaram a morte foram enforcamento, arma de fogo e defenestração. A conclusão sugeriu que, especialmente durante os primeiros três anos após a cirurgia, pode haver aumento do risco de suicidalidade. Portanto, os médicos neurologistas e cirurgiões devem investigar ativamente a ideação suicida e prestar mais atenção a um histórico de problemas psiquiátricos e, em particular, a ideação suicida verbalizada, a depressão pré-operatória e o uso de tratamento psicotrópico. No entanto, mais estudos prospectivos em uma amostra maior com uma avaliação sistemática de doenças psiquiátricas que leva em consideração outras variáveis de confusão são necessários para esclarecer os fatores associados ao comportamento suicida[23].

Em trabalho recente, Peñas-Lledó et al. também buscaram encontrar fatores genéticos associados ao suicídio. Assim, os autores avaliaram se o gene ABCB1 SNP estava associado ao uso de método violento em sobreviventes de tentativas de suicídio. Em estudo realizado, 578 pessoas realizaram tentativa de suicídio, com predominância de mulheres (87,4%), em que 16,6% utilizaram método violento. Quase todos os pacientes (99,4%) foram diagnosticados com ao menos um distúrbio mental, sendo o mais frequente a ansiedade (74,9%), seguida de depressão (67,1%) e bipolaridade (29%). Tais pacientes foram genotipados para SNPs exônicos no ABCB1 (C1236T, G2677T/A, C3435T). Foi encontrado uma maior frequência de tentativas de suicídio usando métodos violentos nas pessoas portadoras do haplótipo ABCB1(1236TT-2677TT-3435TT). A genotipagem desses três SNPs ABCB1 pode ser eficaz para detecção de pessoas em risco de intenções suicidas usando métodos violentos, mostrando o importante papel das pesquisas e do atendimento ao paciente sob o foco da genética[24].

Ainda com propósito de identificar fatores de risco para o suicídio, em estudo transversal no Irã, Veisani et al. avaliaram a sazonalidade em suicídios com os métodos violentos e não violentos utilizados. O estudo foi conduzido de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. Houve prevalência de tentativas de suicídio por enforcamento (29,4%) e autoimolação (41,4%) na primavera, sendo a estação do ano com mais casos de suicídio. Houve, portanto, sazonalidade significativa para métodos de suicídio violentos, com picos na primavera e outono, e para suicídios não violentos, com picos na primavera e verão. Em relação a idade, o grupo mais jovem teve tentativas de suicídio predominantemente na primavera, enquanto que os grupos mais velhos geralmente apresentaram um pico no outono. Embora a razão não esteja comprovada, os suicídios em jovens predominantes na primavera podem estar relacionados com o estresse gerado pelas provas importantes que ocorrem nessa época. Dessa forma, é importante salientar a necessidade de informar e auxiliar os estudantes no ambiente escolar, dando suporte e estrutura como forma de prevenção às tentativas de suicídio[25].

Conclusão

A suicidalidade é um fenômeno de elevada complexidade, compreendendo diversas etapas até o desfecho final. Inicia-se com a ideação suicida, passa pelo planejamento, tentativa e muitas vezes se completa com o suicídio concretizado, caso não haja uma intervenção. Há dois picos principais de ocorrência, sendo o primeiro em jovens e o segundo na população idosa, e globalmente homens possuem maior taxa do que mulheres. É importante ressaltar que muitos dos números fornecidos não condizem com a realidade, visto que há subnotificação dos casos de tentativa e realização de suicídio.

Um ponto especial a ser observado é que uma tentativa de suicídio prévia é o principal fator de risco para uma futura concretização. Dessa forma, é essencial uma abordagem multidisciplinar para auxiliar na prevenção da sua ocorrência. Os profissionais da área de saúde precisam identificar fatores preditivos do ato suicida, promover o acolhimento de tais pacientes em uma escuta ativa, demonstrando empatia e oferecendo as possibilidades para enfretamento. Esses fatores de risco preditivos de ações suicidas também incluem transtornos mentais, aspectos demográficos, doenças crônicas associadas, histórico pessoal, características psicológicas, eventos traumáticos na infância, abuso de substâncias, desemprego, sexo masculino, presença do haplótipo ABCB1 (1236TT-2677TT-3435TT) e sazonalidade, sendo a situação agravada quando há combinação de tais fatores.

É necessário também entender os métodos mais utilizados nas tentativas de suicídio para discutir meios de restrição, reduzindo o acesso ou controlando a quantidade disponível de potenciais fontes, como é o caso de venenos e armas de fogo. Associado a isso, é preciso esforços de prevenção com rede integrada de pessoas para apoiar indivíduos de risco, mantendo-se em alerta para intervenção. Indivíduos com características suicidas devem ter acompanhamento psicológico e psiquiátrico, com intuito de realizar tratamento voltado a condição existente, mas também devem receber apoio de outras especialidades médicas, de profissionais da saúde e de membros da comunidade em que vivem e interagem socialmente, como principalmente nas escolas.

A saúde mental deve ser cada vez mais abordada por equipes multidisciplinares pela necessidade de conhecer o paciente de maneira integral e poder auxiliar com diferentes abordagens. Pacientes com tentativas prévias de suicídio requerem atenção redobrada da equipe para poder tornar mais fácil a mudança na perspectiva do sujeito. É necessário portanto acolhimento, um clima favorável e prestação de serviço tanto ao paciente quanto à sua família, evitando o desfecho trágico de uma morte por suicídio.

Referências

1. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB de, Barros MB de A, Silva VF da, Dalgalarrondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2009 Dec [cited 2020 Jun 20]; 25(12):2632–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200010&lng=pt&tlng=pt
2. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: A global imperative, 1ª ed. Geneva: World Health Organization, 2014.

3. World Health Organization (WHO). Suicide in the World, global estimates, 1ª ed. Geneva: World Health Organization, 2019.
4. Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Székely A, Tóth MD, Coyne J, et al. What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. Niederkrotenthaler T, editor. PLoS One [Internet]. 2015 Jul 6 [cited 2020 Jun 20]; 10(7):e0129062. Available from: https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0129062
5. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol USP [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 Jun 24]; 25(3):231–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=pt&tlng=pt
6. Miniati M, Callari A, Pini S. Adult attachment style and suicidality. Psychiatr Danub [Internet]. 2017 Sep 21 [cited 2020 Jun 22]; 29(3):250–9. Available from: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol29_no3/dnb_vol29_no3_250.pdf
7. Oliveira CT, Collares LA, Noal MHO, Dias ACG. Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. Gerais: revista interinstitucional de psicologia. Juiz de Fora, MG; 2016. p. Vol. 9, n.1, pages 78-89.
8. Botega NJ. Comportamento suicida. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Artmed, editor. In N. J. Botega (Org.). Porto Alegre, RS; 2012.
9. Melo AK, Brasil CCP, Fiqueiredo IA de, Catunda ML, Carioca SPB. Atuação do psicológo no hospital geral com pacientes de tentativa de suicídio: estudo fenomenológico. Rev Bras em Promoção da Saúde [Internet]. 2018 Dec 21 [cited 2020 Jun 29]; 31(4). Available from: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8752
10. Gutierrez BAO. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. Psicol USP [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 Jul 01]; 25(3):262–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300262&lng=pt&tlng=pt
11. Stenbacka M, Jokinen J. Violent and non-violent methods of attempted and completed suicide in Swedish young men: the role of early risk factors. BMC Psychiatry [Internet]. 2015 Dec 14 [cited 2020 Jun 28];15(1):196. Available from: http://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0570-2
12. Persett PS, Grimholt TK, Ekeberg O, Jacobsen D, Myhren H. Patients admitted to hospital after suicide attempt with violent methods compared to patients with deliberate self-poisoning -a study of background variables, somatic and psychiatric health and suicidal behavior. BMC Psychiatry [Internet]. 2018 Dec 24 [cited 2020 Jun 22]; 18(1):21. Available from: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1602-5
13. Kapur N, Steeg S, Turnbull P, Webb R, Bergen H, Hawton K, et al. Hospital management of suicidal behaviour and subsequent mortality: a prospective cohort study. The Lancet Psychiatry [Internet]. 2015 Sep [cited 2020 Jun 24];2(9):809–16. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036615001698
14. Ferro MA, Rhodes AE, Kimber M, Duncan L, Boyle MH, Georgiades K, et al. Suicidal Behaviour Among Adolescents and Young Adults with Self-Reported Chronic Illness. Can J Psychiatry [Internet]. 2017 Dec 17 [cited 2020 Jun 24]; 62(12):845–53. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743717727242
15. Niskanen L, Partonen T, Auvinen A, Haukka J. Excess mortality in Finnish diabetic subjects due to alcohol, accidents and suicide: a nationwide study. Eur J Endocrinol [Internet]. 2018 Nov [cited 2020 Jun 22]; 179(5):299–306. Available from: https://eje.bioscientifica.com/view/journals/eje/179/5/EJE-18-0351.xml
16. Schmutte T, Olfson M, Xie M, Marcus SC. Deliberate self-harm in older adults: A national analysis of US emergency department visits and follow-up care. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2019 Jul [cited 2020 Jun 30]; 34(7):1058–69. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/gps.5109
17. Moberg T, Stenbacka M, Jönsson EG, Nordström P, Åsberg M, Jokinen J. Risk factors for adult interpersonal violence in suicide attempters. BMC Psychiatry [Internet]. 2014 Dec 7 [cited 2020 Jun 29]; 14(1):195. Available from: http://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-195

18. Hameed U, Dellasega CA. Irritability in Pediatric Patients: Normal or Not? Prim Care Companion CNS Disord [Internet]. 2016 Mar 24 [cited 2020 Jun 29]; Available from: http://www.psychiatrist.com/PCC/article/Pages/2016/v18n02/15br01893.aspx
19. Zatti C, Guimarães LSP, Soibelman M, Semensato MR, Bastos AG, Calegaro VC, et al. The association between traumatic experiences and suicide attempt in patients treated at the Hospital de Pronto Socorro in Porto Alegre, Brazil. Trends Psychiatry Psychother [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Jun 22]; 42(1):64–73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892020000100064&tlng=en
20. Haglund A, Lindh ÅU, Lysell H, Renberg ES, Jokinen J, Waern M, et al. Interpersonal violence and the prediction of short-term risk of repeat suicide attempt. Sci Rep [Internet]. 2016 Dec 14 [cited 2020 Jun 28]; 6(1):36892. Available from: http://www.nature.com/articles/srep36892
21. Castelpietra G, Egidi L, Caneva M, Gambino S, Feresin T, Mariotto A, et al. Suicide and suicides attempts in Italian prison epidemiological findings from the "Triveneto" area, 2010–2016. Int J Law Psychiatry [Internet]. 2018 Nov [cited 2020 Jun 30]; 61:6–12. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0160252718301006
22. Jamison EC, Bol KA. Previous Suicide Attempt and Its Association With Method Used in a Suicide Death. Am J Prev Med [Internet]. 2016 Nov [cited 2020 Jun 28]; 51(5):S226–33. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S074937971630294X
23. Giannini G, Francois M, Lhommée E, Polosan M, Schmitt E, Fraix V, et al. Suicide and suicide attempts after subthalamic nucleus stimulation in Parkinson disease. Neurology [Internet]. 2019 Jul 2 [cited 2020 Jun 29]; 93(1):e97–105. Available from: http://www.neurology.org/lookup/doi/10.1212/WNL.0000000000007665
24. Peñas-Lledó E, Guillaume S, Delgado A, Naranjo MEG, Jaussent I, LLerena A, et al. ABCB1 gene polymorphisms and violent suicide attempt among survivors. J Psychiatr Res [Internet]. 2015 Feb [cited 2020 Jun 29]; 61:52–6. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002239561400346X
25. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Moradi G, Hassanzadeh J. Seasonality in Violent and Nonviolent Methods of Suicide Attempts: A Cross-Sectional Study on Systematic Registry Data. Acta Med Iran [Internet]. 2017 Aug [cited 2020 Jun 30]; 55(8):507–13. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29034647

Polifarmácia: um desafio para o cuidado multidisciplinar do paciente geriátrico

Gabrielly Alves Mota
Lara Vívian Paixão Fernandes
Maria Izabel de Azevedo Ferreira
Luciana Colares Maia

Resumo

A transição demográfica exigiu a necessidade de cuidados específicos para a população geriátrica em crescimento. Nesse âmbito, a polifarmácia representa um desafio para a manutenção da qualidade de vida dos idosos, visto que pode ser benéfica ou estar associada a fatores de risco e iatrogenias. Este trabalho teve como objetivo sintetizar os dados acerca da prevalência da polifarmácia na população geriátrica brasileira, delineando seus fatores precipitantes e desafios para a medicina inclusiva. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, conduzida nas bases de dados PubMed, Scielo e BVS, utilizando-se de descritores controlados. Foram incluídas pesquisas que abordassem a temática em estudo, especificassem indivíduos>60 anos no objeto de pesquisa e permitissem analisar os dados distintamente dos demais grupos etários. Obteve-se um total de 348 referências, sendo que destas, 21 foram incluídas na análise final desta revisão. Demonstrou-se que a polifarmácia tem prevalência média de 23% (DP=11,6) entre os idosos brasileiros, apresentando como principais fatores de risco: sexo feminino, maior idade**,** pior percepção de saúde e maior número de doenças crônicas. Assim, a fim de minimizar os problemas decorrentes da polifarmácia e de diminuir a prevalência desse fator no Brasil, a equipe multidisciplinar deve monitorizar e individualizar as prescrições de cada paciente.

Palavras-chave: idoso; assistência integral à saúde; polimedicação.

Introdução

No Brasil, a partir do advento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, todos os cidadãos brasileiros adquiriram o direito de ter acesso universal à saúde pública. Os princípios do SUS são amparados na aplicação dos conceitos de universalidade, equidade e integralidade, sendo este último referente às ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação de um indivíduo[1], que deve ser considerado como um todo, e não apenas por sua enfermidade. Desse modo, a multidisciplinaridade exerce um papel importante na promoção de saúde dos cidadãos, de modo que a colaboração e a organização dos saberes de diversas áreas profissionais e educativas geram aumento da qualidade de vida de toda a população, principalmente dos idosos[2].

Idoso é definido como pessoa de idade maior ou igual a 60 anos[3]. O Brasil soma um total de mais de 211 milhões de habitantes, sendo que o índice de envelhecimento da população no ano de 2020 é de 46,89 e a estimativa é que esse número suba para 71,05 no ano de 2030. Em percentual, a taxa da população idosa é de 9,93%, com estimativa de 13,54% em 2030 e de 21,87% no ano de 2050[4].

Devido ao aumento do seu número absoluto em todo o mundo, a população geriátrica requer atenção e cuidados específicos quanto às suas necessidades em saúde[5]. O envelhecimento demográfico aumenta a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como causa de morte[6], o que repercute nos modelos assistenciais de saúde de tal forma que é indispensável considerar fatores como a polifarmácia.

A polifarmácia é comumente descrita como o uso rotineiro de cinco ou mais medicamentos simultâneos por um paciente[7]. Entretanto, essa designação ainda é controversa na literatura, já que ela também é descrita como a co-prescrição de vários medicamentos, o uso inadequado de medicamentos, o uso de medicamentos sem indicação clínica e a visita a várias farmácias[8,9].

Apesar disso, o uso de múltiplos fármacos nem sempre é um fator negativo. A polifarmácia é considerada apropriada quando o uso de diversos medicamentos é baseado em evidências, otimizando os resultados de saúde do paciente. Quando essa situação não se baseia em evidências, pode resultar em eventos adversos, e é considerada como inapropriada[10].

Para mais, embora os medicamentos prescritos e vendidos sem receita possam tratar diversos problemas de saúde, eles potencialmente causam ou contribuem para danos, especialmente em pacientes idosos, gerando iatrogenia[11]. Nesse contexto, é necessária uma abordagem de cuidado integral e de assistência centrada no paciente como estratégia para garantir o uso seguro de fármacos em usuários de múltiplos medicamentos[12], a fim de agir sobre fatores de risco que podem ser modificáveis[5] e garantir a autonomia e qualidade de vida do indivíduo idoso[13].

O conhecimento de fatores associados à polifarmácia é útil para alertar os profissionais de saúde sobre a importância de identificar e monitorar os grupos de idosos mais vulneráveis. Assim, o objetivo deste trabalho foi sintetizar os dados acerca da prevalência da polifarmácia na população geriátrica brasileira, delineando seus fatores precipitantes e desafios para a medicina inclusiva.

Métodos

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, feita a partir dos critérios PRISMA (Preferred ReportingItems for Systematic reviews and Meta-Analyses)[14] de investigação. A busca foi realizada em julho de 2020 pela PubMed, Scielo e nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS: LILACS, MEDLINE, BDENF, IBECS, BBO e PAHO-IRIS.

A fim de delinear a pesquisa, foram utilizados descritores controlados presentes na base de Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Assim, a busca foi conduzida da seguinte forma: “aged” OR “health of the elderly” OR “health services for the aged” AND “polypharmacy” AND “Brazil”, e seus respectivos correspondentes em português e espanhol.

Os critérios de inclusão utilizados foram: abordar a temática em estudo, especificar indivíduos maiores que 60 anos no objeto de pesquisa e permitir analisar os dados distintamente dos demais grupos etários. Os critérios de exclusão, por sua vez, foram: textos incompletos e/ou com acesso indisponível; artigos de revisão; artigos que não definiam a polifarmácia como o uso de cinco ou mais medicamentos pelo mesmo paciente; e documentos que não faziam referência a nenhum fator associado à polifarmácia em idosos.

Dos artigos selecionados, as principais informações foram organizadas em uma tabela, composta por: identificação dos autores; título do artigo/ano; objetivo; metodologia utilizada; resultados principais; e observações do pesquisador e / ou extratos relevantes destacados no artigo. Essa forma de organização dos dados possibilitou uma melhor visualização das informações coletadas, auxiliando na análise sistemática.

Para determinar a relevância dos artigos encontrados nas bases de dados, dois examinadores realizaram a síntese dos dados de interesse de forma independente, seguida pela análise dos trabalhos. Todas as divergências foram resolvidas por discussão.

Todos os aspectos éticos relacionados à elaboração e ao desenvolvimento de uma revisão sistemática foram seguidos. Como o estudo utilizou informações de artigos disponibilizados em domínio público, não houve necessidade de solicitar utilização dos dados. Portanto, a apreciação e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa foram dispensadas, assegurando a bioética da consulta de dados, conforme a resolução 466/2012 do Plenário do Conselho Nacional de Saúde[15].

Resultados

Um total de 348 referências foram inicialmente identificadas, sendo 146 na base de dados da PubMed, 67 na Scielo e 135 na BVS (MEDLINE – 71; LILACS – 61; BBO – 2; BDNF – 1; IBECS – 1; PAHO-RIS – 1). Após eliminação de trabalhos duplicados, 182 artigos foram submetidos para avaliação de títulos e resumos. Desses, 49 foram selecionados para avaliação do texto completo e, por fim, 21 documentos foram incluídos na elaboração do estudo.

Os artigos analisados tinham amostras localizadas em diferentes estados do Brasil: Minas Gerais (n=4), São Paulo (n=3), Bahia (n=2), Distrito Federal (n=2), Goiás (n=2), Rio Grande do Sul (n=2), Santa Catarina (n=2), Rio de Janeiro (n=1) e Pernambuco (n=1). Além disso, 2 estudos foram realizados com amostra nacional. Como foram inclusos apenas artigos feitos com a população brasileira, 11 deles foram escritos apenas no idioma português e 10 estavam disponíveis para leitura em português e inglês. Não foram encontrados artigos em espanhol ou outras línguas.

Foram encontrados estudos descritivos e analíticos: transversais (n = 18; 85,7%), seguidos de estudos seccionais (n = 2; 9,5%) e de coorte (n = 1; 4,8 %). Considerando todos os 21 documentos examinados, 29.705 idosos / pacientes (≥ 60 anos), foram considerados como amostra total. Os dados foram coletados em um período variável de 2002-2017, segundo cada artigo.

A prevalência de polifarmácia na população geriátrica brasileira variou de 11% a 62,8% nos estudos inclusos, apresentando uma média de 23% (DP=11,6). De acordo com a classificação farmacológica do Anatomic Therapeutic Chemical (ATC), em todos os artigos, os grupos de medicamentos mais associados à polifarmácia em idosos foram os indicados para o sistema cardiovascular, principalmente os anti-hipertensivos. Após esses, os medicamentos indicados para o sistema nervoso central e para o trato alimentar e metabolismo foram os mais utilizados pelos idosos polimedicados.

Sendo "n" o número de artigos que constataram a relação, os principais fatores de risco associados à polifarmácia nos idosos brasileiros foram: sexo feminino (n=16); aumento da idade (n=13); pior percepção de saúde autorreferida (n=11); duas ou mais doenças crônicas autorreferidas (n= 10); maior número de consultas médicas no último ano (n=7); Hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou Diabetes mellitus (DM) diagnosticadas (n=6); ter de plano de saúde (n=5); internação no ano anterior (n=4); escolaridade baixa (n=3); maior renda (n=2); obesidade (n=2); residir em região sul do Brasil (n=2); e viver sem companheiro (n=2).

A polifarmácia também foi associada à automedicação em cinco estudos. Segundo esses, a porcentagem de idosos que se automedicavam e faziam uso de cinco ou mais medicamentos variavam de 6,7% a 44,2%, de acordo com a amostra (média: 25,9; DP: 16,4). Além disso, sete artigos relacionaram que 11,7%-77,2% dos idosos polimedicados estavam em uso de pelo menos um medicamento potencialmente inapropriado.

A polifarmácia também foi relacionada a fatores protetores. O uso apenas do sistema público de saúde foi inversamente associado à polifarmácia em um dos estudos. A presença de uma maior escolaridade também foi relacionado a menor prevalência de polifarmácia em dois artigos.

Por fim, considerando a amostra total de idosos analisada, o número médio de medicamentos utilizados por eles foi referido em 12 dos artigos. Esse valor variou entre 2,1 e 5,9 medicamentos/pacientes (média 3,5; DP: 0,91). Em nenhum estudo essa média de medicamentos foi associada à população geriátrica polimedicada.

Discussão

O aumento da expectativa de vida, o maior acesso a medicamentos e a maior prevalência de DCNT têm tornado a polifarmácia cada vez mais comum. Em nossos estudos, a prevalência média de polifarmácia em idosos foi de 23%, o que se mostrou maior que a da população brasileira em geral (9,4%)[16] e da população idosa japonesa (5,6%)[17]; e menor que a prevalência de polifarmácia em idosos nos Estados Unidos (35,6%)[18], Grécia (29.3%) e Portugal (36.9%)[19].

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, destacou a polifarmácia como uma das principais áreas de foco de seu Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente: Medicação sem Danos[12]. A polimedicação na população geriátrica, portanto, constitui um desafio de saúde pública, visto que o aumento da idade leva à maior prevalência de DCNT e, consequentemente, ao aumento da demanda por serviços de saúde e por medicamentos[11]. Isso corrobora esta pesquisa, que mostrou o aumento da idade como o segundo principal fator de risco para polifarmácia, depois do sexo feminino. Essa maior utilização de medicamentos pelas mulheres idosas pode estar relacionada a fatores como: maior sobrevida, maior procura pelos serviços de saúde e maior familiaridade com os medicamentos[20].

O grupo de medicamentos mais associados à polifarmácia na população geriátrica foram os indicados para o sistema cardiovascular e para o trato alimentar e metabolismo. Além disso, ter duas ou mais doenças crônicas ou possuir HAS e DM constituíram fatores de risco diretamente associados ao maior uso de medicamentos. Isso porque pacientes idosos com múltiplas comorbidades, frequentemente, requerem tratamento com mais de um fármaco, aumentando inerentemente o risco de polimedicação[21].

Na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso racional de Medicamentos, realizada no ano de 2017, a doença crônica de maior prevalência foi a HAS (66,0%), seguida da DM (8,0%) e

da dislipidemia (7,0%)[22]. Associado a isso, a prevalência de idosos que utilizavam pelo menos cinco medicamentos de uso crônico foi de 18,0%[6]. Como a obesidade está relacionada com essas doenças, ela acaba indiretamente constituindo ainda fator de risco para o maior uso de medicamentos pela população geriátrica.

A automedicação também foi mostrada como causa potencial de polifarmácia e a disponibilidade de diversos medicamentos de venda livre, especialmente medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, agrava esse problema[23]. Por isso, é importante que políticas públicas de fornecimento de medicamentos contemplem as particularidades presentes no organismo envelhecido, permitindo que o acesso aos medicamentos mais utilizados ocorra de maneira segura e eficaz[24].

Entre as consequências da polifarmácia inadequada citam-se aumento da mortalidade, quedas, efeitos colaterais, aumento do tempo de permanência no hospital e readmissões hospitalares logo após a alta[25,26]. Ainda, iatrogenia, piora das disfunções orgânicas inerentes à idade, comprometimento cognitivo ou funcional, incontinência urinária e desnutrição também podem ocorrer[27,28].

Nessa perspectiva, o uso de medicamentos crônicos é uma importante dimensão a ser considerada na assistência ao idoso, para que os riscos de polifarmácia possam ser modificados a partir de ações que visem o uso racional de medicamentos[6]. Ou seja, trata-se de um problema de saúde pública previsível e evitável, que, se adequadamente monitorizado, pode diminuir a internação hospitalar de pacientes idosos[29].

Dentre os desafios para o combate da polifarmácia na população geriátrica estão: o uso irracional dos medicamentos; o temor dos efeitos adversos da descontinuação do uso da substância, tanto pelo paciente quanto pela família; a fragmentação do cuidado e das relações interprofissionais particularmente; bem como os obstáculos inerentes à desprescrição[30].

Nesse cenário, o idoso com baixa escolaridade tem maior probabilidade de ser polimedicado, visto que a incompreensão das ordens do médico para descontinuar o fármaco ou o uso indevido de medicamentos devido à semelhança de forma/cor pode gerar uma polifarmácia inapropriada[8]. Por isso a importância da abordagem da utilização de medicamentos pela equipe da atenção primária durante visitas domiciliares e/ou consultas programadas, bem como a prescrição por meio da tomada de decisões compartilhadas[30].

Ademais, torna-se um fator essencial à prescrição: a educação do paciente e familiares/cuidadores. O problema ligado à polifarmácia não pode ser atribuído somente ao seu consumo excessivo, mas também à irracionalidade de uso e ao desconhecimento do idoso sobre as indicações adequadas para cada fármaco[31].

Por isso, o idoso precisa ser informado e orientado sobre como tomar cada um dos medicamentos prescritos (horário, posologia, duração do tratamento), o que fazer em caso de esquecimento de uma ou mais doses e onde guardar os medicamentos. Também é necessário que a pessoa idosa leve sempre à consulta os medicamentos utilizados, para proporcionar uma reavaliação da terapêutica atual, o que contribui para melhor adesão à terapêutica e para evitar potenciais problemas associados à polifarmácia[32].

Outros fatores de risco para a polimedicação apontados nesta revisão foram: possuir um plano de saúde, morar na região sul do Brasil (região com maior Índice de Desenvolvimento Humano do país) e ter maior renda. Isso sugere que a facilidade ao acesso à saúde privada e, consequentemente, a mais prescritores, aumenta o consumo de medicamentos pelos idosos[33]. O fato de um mesmo indivíduo consultar diferentes especialistas[34] acaba gerando o excesso de medicações e suas respectivas complicações.

Nesse contexto, é necessária uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar de assistência centrada no paciente, além da avaliação geriátrica ampla (AGA) pelo especialista, como método para garantir o uso seguro de fármacos em usuários de múltiplos medicamentos[12]. Assim, a principal estratégia de combate à polifarmácia é o estabelecimento da atenção ao idoso em seu cuidado integral e não na doença, tendo em vista a funcionalidade (autonomia e independência) e qualidade de vida[13].

Neste estudo, a pior percepção de saúde autorreferida também foi vista como um fator predisponente à polifarmácia. A autoavaliação da saúde expressa a percepção do indivíduo sobre sua saúde física, cognitiva e emocional, com base em suas expectativas e referências de comparação[35]. Assim, idosos que utilizam muitos medicamentos tendem a achar que, devido a isso, possuem saúde inferior.

Esses achados reafirmam a necessidade da equipe de saúde lançar mão de tratamentos não farmacológicos, que, por sua vez, podem contribuir para a redução da polifarmácia e para uma melhor

percepção da saúde. Além disso, ações que otimizem a prescrição e deem segurança à dispensação de medicamentos podem ser realizadas, melhorando a compreensão do paciente quanto ao seu tratamento e sua doença[6].

Outro obstáculo à correta prescrição e diminuição da polifarmácia é que o Brasil não possui uma lista própria de medicamentos contraindicados especificamente para a população idosa. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), órgão federal encarregado da regulação do uso de medicamentos no país, emite periodicamente alertas sobre medicações não indicadas apenas para a população em geral[36].

Desse modo, grande parcela da população geriátrica polimedicada pode estar em uso de medicamentos potencialmente inapropriados. A fim de evitar isso, os profissionais responsáveis pelas intervenções preventivas precisam estar habilitados a reconhecer as classes de fármacos potencialmente contraindicados para os idosos, como os benzodiazepínicos, hipoglicemiantes orais de meia-vida longa, barbitúricos de curta duração, antidepressivos com ação anticolinérgica potente, analgésicos opióides, dentre outros[37].

Nesse sentido, a monitoração de medicamentos do paciente deve fazer parte da agenda da equipe multiprofissional. Ademais, o treinamento permanente em equipe pode trazer todos profissionais ao mesmo nível de conhecimento para a condução das intervenções, principalmente no que tange a promoção da saúde e educação do idoso[34]. Além desses aspectos, é importante que o cuidado ao idoso e familiares/cuidadores, seja baseado na integralidade e continuidade, identificando os fatores de risco de cada indivíduo, a fim de tratar cada envolvido com individualidade e co-responsabilidade[13].

Conclusão

Os resultados dessa revisão revelaram que a polifarmácia é um problema significativo em meio aos idosos brasileiros, mas que pode ser presumível e evitado. Por isso, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados para cuidar dos idosos. Da mesma forma, faz-se necessário que cada prescrição seja adaptada individualmente, levando em consideração as características e as opiniões dos pacientes, bem como de seus familiares e/ou cuidadores.

Por meio desse estudo, espera-se que os profissionais de saúde permaneçam atentos aos principais fatores associados à polifarmácia, bem como aos riscos e as possíveis consequências de todos gigantes da geriatria diretamente associados. Por conseguinte, problemas secundários à polifarmácia serão minimizados e os resultados de saúde dos pacientes idosos serão atingidos de forma segura e eficaz.

A multidisciplinaridade do atendimento à pessoa idosa, nesse sentido, é essencial no que diz respeito ao cuidado integral de sua saúde. Além disso, ela influencia beneficamente para que a assistência se dê de forma contínua e sistematizada, aumentando a qualidade de vida do paciente e diminuindo ou miminizando os efeitos adversos da fragmentação do cuidado, como a polimedicação.

Referências

1. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília (19 set.,1990).
2. Piexak DR, Freitas PH, Backes DS, Moreschi C, Ferreira CLL, Souza MHT. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2012; 15(2): 201-208.
3. Lei nº 8.842 de 04 de Janeiro de 1994. Diário Oficial da União, Brasília (05 jan., 1994).
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação [internet]. 2019. Available from: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/.
5. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. Rev Saúde Pública 2016; 50 (supl 2):9s.
7. Varghese D, HaseerKoya H. Polypharmacy. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.

8. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. Am J Geriatr Pharmacother. 2007; 5:345-351.
9. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr. 2017; 17(1):230.
10. Khan N, Chattopadhyay K, Leonardi-Bee J. Incidence, prevalence, risk factors and health consequences of polypharmacy in adults in South Asia: a systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep. 2019; 17(11):2370-2377.
11. Kim J, Parish AL. Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. NursClin North Am. 2017; 52(3):457-468.
12. Donaldson LJ, Kelley ET, Dhingra-Kumar N, Kieny MP, Sheikh A. Medication without harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. Lancet. 2017;389(10080):1680–1681.
13. Gomes HO, Caldas CP. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. Hosp Univ Pedro Ernesto 2008; 7(1):88-99
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Ann Intern Med. 2009;151(4):264-9.
15. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília (13 jun. 2013).
16. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica 2017; 51(Suppl 2): 19s.
17. Sato I, Akazawa M. Polypharmacy and adverse drug reactions in Japanese elderly taking antihypertensives: a retrospective database study. Drug Healthc Patient Saf. 2013; 5:143-50.
18. Golchin N, Frank SH, Vince A, Isham L, Meropol SB. Polypharmacy in the elderly. J Res Pharm Pract. 2015; 4(2):85-8.
19. Midão L, Giardini A, Menditto E, Kardas P, Costa E. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. ArchGerontolGeriatr. 2018;78:213-220.
20. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. J ClinEpidemiol. 2002; 55(8):809-17.
21. Kim HA, Shin JY, Kim MH, Park BJ. Prevalence and predictors of zpolypharmacy among Korean elderly. PLoS One. 2014; 9:e98043.
22. Akerman I M, Freitas O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. Rev Saúde Pública. 2017; 51 (Supl 2):1s.
23. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? Drugs Aging. 2005;22(3):231-55.
24. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, Orsi E. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. RevBrasEpidemiol 2017;20(2):335-344
25. Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SH. Prescribing for older people. BMJ. 2008; 336(7644):606-609.
26. Caughey GE, Roughead EE, Pratt N, Shakib S, Vitry AI, Gilbert AL. Increased risk of hip fracture in the elderly associated with prochlorperazine: is a prescribing cascade contributing? PharmacoepidemiolDrugSaf. 2010;19(9):977–82.
27. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf. 2014; 13(1):57-65.
28. Stuchi BP. Polifarmácia em idosos na atenção primária [monografia]. [Rio de Janeiro]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); 2016. 21 p.
29. Abe T, Tamiya N, Kitahara T, Tokuda Y. Polypharmacy as a risk factor for hospital admission among ambulance-transported old-old patients. AcuteMedSurg. 2015;3(2):107-113.

30. Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Polypharmacy: evaluating risks and deprescribing. American family physician. 2019; 100(1): 32-38.
31. Costa RM, Lima VAB, Paiva IG, Sousa PTP, Lima LG. Uso de medicamentos por idosos: algumas considerações. Geriatria & Gerontologia. 2009; 3(2):126-31.
32. Galvão C. O idoso polimedicado-estratégias para melhorar a prescrição. Rev Port Clin Geral 2006; 22:747-52
33. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. RevSaude Publica. 2008;42(4):724-32.
34. Pype P, Mertens F, Helewaut F, D'Hulster B, De Sutter A. Potentially inappropriate medication in primary care at the end of life: a mixed-method study. Acta ClinBelg. 2018;73(3):213-219.
35. Pagotto V, Nakatani AYE, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2011; 27(8): 1593-602.
36. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 2020. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/medicamentos.
37. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2019; 67(4):674-694.

A importância da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente pediátrico em cuidados paliativos

Anderson de Almeida Rocha
Isabella Alvarenga Abreu
Marcella Alvarenga Abreu
Natália Quintão Barros

Resumo

Introdução: O trabalho em equipe é considerado componente essencial dos cuidados paliativos que visa prevenir e aliviar o sofrimento, além de propiciar atenção contínua para a criança e sua família quando não há possibilidades terapêuticas de cura. **Objetivo:** Demonstrar a importância da equipe multidisciplinar na preparação da família e do paciente em cuidados paliativos pediátricos. **Método:** Realizou-se busca eletrônica na base de dados Pubmed e Bireme com os descritores "cuidados paliativos" e "pediatria" e "equipe multidisciplinar", limitando o período de 2015 a 2020. **Resultados:** Demonstrou-se o quão essencial é a equipe multidisciplinar no processo de cuidar e tratar crianças em cuidados paliativos. Além de amparar a família, propõe-se a minimizar agravos sempre em prol da melhoria da qualidade de vida com respeito à dignidade humana. **Discussão:** É imensurável os benefícios do modelo pluralista e integral de cuidados em toda a trajetória da doença, além de demonstrar a singularidade que a equipe vivencia em seu cotidiano de exercer o paliativismo para a criança e sua família. **Conclusão**: A abordagem multidisciplinar é imprescindível na concepção de cuidados paliativos, pois se direciona para agravos físicos, psicológicos, espirituais e sociais que envolvem o paciente e a família, tornando necessária a integração de diversos saberes.
Palavras-chave: cuidados paliativos; pediatria; equipe multidisciplinar.

Introdução

O cuidado paliativo vem se destacando nos últimos anos como um modelo terapêutico que tem como proposta abordar os diversos fatores que diminuem a qualidade de vida do paciente sob a perspectiva de uma doença complexa, multidimensional e dinâmica. "Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento" (OMS, 2002). Previnem e aliviam o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento correto da dor e outros problemas, sejam de ordem física, psicossocial ou espiritual. Trata-se de uma estratégia multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, dentistas, entre outros, que atuam de forma planejada, com diferentes percepções e experiências. [1]

Durante a graduação os profissionais de saúde aprendem muito sobre o conhecimento teórico/prático que se baseia em diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças. Entretanto, muitos desses não são preparados de forma efetiva para lidar com todas as fragilidades e limitações de um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura. Atualmente, exige-se muito para que os profissionais reflitam sobre suas práticas e concepções a fim de ressignificar o cuidado prestado em um paciente com doenças que ameaçam a vida. Para tanto, é necessário que desenvolvam uma assistência integral, escuta atenta e comunicação efetiva, como forma de diminuir a ansiedade e o medo da família e da criança frente ao prognóstico futuro, assim como se faz fundamental a troca de sentimentos e experiências por parte dos profissionais de saúde durante o cuidado dispensado à criança. [2]

O cuidado paliativo deve ser inclusivo e plural e se destina a dar suporte à família e ao paciente na doença e no luto. O valor central é a dignidade humana e o respeito à integridade do paciente por meio do atendimento multidisciplinar. [3] Compreender isso é imprescindível para a formação de um vínculo afetivo entre profissional e paciente, bem como para possibilitar uma comunicação mais humana, proporcionar segurança ao paciente para compartilhar seus medos e anseios e criar uma base pautada em confiança e empatia. [4,5]

Na intenção de reforçar a necessidade da assistência humanizada e integral ao paciente, o estudo objetivou demonstrar a importância da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos pediátricos.

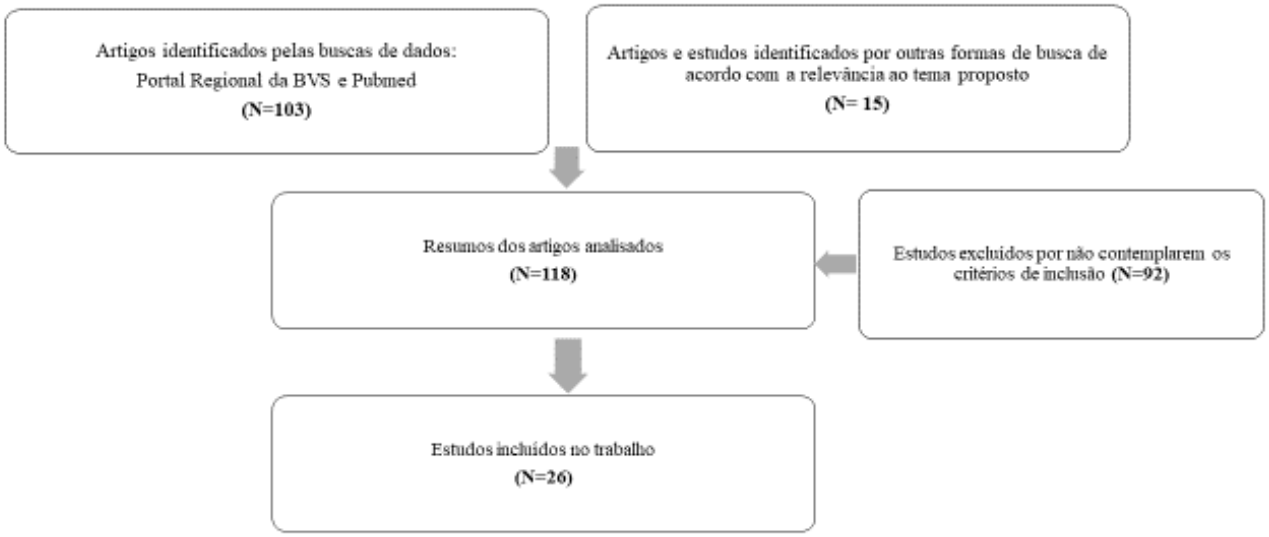
Métodos

A revisão integrativa da literatura permite abordar diferentes tipos de estudos, admitindo vasta análise do assunto e síntese do conhecimento produzido. Para guiar este trabalho, definiu-se como questão norteadora: Qual a importância da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente pediátrico em cuidados paliativos? Para tanto, realizou-se busca eletrônica na base de dados Pubmed e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências em Saúde (Bireme) com os descritores "cuidados paliativos" e "pediatria" e "equipe multidisciplinar", limitando o período de 2015 a 2020. Foram elegíveis artigos completos de livre acesso disponíveis eletronicamente, publicados em português, espanhol e inglês, que apresentassem relevância à temática proposta; excluindo-se os que não preenchiam os critérios estabelecidos acima. Posteriormente, adicionaram-se outros estudos encontrados por outras formas de buscas por se enquadrarem ao tema proposto no período de 2008 a 2020.

Resultados

Dos 103 artigos analisados que compunham a investigação inicialmente, 86 foram encontrados na base de dados do Pubmed e 17 na base de dados da Bireme, das quais 11 compuseram a amostra por atenderem aos critérios de inclusão. Além disso, acrescentaram-se 15 estudos encontrados por outras plataformas por relevância ao tema.

Figura 1: Fluxograma de seleção



Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 1. Características dos estudos incluídos na revisão.

TÍTULO	ANO	DELINEAMENTO	OBJETIVO	DESFECHO
1 Cuidados paliativos	2016	Nota histórica	Recuperou-se o histórico do movimento dos Cuidados Paliativos (CP) no mundo.	Os Cuidados Paliativos se apresentam como uma forma inovadora de assistência, com equipe, de caráter multiprofissional.
2 Experiência em cuidados paliativos à criança portadora de leucemia: a visão dos profissionais	2013	Pesquisa qualitativa	Compreender a visão da equipe multidisciplinar perante a criança portadora de leucemia em CP.	Os profissionais possuem pouca experiência nessa área e têm dificuldade em lidar com os sentimentos.

3 Definindo uma "Boa Morte" em Oncologia Pediátrica: Um Estudo de Métodos Mistos de Profissionais de Saúde	2020	Estudo transversal de métodos mistos	Identificar os fatores importantes para o cuidado no fim da vida na oncologia pediátrica.	A disciplina e os anos de experiência podem influenciar as definições do profissional de saúde de cuidados de qualidade ao fim de vida.
4 Sofrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas	2011	Pesquisa qualitativa	Discutir a mudança de paradigmas na formação dos profissionais da saúde.	Cuidado, solidariedade e compassividade são as novas palavras para melhor tratar pacientes nos estágios finais da vida.
5 Manual de cuidados paliativos - Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)	2012	Manual	Garantir à comunidade o acesso à compreensão a protocolos e orientações escritas por profissionais de muita experiência em paliativismo.	Não se aplica.
6 Dicionário da Educação Profissional em Saúde - Segunda edição revista e ampliada	2008	Livro	Questionar e a buscar os significados oferecidos pelos verbetes.	Não se aplica.
7 Oncologia paliativa pediátrica: unindo silos de cuidado por meio de um modelo incorporado	2017	Pesquisa qualitativa	Abordar as questões críticas de integrar os serviços de cuidados paliativos pediátricos (PPC) de forma proativa na oncologia.	Os PPC e especialistas em oncologia pediátrica têm defendido a implementação de novos modelos de entrega dos PPC.
8 Barreiras e facilitadores para a implementação de uma equipe de cuidados paliativos pediátricos	2018	Estudo qualitativo	Identificar barreiras e facilitadores relatados por profissionais de saúde.	As experiências positivas com a equipe de cuidados paliativos são um grande facilitador para a implementação da equipe multidisciplinar.
9 Explorando as recompensas e os desafios do trabalho de cuidados paliativos pediátricos	2017	Estudo exploratório qualitativo	Explorou as recompensas e desafios de trabalhar em um hospício infantil com o objetivo de identificar o apoio da equipe.	A equipe do hospício infantil pode se reunir para apoio e aprendizado, e demonstra um compromisso organizacional com o bem-estar.
10 Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, competências e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional	2015	Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva	Revelar as percepções, competências práticas de equipes multiprofissionais que prestam cuidados paliativos a crianças em uma unidade de oncologia pediátrica.	Os sujeitos revelaram que a equipe também sofre com a morte de um filho e, assim como a família, caminha na direção da construção de mecanismos de enfrentamento para a elaboração do luto.
11 Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer	2017	Revisão bibliográfica	Estabelecer o papel do enfermeiro na execução de Cuidados Paliativos.	É necessário cada vez mais estabelecer o papel do profissional diante deste tipo de assistência.
12 O papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos	2016	Revisão bibliográfica	Demonstra a atuação da fisioterapia em oncologia, com enfoque nos cuidados paliativos.	Avaliação para dor é de grande valia para um atendimento mais humanitário e específico.
13 Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva	2019	Pesquisa qualitativa	Investigar o conhecimento da equipe sobre eles e elaborar ações de cuidados paliativos a pacientes com limitação de suporte de vida em terapia intensiva.	Os profissionais reconheceram a importância dos cuidados paliativos à população.
14 Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa	2016	Revisão integrativa	Verificar se a nutrição pode ou não melhorar a qualidade de vida do paciente em cuidados paliativos.	A conduta nutricional em cuidados paliativos deve respeitar as decisões do paciente e de sua família e os princípios bioéticos. As intervenções nutricionais devem dar maior importância à prestação de aconselhamento e de apoio, ao invés de centrar apenas na adequação das necessidades nutricionais.
15 O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer	2011	Revisão de literatura	Como se constitui a função do profissional de Psicologia inserido na equipe de Cuidados Paliativos.	Existe uma escassez de trabalhos que tratem especificamente do papel do psicólogo, enquanto integrante dessa equipe.

16 Serviço social e cuidados paliativos: O que sinaliza a produção científica?	2020	Pesquisa exploratória com revisão integrativa	Mapear a produção científica do Serviço Social em relação aos Cuidados Paliativos com base na consulta em periódicos e simultaneamente, identificar as articulações temáticas presentes em tal produção.	A escassez da produção científica com os termos adotados no estudo, sinaliza a necessidade de maiores incursões teóricas do Serviço Social sobre os Cuidados Paliativos e suas nuances.
17 Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura	2016	Revisão de literatura	Analisar artigos acerca da temática: cuidados paliativos e espiritualidade.	Verificou-se a relevância da dimensão espiritual durante a assistência de pacientes em CP.
18 A prática de cuidados paliativos em odontologia: revisão de literatura	2016	Revisão de literatura	Explanar sobre a realização dos Cuidados Paliativos na Odontologia.	Fundamental que os profissionais estejam capacitados para intervir da forma correta na condição oral desses pacientes.
19 O papel do cirurgião dentista nos cuidados paliativos em pacientes terminais oncológicos	2017	Revisão de literatura	Revisão integrativa sobre as manifestações bucais, os cuidados e tratamentos odontológicos.	Conclui-se que as manifestações bucais num paciente oncológico em estágio terminal são xerostomia, candidíase oral, disfagia, disgeusia, mucosite oral e dor orofacial.
20 Consulta de quinze minutos: Desenvolvendo um plano de cuidado antecipado em parceria com a criança e a família	2018	Estudo qualitativo	Desenvolver um plano de cuidado antecipado (ACPs) em parceria com a criança e a família.	Os ACPs podem ajudar pacientes com uma condição limitante de vida e suas famílias.
21 Atingir aconselhamento consensual para pediatras e outros profissionais de saúde: na prevenção, reconhecimento e gestão de conflitos na prática pediátrica	2019	Estudo qualitativo	Sugerir práticas que possam reduzir a desarmonia entre pais e profissionais.	O conflito é prejudicial e desafiador para todos os envolvidos. São necessárias medidas para evitar desacordos.
22 O momento e as circunstâncias da implementação de cuidados paliativos pediátricos na oncologia pediátrica húngara	2018	Estudo qualitativo	Investigar as barreiras para implantação dos cuidados paliativos pediátricos pelos médicos.	Há uma forte preferência dos médicos por trabalhar em equipe.
23 Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos dos enfermeiros	2015	Pesquisa qualitativa e exploratória	Compreender as percepções e sentimentos do profissional enfermeiro diante do processo de morte e morrer infantil.	Foi evidenciado o despreparo emocional dos enfermeiros, a insuficiência de subsídio e falta de suporte terapêutico nas instituições de saúde para lidar com a situação.
24 Decisões de cuidado: o desenvolvimento de um recurso escrito para pais que enfrentam decisões de fim de vida	2015	Revisão de literatura	Discutido o desenvolvimento dos recursos, após implementação do piloto inicial.	O processo de consulta e o estudo piloto sugerem que recursos podem ser um benefício significativo para pais e médicos.
25 Experiências dos pais com uma equipe de cuidados paliativos pediátricos: um estudo qualitativo	2017	Pesquisa qualitativa	Obter informações sobre o apoio fornecido por uma nova equipe de cuidados paliativos pediátricos na perspectiva dos pais.	Os pais se sentem apoiados pela equipe de cuidados paliativos pediátricos.
26 Percepções da família e dos profissionais de saúde sobre um programa piloto de hospício em casa para crianças: um estudo qualitativo	2016	Estudo exploratório, qualitativo	Compreender as experiências das famílias que recebem um programa piloto.	O programa piloto hospício em casa foi bem recebido por todos. No entanto, existem questões tangíveis que poderiam ser tratadas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

A partir da análise dos estudos selecionados, foram estabelecidas duas áreas temáticas: 1) O papel de cada profissional na equipe multidisciplinar; 2) Sentimentos compartilhados entre pais, pacientes e equipe.

Quando falamos de atendimento integral, remete-se ao princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê um conjunto articulado de ações e serviços de saúde que busca “reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde”.

Cuidados paliativos visam exatamente isto, pois seu olhar vai além das questões estritamente clínicas, engloba uma melhor qualidade de vida do paciente e de seus familiares, bem como prevenção e alívio de sofrimento físico, psíquico, social e espiritual. Além disso, conta com uma rede interdisciplinar, na qual há integração horizontal entre os diferentes saberes na área da saúde que trabalham de forma complementar para melhoria do atendimento.

O valor desta multidisciplinaridade nos cuidados paliativos se resume principalmente na prática. Isso significa que em fases iniciais, o trabalho pode vir acompanhado de grandes desafios, entretanto, com o tempo, experiências positivas e recompensas conquistadas pelos profissionais torna o esforço gratificante e ajuda a manter a equipe unida e competente em prol de um único objetivo. [8,9]

É imensurável os benefícios do modelo pluralista e integral de cuidados em toda a trajetória da doença, além de demonstrar a singularidade que a equipe multiprofissional vivencia em seu cotidiano de exercer o paliativismo para a criança e sua família. [10]

Papel de cada profissional na equipe multidisciplinar

Em Cuidados Paliativos, a atuação multiprofissional é imprescindível para que o paciente tenha qualidade de vida e uma sobrevida digna, sendo a equipe formada por enfermeiros, fisioterapeutas, médico paliativista, nutricionista, psicólogo, serviço social e apoio espiritual.

O profissional de enfermagem é responsável por atender às necessidades básicas, realizando o cuidado direto e indireto e promovendo ações que permitem o conforto ao paciente. Cabe a ele gerir o cuidado ao paciente e mediar a relação entre este, sua família e a equipe multiprofissional. [11]

O fisioterapeuta deve estabelecer um programa de tratamento adequado, utilizando técnicas, exercícios e recursos de sua profissão para aprimorar a assistência ao paciente e facilitar sua adaptação à progressiva perda de funcionalidade. [12]

O médico paliativista realiza os diagnósticos clínicos. Desse modo, deve conhecer a doença e os tratamentos já realizados e qual a evolução esperada para aquele paciente, bem como exercer sua autonomia e promover uma comunicação adequada com a equipe e família. Cabe a ele ainda propor o tratamento medicamentoso ou não, participar ativamente do processo de decisão na limitação de suporte de vida e reavaliar e readequar o tratamento de acordo com as respostas do paciente. [13]

O nutricionista atua proporcionando maior bem estar e qualidade de vida para o paciente. Esse trabalha oferecendo o tratamento nutricional adequado para cada paciente baseando-se em suas necessidades nutricionais individuais. Assim, auxilia na diminuição dos sintomas gastrointestinais, no manejo do suporte nutricional e conforto a família em relação às dúvidas sobre a alimentação do paciente. [14]

O psicólogo é fundamental para diminuir o sofrimento, estresse, ansiedade e a depressão dos envolvidos no cuidado paliativo. Cabe a ele, dar o suporte emocional necessário à equipe, paciente e sua família para que compreendam o processo da doença nas suas diferentes fases.[15]

O serviço social apresenta o papel de conhecer o paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, a fim de assegurar seu acesso aos direitos sociais e contribui para sua rede de amparo. Além disso, atua como um intermediário na comunicação entre equipe, paciente e pais, nos assuntos referentes ao cuidado com a criança. [16]

A espiritualidade é capaz de fornecer um apoio e aliviar o sofrimento e dor do paciente e de sua família no momento em que enfrentam questões de natureza existencial, influenciadas, sobretudo por suas crenças e valores. [17]

A odontologia atua no manejo do paciente visando prevenção das condições bucais resultantes da doença ou de seu tratamento, bem como estabelecendo um plano terapêutico adequado para cada situação. Além disso, fornece informações e capacitação à equipe sobre a importância e modo adequado de realizar higienização oral. [18,19]

Sentimentos compartilhados entre pais, pacientes e equipe:

Percebe-se que um plano de cuidado antecipado é de grande valia para nortear e oferecer o melhor para o paciente. Sua aplicação de forma correta permite a compreensão e exposição de ideias de ambos os

lados, favorecendo a autonomia do paciente e de seus familiares, além de facilitar o entendimento sobre o processo de adoecimento da criança e suas perspectivas reais de vida.[20] Todavia, em determinadas situações podem ocorrer divergência quanto às opiniões do tratamento entre os pais e os profissionais. Algumas orientações podem ser realizadas visando reduzir essa desarmonia, tais como: não criar falsas expectativas na família sobre o prognóstico clínico do paciente; ofertar suporte psicossocial ao paciente e sua família de forma precoce; separar momentos para escutar os pais e buscar entender seus pensamentos; ter o profissional da saúde um suporte quando necessitar; entender que os pais possuem íntima relação de afeto e amor com aquela criança, o que faz com que emoções alguma vezes se sobressaia; certificar que toda a equipe que auxilia no cuidado da criança esteja ciente de suas necessidades e das funções de cada profissional. Essas e outras medidas visam diminuir possíveis conflitos que podem surgir na atenção à criança assistida, de modo a serem precocemente identificadas e resolvidas de forma correta a fim de evitar problemas, uma vez que o objetivo é o atendimento integral, humanizado e holístico do paciente. [21,22]

Os profissionais que lidam com os cuidados paliativos pediátricos, desenvolvem ligações afetivas que auxiliam na construção de uma base com mais segurança e confiança. Todavia, muitas das vezes, esse vínculo pode se romper de forma delicada, quando ocorre o óbito do paciente, causando um sentimento de luto e sendo uma barreira bastante difícil de lidar. [23]

Sabe-se que os pais buscam informações e apoio não só na equipe de cuidados paliativos, mas também no mundo virtual como forma de entenderem melhor a doença de seu filho e buscarem respostas para o caso. Com isso, os recursos escritos são em muitos casos uma ferramenta benéfica para apoiá-los nas decisões sobre os cuidados para o fim da vida da criança.[24]

Para os pais que cuidam de um filho em fase terminal, há uma grande demanda de tempo e necessidade de resolução de questões complexas, o que torna necessário um atendimento especializado que lhes deem o suporte adequado e que sejam aptas a elucidar suas dúvidas sobre o tratamento da criança, orientar sobre cuidados, auxiliar em questões práticas (tais como equipamentos e receitas de medicamentos) e apoiar no momento mais difícil que é a morte. [25,26]

Conclusão

A importância da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente pediátrico em cuidados paliativos se insere na construção de uma saúde inclusiva e plural com os saberes não só médicos, mas de enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social e apoio espiritual, todos voltados para a valorização da vida, com uma abordagem humanística, inclusiva e plural com assistência integral ao paciente, sua família e à equipe que se engaja no cuidado como forma de minimizar o sofrimento em prol de um objetivo único: dignidade e qualidade de vida.

Referências

1. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Estud. av [Internet]. 2016 Dec [citado 2020 Ago 08];30(88):155-166. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso
2. Nascimento DM, Rodrigues TG, Soares MR, Rosa MLS, Viegas SMF, Salgado PO, *et al.* Experiência em cuidados paliativos à criança portadora de leucemia: a visão dos profissionais. Ciência & Saúde Coletiva: associação brasileira de saúde coletiva [Internet]. 2013 Set [citado 2020 Ago 09];18(9):2721-2728. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900027&lang=pt
3. Taylor MR, Barton KS, Kingsley JM, Heunis J, Rosenberg AR. Definindo uma "Boa Morte" em Oncologia Pediátrica: Um Estudo de Métodos Mistos de Prestadores de Serviços de Saúde. *Crianças*. 2020; 7 (8): 86. Disponível em: https://www.mdpi.com/2227-9067/7/8/86#cite
4. Santos OM. Sofrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas. [Internet]. 2011 [citado 2020 Ago 17];19(3):683-695. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/671/703

5. Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Ampliado e atualizado. 2. ed. Niura Fernanda Souza; 2012.
6. Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde [Internet]. 2. ed rev. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. 478 p. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf
7. Kaye EC, Snaman JM, Baker JN. Oncologia paliativa pediátrica: unindo silos de cuidado por meio de um modelo incorporado [Internet]. 2017 Jul 12 [citado 2020 Ago 15];35(24):2740-2744. Disponível em: https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2017.73.1356
8. Verberne LM, Kars MC, Schepers SA, Meeteren AYNS, Grootenhuis MA, Delden JJM, *et al.* Barreiras e facilitadores para a implantação de uma equipe de cuidados paliativos pediátricos. BMC Palliat Care [Internet]. 2018 Feb [citado 2020 Ago 15]; 17(23):1-8. Disponível em: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12904-018-0274-8
9. Taylor J, Aldridge J. Explorando as recompensas e os desafios do trabalho de cuidados paliativos pediátricos - um estudo qualitativo de uma equipe multidisciplinar de cuidados paliativos para crianças. BMC Palliat Care [Internet]. 2017 Dec [citado 2020 Ago 20];16(73):1-11. Disponível em: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12904-017-0254-4
10. Ferreira SA, Becker IH, Corso MMG, Abreu BDZ. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Ago 20];36(2):56-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200056&lng=pt.
11. Franco HCP, Stigar R, Souza SJP, Burci LM. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. Revista gestão e saúde. 2017: 17(2): 48-61. Disponível em: http://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf
12. Rocha LSM, Cunha A. O papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. Jornal de ciências biomédicas e saúde [Internet]. 2016 [citado 2020 Ago 15];2(2):78-85. Disponível em: http://publicacoes.facthus.edu.br/index.php/saude/article/view/62/O%20PAPEL%20DO%20FISIOTERAPEUTA%20NOS%20CUIDADOS%20PALIATIVOS%20EM%20PACIENTES%20ONCOL%C3%93GICOS
13. Pegoraro MMO, Paganini MC. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. Revista Bioética [Internet]. 2019 [citado 2020 Ago 14];17(4):699-710. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1977/2231
14. Morais SR, Bezerra AN, Carvalho NS, Viana ACC. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: Uma revisão integrativa. São Paulo: Revista Dor [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Ago 14];17(2):136-140. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000200136&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
15. Ferreira AP, Lopes LQ, Melo MC. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. Rio de Janeiro: Revista SBPH [Internet]. 2011 [citado 2020 Ago 20];14(2):85-98. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a07.pdf
16. Cavalcanti PB, Pereira CO, Miranda APRS, Lucena CMF. Serviço social e cuidados paliativos: O que sinaliza a produção científica?. Revista do Departamento de Ciências Humanas da Universidade de Santa Cruz do Sul [Internet]. 2020 [citado 2020 Ago 16];(56):68-83. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/download/14180/8861
17. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Batista PSS, Batista JBV, Oliveira AMM. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2016 [citado 2020 Ago 16];69(3):554-63. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300591&lng=pt&tlng=pt
18. Andrade AGM, Pereira MCQ, Sampaio EF. A prática de cuidados paliativos em odontologia: revisão de literatura. Anais da I Jornada Odontológica da Unichristus. 2016 [citado 2020 Ago 16]. Disponível em: https://even3.blob.core.windows.net/anais/49280.pdf
19. Silva ARP. O papel do cirurgião dentista nos cuidados paliativos em pacientes terminais oncológicos. [Trabalho de Conclusão de Curso em Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;

2017; p. 1-68. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/181432/TCC%20BU.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20. Harrop EJ, Boyce K, Beale T, Brombley K. Consulta de 15 minutos: Desenvolvendo um plano de cuidado antecipado em parceria com a criança e a família. Arch Dis Child Educ Pract Ed [Internet]. 2018 Dec [citado 2020 Ago 15];103(6):282–287. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29574420/
21. Linney M, Hain RDW, Wilkinson D, Fortune PM, Barclay S, Larcher V, et al. Atingir aconselhamento consensual para pediatras e outros profissionais de saúde: na prevenção, reconhecimento e gestão de conflitos na prática pediátrica. Arch Dis Child [Internet]. 2019 May [citado 2020 Ago 18];104(5):413-416. Disponível em: https://adc.bmj.com/content/104/5/413
22. Nyirő J, Zörgő S, Enikő F, Hegedűs K, Hauser P. O momento e as circunstâncias da implementação de cuidados paliativos pediátricos na oncologia pediátrica húngara. European Journal of Pediatrics [Internet]. 2018 May 21 [citado 2020 Ago 16];177:1173–1179. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00431-018-3170-6
23. Menin GE, Pettenon MK. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos dos enfermeiros. Rev. bioét. [Internet]. 2015 Dez [citado 2020 Ago 16];23(3):608-614. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0608.pdf
24. Xafis V, Gillam L, Hynson J, Sullivan J, Cossich M, Wilkinson D. Decisões de cuidado: o desenvolvimento de um recurso escrito para pais que enfrentam decisões de fim de vida. Journal of Palliative Medicine [Internet]. 2015 Oct 28 [citado 2020 Ago 16];18(11):945-955. Disponivel em: https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jpm.2015.0048
25. Verberne LM, Meeteren AYNS, Bosman DK, Colenbrander DA, Jagt CT, Grootenhuis MA, et al. Experiências dos pais com uma equipe de cuidados paliativos pediátricos: um estudo. SAGE Journals [Internet]. 2017 Feb 1 [citado 2020 Ago 20];31(10):956-963. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216317692682
26. Brenner M, Connolly M, Cawley D, Howlin F, Berry J, Quinn C. Percepções da família e dos profissionais de saúde sobre um programa piloto de hospício em casa para crianças: um estudo qualitativo. BMC Palliative Care [Internet]. 2016 Oct 28 [citado 2020 Ago 20];15(89):1-8. Disponível em: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0161-0

Relato de experiência: atendimento multidisciplinar, uma visão inclusiva na atenção hospitalar durante a residência de clínica médica

Kauanny Fernandes Lima
Camila Froes Correa
Tullyo Mychel Fernandes Ramos
Hyalla Kayoma Fernandez Roussenq
Luciana Marques da Silva

Resumo

Introdução: o sus sofreu mudanças desde sua implementação, uma delas a criação de princípios doutrinários, dentre eles integralidade, busca a abrangência de tratamento em todos os setores do paciente, necessitando da atuação da equipe multiprofissional. objetiva-se relatar, as experiências em atendimento público multidisciplinar nos níveis de atenção secundário e terciário. **Método:** relato de experiência, com entrevista de um residente da clínica médica evidenciando sua visão e aprendizados na atuação com equipe de assistência em um hospital na cidade de rio grande no estado do Rio Grande do Sul. **Resultados e discussão:** a equipe multidisciplinar conta com profissionais de várias áreas que passam em cada leito, conversam com seus preceptores posteriormente se reúnem e formulam em conjunto o manejo das necessidades biopsicossociais e patológicas buscando a melhor abordagem dentro das limitações do serviço, atendendo o princípio da integralidade. apresentando vantagens como redução do tempo de internação e custos, atendimento a mais pacientes, rápida reabilitação e acolhimento aos pacientes e familiares. **considerações finais:** conclui-se a necessidade de maior investimento na divulgação da importância da estratégia multiprofissional para vantagens no atendimento, na implementação de tais táticas em outros setores de saúde, principalmente em pequenos centros onde comumente sofre com essa deficiência.

Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Sistema Único de Saúde; Integralidade em Saúde e Planejamento Hospitalar.

Introdução

O sistema único de saúde (SUS) foi criado em 1988 através da Constituição da República Federativa do Brasil, porém apenas em 1990 com a criação da lei orgânica da saúde nº 8.080/90 o SUS passou a apresentar as características atuais, definidas por meio de princípios doutrinários e organizativos, sendo os 3 doutrinários: universalidade, equidade e integralidade. O atendimento multidisciplinar se faz de extrema importância para que seja comprido principalmente o princípio da integralidade, que se baseia em atender o paciente como um todo, visando o tratamento da doença, a promoção de saúde, a prevenção de doenças, a reabilitação, além da intersetorialização das diversas áreas que interferem na saúde com o intuito de melhorar a qualidade de vida e a manter a autonomia dessa pessoa[1,2,3].

Evidentemente, a equipe multidisciplinar está relacionada à interdisciplinaridade e processos articulatórios do trabalho em saúde, a ideia é a participação multiprofissional como base organizativa do trabalho com a saúde[8,9].

Podem participar todos os profissionais de saúde que o doente necessite e que a unidade de atendimento tenha disponibilidade para sua melhora rápida e completa. Sendo importante, a participação de: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, musicoterapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde oferecendo assim um avanço para paciente e salientando a realidade em que ele está inserido[4].

Além de existir diretamente a melhora do paciente, tais práticas são vantajosas visto que, também terão benefícios como o aumento do número de doentes avaliados, maior adesão ao tratamento, facilitação das pesquisas científicas no serviço, cada paciente será propagador de boas atitudes para seu meio social, além de incrementar o pessoal e profissional de cada um dos participantes do ofício[4].

É notória a divisão do sistema em níveis de atenção a saúde em vigência da complexidade dos serviços prestados. O nível primário compreende as Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde o atendimento é longitudinal e prisma a promoção e prevenção de doenças. A atenção secundária composta por atendimento ambulatorial e hospitalar de complexidade mediana e serviços especializados é visto como um intermédio entre o primário e o terciário. Já a atenção terciária ou também conhecida como de alta complexidade, corresponde a tratamento e técnicas com maior gravidade e que demandam de um alto custo, tecnologia e especialização[5,6,7].

Dessa forma, este artigo tem como objetivo relatar, as experiências em atendimento multidisciplinar de um serviço público nos níveis de atenção secundário e terciário na cidade de Rio Grande no Rio Grande do Sul.

Métodos

A produção deste relato de experiência se deu a partir de reflexões acerca da rotina de um Residente do segundo ano (R2) em clínica médica do Hospital localizado na cidade de Rio grande no estado do Rio Grande do Sul (RS), no período entre fevereiro de 2019 a junho de 2020.

A cidade mais antiga do estado de Rio Grande do Sul está localizada na margem Sul do estuário que conduz ao oceano as águas da imensa Laguna dos Patos e seus afluentes. O município de Rio Grande, também conhecido como Lagoa dos Patos, possui uma população estimada em 211.005 habitantes[10, 11].

A Residência em clínica médica possui o aporte de uma equipe multidisciplinar composta por cinco integrantes da Clínica Médica, dois da Enfermagem, um de Educação Física, um da Fisioterapia, um da Nutrição e um da Psicologia, cada um com seus respectivos preceptores e conforme demanda sua função. Assim, ao residente de clínica médica compete o primeiro contato com o paciente em uma clínica ou hospital, diagnosticando os sintomas dando os primeiros tratamentos; enquanto o de enfermagem, de acordo com sua área de formação, oferece assistência a pacientes hospitalizados. Ao de educação física, a realização da avaliação física e atividades de reabilitação física para pacientes que necessitem. A função do residente de fisioterapia é a resolutiva na saúde funcional, por meio de ações preventivas. Compete ao de Psicologia realizar atividades como acolhimento, discussão de casos em equipe, psicoterapias, atendimento às crises, elaboração de planos individuais de cuidado, dentro outros. Por fim, ao de nutrição cabe elaborar o diagnóstico nutricional para prescrever uma dieta que atenda às necessidades do paciente. Após o cumprimento de suas respectivas funções e das visitas aos leitos dos pacientes, os residentes se reúnem para uma discussão a cerca dos casos[12 - 15].

A avaliação pelo comitê de ética foi dispensada em virtude do inciso VII do ART. 1 º da Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, por se tratar de um relato de experiência em que se descreve, unicamente a visão de um residente da clínica médica sobre o desenvolvimento das atividades educacionais no ambiente hospitalar.

Resultados

A Residência de clínica médica visa melhorar as áreas da capacidade técnico-assistencial nos níveis secundário e terciário (médico internista) e trabalha na divisão de ambulatório, enfermaria e cuidados intensivos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por meio da inspeção e auxílio dos preceptores e médicos assistentes, no cuidado direto ao paciente. [16] Por se tratar de um hospital que já compreende os níveis de atenção necessários, os residentes nos ambientes citados, cumprem uma carga horaria semanal de 60 horas, das 8 da manha às 17 da tarde, com direito a uma hora de almoço e ainda conta com 1 a 2 plantões de 12 horas por semana.

A dinâmica da equipe multidisciplinar se configura da seguinte forma. Todos os alunos passam nos leitos e fazem os devidos apontamentos, posteriormente eles se reúnem, sendo os residentes da clinica medica, enfermagem, fisioterapia, psicologia, educação física e nutrição e em conjunto com os seus respectivos preceptores, tomam as medidas necessárias a cada paciente.

Como a equipe multiprofissional busca atender o paciente em todos os seus aspectos, há alguns deles que necessitam dessa atenção mais intensa e vigorosa, são exemplo, os acamados com dificuldade

respiratória. Sendo assim, simulando um atendimento, o fisioterapeuta ficaria responsável por realizar a fisioterapia respiratória e física juntamente com o profissional da educação física, o que é essencial visto que, a sarcoidose comumente acomete de 13 a 24% dos idosos entre 65 e 70 anos, e mais de 50% nos acima de 80 anos, assim durante a internação há piora ou indução da sarcopenia, que é caraterizada por perda de massa magra, força e função[17].

Os enfermeiros cuidam da prescrição, conduta e do planejamento de doses e horários, diminuindo alterações gastrointestinais, neurológicas, etc., chances de intoxicação, interações medicamentosas e efeitos colaterais, bem como melhor cuidado da higiene. Os psicólogos cuidam do estado mental do paciente e de seus familiares, tendo em foco o tamanho acometimento psicológico que sofrem no hospital, onde podem se encontram em sistema de isolamento com passagem por constantes procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, elevando o nível de estresse dentro desse ambiente[18].

Os nutricionistas cuidam da parte das necessidades alimentícias individuais, se atentando as deficiências, tipo de dieta mais indicada e suplementação necessária. Já o clínico geral atua na identificação da doença, de fatores de risco e possíveis complicações que necessitam dos devidos cuidados de prevenção, na definição de qual conduta e procedimentos médicos que devem ser realizados, bem como o alinhamento da conduta e integração de todos os tratamentos realizados pela equipe multiprofissional.

Discussão

Então como demostrado pelo exemplo, o paciente apresenta inúmeros benefícios ao receber seu tratamento em uma unidade onde essa prática de atendimento esteja bem consolidada, uma vez que, ele tem todos os seus aspectos biopsicossociais e patológicos atendidos com todo o amparo que o sistema de saúde atual pode prover[20].

O começo desse processo de aprendizagem na clínica medica, pode ser um tanto quanto difícil, já que atualmente pouco se é falado ou não se tem demostrado a devida importância dentro das universidades brasileiras. E um desafio maior ainda se encontra na dificuldade que os profissionais tanto os recém formados, como os veteranos, tem em identificar e aceitar as orientações promovidas por outros setores da saúde, mesmo porque com uma certa frequência cada sociedade médica, de nutrição, enfermagem e afins, evidenciam pontos de vista divergentes em diversas condutas.

Além disso, infelizmente não são todos os serviços que contam com essa prática multidisciplinar, assim é evidente a necessidade da implementação não apenas nos grandes centros como visto rotineiramente. Contudo no interior onde também são necessárias tais habilidades, sendo os benefícios imensos, tanto os diretos quanto os indiretos, como a diminuição de custos, redução no tempo de internação, um processo de reabilitação mais eficaz e melhor acolhimento ao doente e seus familiares.

Conclusão

Conclui-se dessa forma, a necessidade de maior investimento na divulgação da importância da estratégia multiprofissional, desde as fases introdutórias do caminho do universitário, até um maior nível de consciência de tais benefícios no âmbito médico, para que profissionais veteranos adotem tais medidas[21].

Há também carência na implantação de tais praticas em mais setores de saúde, principalmente em pequenos centros onde essas ainda não são medidas abrangentes, o que culminaria em redução de custos já que estes são escassos em tais ambientes e não haveria tamanha necessidade de transporte de pacientes aos grandes centros superlotando as unidades.

Assim, a atuação em equipe com um atendimento plural e inclusivo é indubitavelmente o melhor caminho a ser adotado levando em consideração todos os proveitos pessoais e financeiros que ele acarreta. Porém, os desafios ainda são grandes, mas com o tempo e maior conhecimento acerca do tema deixará de ser um privilégio e será o cumprimento de um direito.

Referências:

1. Brasil. Lei no 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

2. Cunha JPP, Cunha RRE. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: Campos FE, Tonon LM, Oliveira Junior M. CADERNOS DE SAÚDE. PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE. Belo Horizonte: COOPMED; 1998. p.285-304.
3. Mcwhinney IR; Freeman TR. Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWHINNEY. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2017.
4. Simão AF, Précoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JF, Oliveira GM. I cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology - executive summary. Arq Bras Cardiol 2014; 102(5): 420-31. https://dx.doi. org/10.5935%2Fabc.20140067
5. Secretaria de Estado de Saúde [homepage na internet]. Sistema Único de Saúde (SUS) [acesso em 22 de julho de 2020]. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1543-sistema-unico-de-saude-sus.
6. Macedo LM, Martin STF. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. Interface comunicação saúde educação, 2014.
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília; 2011.
8. Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Ribeirão Preto Dissertação [mestrado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.
9. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de saúde pública 2001. 35 (1); 103-109.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. [acesso em 20 de julho de 2020]. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/panorama.
11. Quintela FM, Loebmann D, Gianuca NM. Répteis continentais do município de rio grande, rio grande do sul, brasil. Biociências. 2006 (14); 180-188.
12. Corrêa LQ, Valério MP, Teixeira AO, Guerreiro LF, Silveira DF, Machado PT, et al. A atuação da educação física nas residências multiprofissionais em saúde. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, jul./set., 2014; 27(3): 428-433.
13. Borges AMP, Salício VAMM, Gonçalves MANB, Lovato M. A contribuição do fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma revisão da literatura. Uniciências. 2010; 14(1):70-82.
14. Assenheimer S, Pegoraro RF. Práticas desenvolvidas por psicólogos em serviços de atenção psicossocial: revisão de literatura. Revista psicologia e saúde. 2019. (11); 139-155.
15. Alcoforado LMA, Pereira AC, Caldas NP, Cardoso IFSS. Residência de enfermagem um processo de ensino ou de trabalho?. Rev. Bras. Enf.; Distrito Federal. 1978, (31) 340-354.
16. Programa de Residência em Clínica Médica, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Manual do residente de clínica médica. São Paulo, 2018.
17. Parra BFCS, Matos LBN, Ferrer R, Toledo DO. SARCPRO: Proposta de protocolo para sarcopenia em pacientes internados. BRASPEN J 2019; 34 (1): 58-63.
18. Mendes LC, Matos LP, Schindler MF, Tomaz M, Vasconcellos SC. Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da psicologia. Rev. SBPH 2011; 14; 125-141.
19. Arruda AE, Viegas CS, Alves CRL, Goulart MZC, Nunes MGP, Garcia JL, et al. Formação e pesquisa em saúde: relato de experiência na atenção primária à saúde. Revista brasileira de educação medica. 2012. 36; 102-110.
20. Alves RC, Rufino JV, Capello TS, Catharino ALG, Medeiros FF. Atuação de uma equipe multiprofissional na assistência pré-natal e puerperal: um relato de experiência. Rev. Saúde.com. 2018; 14; 1280-1283.
21. Anjos Filho NC, Souza AMP. The workers' perceptions about the multiprofissional team workat a Psychosocial Care Center in Salvador, Bahia, Brazil. Interface. Botucatu. 2017; 21(60):63-76.
22. Silva MJS, Scharaiber LB, Mota A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e história da produção científica. Revista de saúde coletiva. 2019, 29 (1).

Revisão sistemática dos distúrbios psiquiátricos em pacientes com psoríase e a importância da abordagem multidisciplinar em dermatologia

Marina Nakao Calmeto
Roberta Evelyn Furtado
Larissa Maia Lemos Barreto
Betina Alves Ferreira de Andrade

Resumo

Introdução: A psoríase é uma dermatose inflamatória crônica com uma prevalência mundial de 2% a 4%, que pode afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes acometidos. A associação entre psoríase e doenças psiquiátricas está sendo objeto de estudo nos últimos anos, buscando caracterizá-la e documentá-la adequadamente. **Objetivo:** O objetivo desta revisão foi buscar conhecimentos acerca da psoríase e seus desdobramentos psiquiátricos. **Método:** Uma abrangente pesquisa bibliográfica foi realizada em várias bases de dados e, finalmente, 6 estudos foram considerados relevantes. **Resultados:** Uma importante correlação entre psoríase e o desenvolvimento de depressão e/ou ansiedade foi encontrada, tendo como principal alvo mulheres com a forma severa de psoríase, em idade mais jovem e com menores níveis socioeconômicos. **Conclusão:** O conhecimento das características dos grupos "de risco" e reconhecimento precoce de sofrimento psíquico entre pacientes com psoríase pode ajudar os médicos a fornecer cuidados multidisciplinares e incentivar uma mudança no comportamento dos pacientes, dando o apoio necessário para o manejo das lesões de pele e acesso à serviço de saúde mental quando necessário.
Palavras-chave: psoríase; depressão; impacto psicológico.

Introdução

A psoríase é uma dermatose inflamatória crônica que acomete indivíduos geneticamente susceptíveis. A prevalência mundial é de extrema significância, afetando 2% a 4% da população, com estimativas recentes sugerindo acometimento de, aproximadamente, 125 milhões de pessoas, além de 0,4 a 2,3% da população adulta, que permanece sem diagnóstico[1]. Esse distúrbio, que pode afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, possui diversas formas de apresentação clínica[2]. A forma mais comum é a psoríase crônica em placas, que caracteriza-se por placas eritematosas, bem delimitadas e com relevo, que pode ter aspecto doloroso e pruriginoso. O acometimento, quando localizado, é principalmente no couro cabeludo e nos segmentos extensores dos membros, mas pode ser disseminado, afetando toda a superfície corporal, o que denota a forma severa da doença[3]. As causas da psoríase não são totalmente compreendidas, mas estudos demonstram sua base multifatorial, envolvendo múltiplos genes e fatores ambientais, que culminam em inflamação crônica mediada pelos linfócitos T helper 1 e T helper 17, que afetam a pele, o sangue e, em alguns pacientes, as articulações[3].

Esta condição tem sido associada a uma maior prevalência de comorbidades, principalmente extra cutâneas, como síndrome metabólica, aterosclerose, diabetes e distúrbios psiquiátricos, que afetam a qualidade de vida de pacientes com psoríase, culminando em um maior ônus proveniente da doença[1]. Dentre estes fatores, o acometimento psicológico, como precursor de ansiedade, depressão, disfunção sexual ou até mesmo ideação suicida, é considerado um fator de suma importância para esses pacientes[2,4,5]. Assim, o estresse se torna um fator determinante no manejo dos pacientes com psoríase, já que observa-se a presença de um ciclo vicioso: o estresse pode causar crises sintomáticas da psoríase, e essa intensificação da doença gera um estresse adicional, levando ao agravamento das lesões[6].

Nesse sentido, a psoríase tem um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes acometidos, principalmente devido ao sofrimento causado pela estigmatização da doença pela sociedade, que muitas vezes associa, erroneamente, as lesões da psoríase com placas contagiosas[4]. Essa situação é intensificada naqueles pacientes com acometimento de mãos e rosto, que acabam evitando as interações sociais, o que culmina em isolamento e consequente piora da qualidade de vida[2,7]. Sabe-se que até metade dos pacientes com psoríase desenvolvem depressão, revelando sentimentos de profundo desamparo e isolamento por conta

das limitações profissionais, sociais e psicológicas causadas pela sua doença[2]. Apesar da prevalência da associação entre psoríase e distúrbios psiquiátricos, atualmente ainda existem poucos estudos avaliando os resultados dessa interação. Nesse sentido, esse estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com psoríase e ressaltar a importância da abordagem multidisciplinar da doença em dermatologia.

Métodos

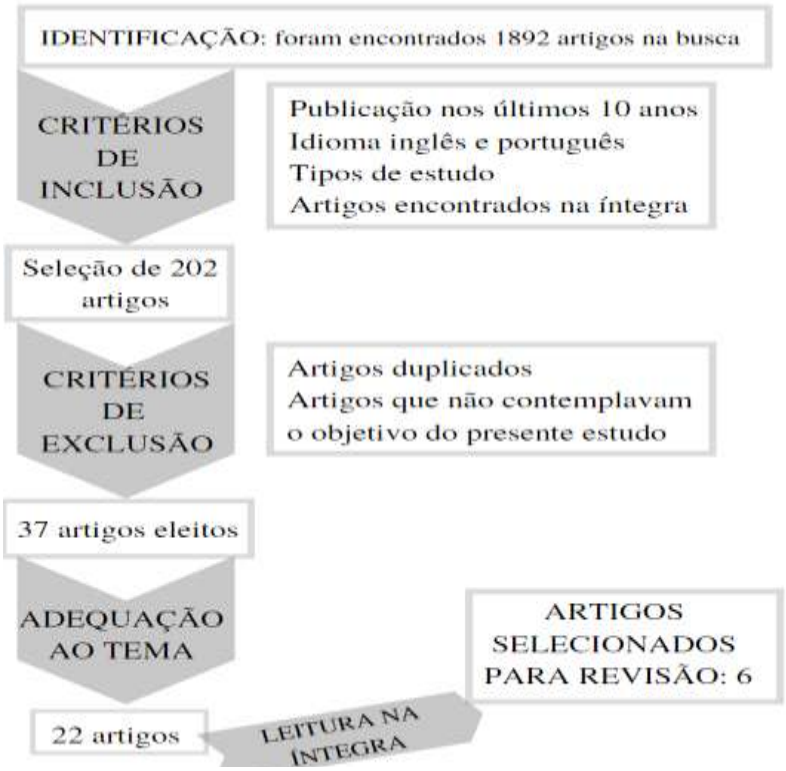
Trata-se de uma revisão sistemática de abordagem qualitativa, norteada pelo objetivo do trabalho, que busca conhecimentos acerca da psoríase e seus desdobramentos psicológicos em pacientes que apresentam a doença.

Após a definição do objetivo do trabalho, foram definidos os critérios de busca da pesquisa. Estas foram realizadas no mês de Julho de 2020, nas bases de dados Virtual Health Library (BVS) e U. S. National Library of Medline (PUBMED). Para isso, foram utilizados os Descritores em Ciência e Saúde (DeCS) "*psoriasis", "depression"* e *"psychological impact"*, os quais foram combinados pelo uso do operador boleano AND.

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas português e inglês e ainda, estudos do tipo ensaio clínico controlado, revisão sistemática, coorte e guia de prática clínica. Foram incluídos apenas os artigos disponibilizados na íntegra. Já os critérios de exclusão foram artigos repetidos e estudos cuja temática não contemplava o objetivo do presente estudo.

A partir da utilização dos critérios estabelecidos, as buscas nas bases de dados se deram colocando apenas os DeCS no BVS e no PUBMED. Como representado na Figura 1, foram encontrados um total de 1892 artigos; após os critérios de inclusão ficaram 202 artigos. Deste número, 37 continuaram após a exclusão pelo título e pelo resumo. Depois de avaliar a adequação à temática proposta, 22 artigos foram lidos na íntegra e 6 destes foram incluídos neste trabalho (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de seleção de artigos



Fonte: Elaborado pelos autores.

Resultados

Os artigos selecionados foram publicados entre 2010 e 2019, sendo três estudos transversais, um longitudinal, uma coorte e uma revisão sistemática.

A presença de distúrbios psiquiátricos mostrou-se muito frequente em pacientes com psoríase. Esses pacientes apresentaram maiores taxas de depressão e ansiedade do que grupos controle[8]. A ansiedade representa o quarto distúrbio mais comum entre psoríaticos e a depressão, o sexto[9].

Pacientes com psoríase tiveram uma alta prevalência de sintomas de ansiedade, podendo chegar a até 82,8%, porém a prevalência da ansiedade clinicamente relevante foi de 22,1%[9, 10]. Em um ano, a cada 123 pessoas com psoríase, uma terá ansiedade[8]. Os sintomas depressivos também foram descritos com frequência (até 68%), chegando a uma prevalência de 13,3%[9, 10].

Em escalas de avaliação desses distúrbios, pacientes com psoríase obtiveram pontuações mais altas que os pacientes de grupos controle na mensuração da ansiedade, contudo, esta diferença não foi observada entre os grupos na avalição da depressão[11]. Além disso, foi observada também uma relação positiva entre a baixa qualidade de vida, no âmbito da satisfação com o status dermatológico, e presença de ansiedade e depressão nestes pacientes[11].

Em relação ao nível socioeconômico, pacientes com psoríase tiveram probabilidade significativamente maior de ter ansiedade e/ou depressão em comparação ao grupo controle, tanto em nível baixo quanto alto. A partir dos 40 anos de idade, pacientes com psoríase e baixo nível socioeconômico também apresentaram maior probabilidade de desenvolver ansiedade ou depressão, e em maior grau, de apresentar ambos distúrbios psiquiátricos simultaneamente, em relação aos controles sem psoríase e com alto nível socioeconômico[12].

Em geral, mulheres apresentaram mais ansiedade e sintomas depressivos do que os homens, entretanto, em pacientes com psoríase severa, a chance de receber o diagnóstico de depressão é maior em homens[8,10]. A faixa etária em que a doença predomina é na população mais jovem, sendo essa interação entre psoríase e idade vista tanto na forma leve da doença quanto na severa[8]. Além disso, pacientes com psoríase tipo I não apresentaram sintomas de depressão, enquanto aqueles com psoríase tipo II apresentaram sintomas de depressão moderada[13].

Por fim, existe uma relação positiva entre severidade da psoríase e ansiedade e depressão[11]. A psoríase leve é mais comum que a severa, porém o diagnóstico de depressão é mais frequente em pacientes com a forma severa do que leve[8]. Cerca de um a cada 39 pacientes com psoríase severa terá depressão por ano, sendo esta incidência menor entre os pacientes que apresentam a forma leve da doença, sendo um para 87 pacientes por ano[8]. Em relação à ansiedade, a probabilidade foi similar nos grupos com psoríase severa e leve ao compará-los com controles[8].

Discussão

A psoríase pode ser uma condição debilitante com um devastador impacto na qualidade de vida do paciente. Esta condição pode distorcer a percepção do paciente sobre sua própria imagem, assim como a forma como os outros o enxergam[14].

Neste estudo, foi possível observar que existe relação entre a psoríase e a incidência de distúrbios psiquiátricos, que se manifestam de maneira mais evidente através da depressão e ansiedade.

A fisiopatologia envolvida no desenvolvimento destes distúrbios ainda permanece não totalmente esclarecida, principalmente devido ao fato das apresentações diversas e etiologias multifatoriais relacionadas às doenças psiquiátricas[15]. Teorias atuais defendem a existência de uma interação entre fatores ambientais e genéticos contribuindo para a disfunção de hormônios de resposta ao estresse, desregulação de neurotransmissores como serotonina, noradrenalina e dopamina, e aumento de citocinas[16,17]. Além das mudanças bioquímicas ocasionadas pela inflamação, a aparência e desconforto causados pelas lesões em regiões visíveis do corpo geram um sentimento persistente de vergonha, preocupação e frustração, que consequentemente pode prejudicar atividades laborais, recreativas e de interação social[18,19].

Deste modo, assim como foi visto nesta revisão, ocorre uma diminuição da qualidade de vida do paciente, baseado nas limitações geradas pelas lesões e impacto psicológico e social, onde o paciente sente-se estigmatizado pela doença[20,21].

A população com nível socioeconômico menos favorecida demonstrou, através da revisão, maior relação entre a psoríase e o desenvolvimento de depressão e ansiedade. Estudos indicam que esta população sofre com dificuldades financeiras, o que frequentemente pode facilitar estresse psicológico, assim como possuir uma menor assistência médica disponível[22].

Analisando-se o gênero mais afetado pelos distúrbios psiquiátricos desencadeados pela psoríase, pode-se evidenciar que, em geral, pacientes do sexo feminino apresentaram um maior risco do que o sexo masculino. Este dado pode ser explicado pelo fato de que pacientes femininas apresentam baixa autoestima mais comumente, uma vez que a psoríase causa mudanças visíveis na pele, e mulheres, de maneira genérica, investem mais na sua aparência do que homens[23].

Os estudos indicaram que pacientes mais jovens com psoríase tem um risco aumentado de estresse psicológico, comparado com pacientes mais velhos, relacionado a fatores como sintomas físicos, sentimento de ser diferente, preocupação com o futuro devido a doença, descontentamento com aparência e consequentes frustrações[24,25].

Em relação à severidade da doença, pacientes psoríaticos com apresentações mais severas foram associados à maiores níveis de ansiedade social. Isto deve-se principalmente devido à importância da aparência e experiências de estigmatização[26].

Dada a complexidade dos fatores biopsicossociais da psoríase, dermatologistas e profissionais de saúde que cuidam de pessoas que convivem com a doença devem desenvolver estratégias e estar preparados para lidar com o impacto da psoríase no bem-estar físico, psicológico e social destes pacientes[27]. Intervenções psicossociais, incluindo terapia comportamental, hipnose, meditação e relaxamento demonstraram um incremento na qualidade de vida destes pacientes relacionado à saúde, depressão e ansiedade[28]. Além disso, materiais educativos sobre psoríase demonstraram ser de grande utilidade tanto para os pacientes, quanto para as pessoas de seu convívio, ajudando na compreensão e diminuindo, assim, a ansiedade[28].

A atenção da dermatologia associada à psicologia também pode ser benéfica a este grupo de pacientes, dando o apoio indispensável para o manejo das lesões de pele e acesso ao serviço de saúde mental, quando necessário[29]. Sendo assim, é de marcante importância o reconhecimento do potencial distúrbio psiquiátrico no paciente que cursa com lesão de pele crônica, para que o mesmo seja devidamente abordado e tratado de forma a minimizar os impactos na sua saúde mental.

Dados os resultados da presente revisão, recomendamos a triagem rotineira e regular de pacientes com psoríase para ansiedade, depressão, ou qualquer outra forma de distúrbio psiquiátrico; ouvir o paciente sobre seus medos e anseios, e esclarecer qualquer dúvida que possa surgir sobre a doença e tratamento; encaminhamento para abordagens multidisciplinares com serviço de psicologia e dermatologia; e por fim, atentar-se ao grupo “de risco” identificado: mulheres jovens com psoríase severa. Além do mais importante, empatia e respeito a estes pacientes que convivem com a psoríase.

Conclusão

O presente estudo mostra a importância de tratar pacientes de uma perspectiva integral, em vez de se limitar apenas a seus sinais e sintomas físicos. Deve-se levar em consideração que a psoríase apresenta alto risco de estigmatização e distúrbios psiquiátricos. Os dermatologistas devem considerar a qualidade de vida e a saúde psicológica de seus pacientes, que às vezes exigem tratamento multidisciplinar ao lado de psicólogos e psiquiatras. Também recomendamos que sejam fornecidas informações sobre a doença aos coabitantes dos pacientes.

Referências

1. Singh S, Taylor C, Kornmehl H, Armstrong AW. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol. 2017 Sep 01;77(3):425-440.e2. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2017.05.019.
2. Chi CC, Chen TH, Wang SH, Tung TH. Risk of Suicidality in People with Psoriasis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. Am J Clin Dermatol. 2017 Oct;18(5):621–7. Available from: DOI: 10.1007/s40257-017-0281-1.

3. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. J Invest Dermatol. 2013 Feb;133(2):377–85. Available from: DOI: 10.1038/jid.2012.339.
4. Sijercic I, Ennis N, Monson CM. A systematic review of cognitive and behavioral treatments for individuals with psoriasis. J Dermatolog Treat. 2020 Sep,31(6):631-638. Available from: DOI: 10.1080/09546634.2019.1690625.
5. Molina-Leyva A, Salvador-Rodriguez L, Martinez-Lopez A, Ruiz-Carrascosa JC, Arias-Santiago S. Association between Psoriasis and Sexual and Erectile Dysfunction in Epidemiologic Studies: A Systematic Review. JAMA Dermatology. 2019 Jan;155(1):98–106. Available from: DOI: 10.1001/jamadermatol.2018.3442.
6. Dogra S, Mahajan R. Psoriasis: Epidemiology, clinical features, co-morbidities, and clinical scoring. Indian Dermatol Online J. 2016 Nov-Dec;7(6):471. Available from: doi: 10.4103/2229-5178.193906.
7. Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: A systematic review and meta-analysis. J Invest Dermatol. 2014 Jun;134(6):1542–51. Available from: DOI: 10.1038/jid.2013.508.
8. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Cristoph P, Gelfand JM. The Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Patients With Psoriasis: A population-based cohort study. Arch Dermatol. 2010 Aug;146(8):891-895. Available from: doi: 10.1001/archdermatol.2010.186.
9. Ferreira BR, Pio-Abreu JL, Reis JP, Figueiredo A. Analysis of the prevalence of mental disorders in psoriasis: The relevance of psychiatric assessment in dermatology. Psychiatr Danub. 2017 Dec;29(4):401–6. Available from: doi: 10.24869/psyd.2017.401.
10. Lesner K, Reich A, Szepietowski JC, Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. Determinants of psychosocial health in psoriatic patients: A multi-national study. Acta Derm Venereol. 2017 Nov 15;97(10):1182–8. Available from: DOI: 10.2340/00015555-2760.
11. Kouris A, Christodoulou C, Stefanaki C, Livaditis M, Tsatovidou R, Kouskoukis C, et al. Quality of life and psychosocial aspects in Greek patients with psoriasis: A cross-sectional study. An Bras Dermatol. 2015 Nov-Dec;90(6):841–5. Available from: https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20154147.
12. Tzur Bitan D, Krieger I, Comaneshter D, Cohen AD, Feingold D. The association between the socioeconomic status and anxiety–depression comorbidity in patients with psoriasis: a nationwide population-based study. J Eur Acad Dermatology Venereol. 2019 Aug;33(8):1555–61. Available from: DOI: 10.1111/jdv.15651.
13. Kotrulja L, Tadinac M, Joki-Begi NA, Gregurek R. A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. Acta Derm Venereol. 2010 May;90(3):251–6. Available from: DOI: 10.2340/00015555-0838.
14. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. Acta Derm Venereol. 2012 Jan;92(1):67–72. Available from: DOI: 10.2340/00015555-1193.
15. Patel N, Nadkarni A, Cardwell LA, Vera N, Frey C, Patel N, et al. Psoriasis, Depression, and Inflammatory Overlap: A Review. Am J Clin Dermatol. 2017 Oct;18(5):613–20. Available from: DOI: 10.1007/s40257-017-0279-8.
16. Lotrich FE, El-Gabalawy H, Guenther LC, Ware CF. The role of inflammation in the pathophysiology of depression: Different treatments and their effects. J Rheumatol Suppl. 2011 Nov;38(SUPPL. 88):48–54. Available from: DOI: 10.3899/jrheum.110903.
17. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: Inflammation and the pathogenesis of depression. Trends Immunol. 2006 Jan;27(1):24–31. Available from: DOI: 10.1016/j.it.2005.11.006.
18. Khoury LR, Danielsen PL, Skiveren J. Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. J Dermatolog Treat. 2014 Feb;25(1):2–7. Available from: DOI: 10.3109/09546634.2012.739278.
19. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. Living with psoriasis: Prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. Acta Derm Venereol. 2012 May;92(3):299–303. Available from: DOI: 10.2340/00015555-1273.

20. Solovan C, Marcu M, Chiticariu E. Life satisfaction and beliefs about self and the world in patients with psoriasis: A brief assessment. Eur J Dermatology. 2014 Mar-Apr;24(2):242–7. Available from: DOI: 10.1684/ejd.2014.2295.
21. Mease PJ, Menter MA. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: Outcome measures and therapies from a dermatological perspective. J Am Acad Dermatol. 2006 Apr;54(4):685–704. Available from: DOI: 10.1016/j.jaad.2005.10.008.
22. Byers TE, Wolf HJ, Bauer KR, Bolick-Aldrich S, Chen VW, Finch JL, et al. The impact of socioeconomic status on survival after cancer in the United States: Findings from the National Program of Cancer Registries patterns of care study. Cancer. 2008 Aug 1;113(3):582–91. Available from: DOI: 10.1002/cncr.23567.
23. Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, Thomas J, Rolstad T, Margolis DJ. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: A study from the US population. J Am Acad Dermatol. 2004 Nov;51(5):704–8. Available from: DOI: 10.1016/j.jaad.2004.04.014.
24. Takahashi H, Tsuji H, Honma M, Shibaki H, Ishida-Yamamoto A, Iizuka H. Patients with psoriasis and atopic dermatitis show distinct anxiety profiles. J Dermatol. 2012 Mar 06;39(11):955–6. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2012.01513.x.
25. Randa H, Lomholt JJ, Skov L, Zachariae R. Health-related quality of life in adolescents with psoriasis: an interview-based study. Br J Dermatol. 2018 Jan 08;178(6):1404–11. Available from: https://doi.org/10.1111/bjd.16326.
26. Łakuta P, Przybyła-Basista H. Toward a better understanding of social anxiety and depression in psoriasis patients: The role of determinants, mediators, and moderators. J Psychosom Res. 2017 Mar;94:32–8. Available from: DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.01.007.
27. Oji V, Luger TA. The skin in psoriasis: assessment and challenges. Clin Exp Rheumatol. 2015 Sep-Oct;33(5 Suppl 93):S14-S19. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26472560/.
28. Zill JM, Christalle E, Tillenburg N, Mrowietz U, Augustin M, Härter M, et al. Effects of psychosocial interventions on patient-reported outcomes in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis. Br J Dermatol. 2019 Nov;181(5):939–45. Available from: DOI: 10.1111/bjd.17272.
29. Palareti G, Legnani C, Cosmi B, Antonucci E, Erba N, Poli D, et al. Comparison between different D-Dimer cutoff values to assess the individual risk of recurrent venous thromboembolism: Analysis of results obtained in the DULCIS study. Int J Lab Hematol. 2016 Feb;38(1):42–9. Available from: DOI: 10.1111/ijlh.12426.

Abordagem multidisciplinar no transtorno do espectro autista: entre os avanços e os impasses do cuidar.

Isadora Melo Viana
Giovana Almeida Pultrini de Oliveira
Paula Gabriella Pereira Brandão
Tainara Almeida Chaves
George da Silva Ney Jr

Resumo

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem sido tema de importantes debates, tanto em âmbito nacional quanto global, e um dos principais assuntos para esse debate são as melhorias já conquistadas e quais ainda precisam ocorrer. O artigo objetiva rever as políticas públicas brasileiras existentes para os portadores do TEA no âmbito da saúde e da educação, tendo em vista a importância da equipe de assistência no tratamento multidisciplinar, bem como salientar os problemas enfrentados nestas áreas para a criação de ambientes adequados ao acolhimento do paciente e dos seus familiares. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de cunho qualitativo. Os documentos encontrados, 310, tiveram publicação entre 2014 e 2020, sendo priorizadas as publicações mais relevantes - 24. Conclui-se que houve avanços nas áreas citadas nos últimos anos, mas ainda são necessários investimentos, pesquisas norteadoras e ajustes para que haja uma abrangência significativa, e que o SUS e a rede escolar sejam capazes de receber e tratar de forma integrada as necessidades dessas crianças.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro autista; Equipe Multidisciplinar; Atenção Integral à Saúde

Introdução

A primeira infância é considerada uma fase da vida, em que ocorre o amadurecimento e desenvolvimento psicossocial e emocional do ser humano, assim como diversas mudanças anatômicas e fisiológicas[1]. Nesse processo, inserem-se as chamadas funções executivas, que são consideradas como um conjunto de habilidades e capacidades necessárias para garantir um desempenho satisfatório na escola, no trabalho e no cotidiano de um indivíduo, com o intuito de alcançar um objetivo final[2].

Desta forma, as funções executivas articulam-se como uma forma de controle cognitivo capaz de direcionar e coordenar o comportamento adaptativo do ser humano. Assim, com o aparato de pesquisas sobre o desenvolvimento de tais funções, diversos estudos apontam os transtornos de início na infância como entidades capazes de desenvolver déficits em diversas funções executivas, exemplos são: autismo, transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e transtorno de oposição desafiante. Desse modo, torna-se imprescindível a atenção e o cuidado personalizado aos indivíduos portadores desses transtornos, uma vez que o desenvolvimento saudável e satisfatório dessas funções é fundamental para a construção de competências sociais, desempenho escolar e as demais habilidades utilizadas ao longo da vida[2].

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), é definido como um distúrbio neuropsiquiátrico de desenvolvimento precoce na infância, em sua maioria até os 3 anos de idade, caracterizado por uma tríade singular: a dificuldade e os prejuízos qualitativos da comunicação verbal e não verbal; a escassez de interatividade social; e a restrição do seu ciclo de atividades e interesses. Podem também fazer parte da sintomatologia movimentos estereotipados, maneirismos, padrão de inteligência variável, temperamento extremamente lábil, além de auto e heteroagressividade, distúrbios alimentares e do sono. Tais características comportamentais dificultam a relação do portador com as pessoas que o cercam, sejam eles familiares ou profissionais de saúde ou de educação, o que pode tornar difícil o seu tratamento e acompanhamento[3,4].

Sendo uma alteração permanente e de impacto crônico no desenvolvimento global da criança, o TEA possui demanda por tratamento multidisciplinar e especializado contínuo, independentemente da gravidade do quadro, o qual envolve profissionais de diversas especialidades como psicologia, terapia ocupacional, psicopedagogia, fonoaudiologia, odontologia, neuropediatria, psiquiatria infantil, pedagogia e serviço social, o

que acarreta custos significativos às famílias e aos sistemas públicos de saúde. O acesso à educação é outro obstáculo dificilmente superado, tendo em vista restrições financeiras familiares, falta de estrutura e de profissionais capacitados, preconceito de colegas e professores, cobrança de taxas adicionais e negação de serviços, fatores esses que limitam o acesso dos portadores ao sistema educacional. Logo, há uma demanda por investimentos em conscientização e qualificação dos professores, a fim de aumentar o conhecimento sobre a síndrome e fomentar a definição de estratégias pedagógicas específicas para o TEA[5].

Por um longo período, considerações a respeito do TEA, suas causas e formas de tratamento foram marcadas por grandes contradições, o que resultou em diagnósticos equivocados e tratamentos inadequados, afetando a vida dos pais e das crianças e jovens portadores. Atualmente, o TEA, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças 10ª edição da Organização Mundial de Saúde – OMS (CID-10), está inserido no grupo dos Transtornos do Desenvolvimento Psicológico e no Manual Diagnóstico e Estatístico 5ª edição da Associação Psiquiátrica Americana – APA (DSM 5) encontra-se nos Transtornos do Neurodesenvolvimento, juntamente com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e o Transtorno do Desenvolvimento Intelectual entre outros[6]. Em 2013, o Ministério da Saúde criou a cartilha "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA", objetivando orientar as equipes de assistência ao paciente para atender pessoas com autismo e suas famílias. Entre as possíveis formas de tratamento, além da abordagem médica quando necessária, estão a terapia cognitivo comportamental, a psicoterapia, a musicoterapia, a linguagem de sinais, a análise aplicada do Comportamento, entre outras[7].

Estima-se que, atualmente, a prevalência mundial do TEA esteja em torno de 70 casos para cada 10.000 habitantes, sendo quatro vezes mais frequente em meninos. No Brasil, apesar da escassez de estudos epidemiológicos que possam melhor estimar os dados nacionais, constatou-se em recente pesquisa que os índices de acolhimento são de 27,2 casos para cada 10.000 habitantes. As possíveis razões para a diferença na prevalência desta síndrome relacionam-se a aspectos diversos, os quais incluem as alterações nos critérios de diagnósticos, maior ou menor conhecimento dos pais e da sociedade acerca da ocorrência e das manifestações clínicas e o maior ou menor desenvolvimento de serviços especializados em TEA[8].

Sendo assim, cabe reiterar a importância da pesquisa sobre o acolhimento e tratamento de pacientes diagnosticados com TEA, de forma multidisciplinar e integral, para que possam ser identificados os aspectos de fragilidade do sistema de saúde pública nacional (Sistema único de Saúde – SUS), apontando para as autoridades competentes fatores a serem aprimorados, a fim de oferecer melhores serviços de acolhimento, amparo, tratamento, educação, orientação e informação ao paciente e também a seus familiares[3].

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo primordial compreender os nuances que perpassam o Transtorno do Espectro Autista e as políticas em educação e saúde que os amparam, evidenciar os impasses que permeiam a construção de um ambiente integrado e adequado aos pacientes e seus familiares, bem como ressaltar a importância de um acompanhamento multidisciplinar contínuo capaz de atingir resultados satisfatórios ao longo do tratamento, de forma a garantir ambientes seguros e acolhedores que tenham impacto positivo na qualidade de vida de crianças dentro do espectro.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo compreender o Transtorno do Espectro Autista e as políticas nacionais em educação e saúde que amparam os indivíduos portadores do transtorno, evidenciar os impasses da construção de ambientes adequados aos pacientes e seus familiares e ressaltar a importância do acompanhamento feito por equipes de assistência ao paciente no tratamento multidisciplinar.

Métodos

A abordagem metodológica adotada no estudo foi de cunho qualitativo, para a identificação da importância, conquistas e adversidades da inserção de equipes de assistência ao paciente no tratamento dos indivíduos portadores do Transtorno do Espectro Autista no âmbito do Sistema único de saúde (SUS) e das escolas. Os documentos encontrados tiveram publicação entre 2014 e 2020, sendo priorizadas publicações mais recentes. Optou-se por uma revisão integrativa da literatura, método que tem como finalidade sintetizar e reunir resultados obtidos em outras publicações sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente.

Para a execução da revisão integrativa seguiu-se cinco etapas: 1- identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora e objetivo; 2- estabelecimento dos critérios para a inclusão e exclusão das publicações; 3- amostragem; 4- categorização dos estudos; 5- apresentação dos resultados. Atendendo à etapa 1, elaboraram-se as seguintes indagações: O que é o Transtorno do Espectro Autista? Quais são as políticas nacionais que regem esses indivíduos? Qual a importância e os impasses da construção de ambientes multidisciplinares capazes de acolher os indivíduos portadores do Transtorno do Espectro Autista?

Em julho de 2020 realizou-se a procura das publicações indexadas nas seguintes bases de dados*: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Google Acadêmico* e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados os descritores (DeCS da Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde e seus correspondentes MeSH do Pubmed) "Transtorno do Espectro Autista", "Atenção Integral à Saúde", "Equipe Multidisciplinar", "Saúde Pública", "Sistema Único de Saúde" e "Programas Nacionais de Saúde", juntamente com arranjos dos operadores booleanos OR e AND.

A seleção realizada a partir da amostragem de estudos recuperada nas bases de dados foi pautada nos seguintes critérios: priorizar artigos de natureza pertinente aos nossos objetivos e de abrangência relativa ao assunto. Foram identificados, de um universo inicial de 310 trabalhos, 31 publicações científicas selecionadas para a análise do texto completo. Os critérios de inclusão foram: publicações científicas que abordassem atenção à saúde e a temática da multidisciplinaridade do cuidado em relação aos portadores do Transtorno do Espectro Autista, publicadas em inglês, português ou espanhol. Para a exclusão os critérios foram: ano de publicação inferior à 2014 e artigos que não se enquadrassem ao tema ou aos objetivos. Foram excluídos 7 e resultaram selecionados 24, com destaque para 4 artigos que, por sua relevância, serão enfatizados nos resultados. As publicações que estavam indexadas em mais de uma base foram consideradas duplicadas e excluídas. Como instrumento utilizou-se o gerenciador de referências bibliográficas online Mendeley. Além das bases mencionadas, foram utilizadas também informações obtidas na plataforma online do Ministério da Saúde do Brasil.

Para análise, os textos selecionados foram categorizados e sistematizados da seguinte forma: título, ano de publicação, ideias centrais, método descrito e considerações. Após essa etapa, foi estabelecida a categoria analítica para discussão dos resultados encontrados. De acordo com a Resolução nº 510 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, não foi necessário submeter este trabalho ao comitê de ética.

Resultados

Abaixo serão discutidos os seguintes tópicos: 1- A evolução de Políticas Públicas voltadas para o Transtorno do Espectro Autista; 2- Conquistas e impasses do acompanhamento multidisciplinar personalizado; 3- Abordagem no âmbito escolar. Essa divisão é proposta com o objetivo de contribuir para a compreensão dos conceitos abordados, bem como as possíveis articulações entre eles.

A evolução de Políticas Públicas voltadas para o Transtorno do espectro autista.

Até o final do século passado, a parte da população diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA) se encontrava majoritariamente fora do campo da saúde mental pública brasileira. Seu cuidado, quando acontecia, era oferecido somente pela área da educação, da assistência social, por instituições de caráter filantrópico ou em serviços mantidos por associações de familiares. Na rede pública de saúde, algumas crianças e adolescentes com autismo, nomenclatura usada na época, recebiam tratamento em "serviços-ilha", pouco integrados com os demais equipamentos de seu território, enquanto outras eram seguidas em ambulatórios tradicionais, com abordagem majoritariamente medicamentosa. Muitas, entretanto, não possuíam acompanhamento de quaisquer serviços, constituindo significativo número de pacientes desassistidos[9].

A carência de recursos e instituições públicas destinadas ao amparo dos autistas e seus familiares fez com que alguns pais se engajassem no empreendimento de iniciativas próprias, como a criação de grupos de divulgação de conhecimentos e ajuda mútua, aos moldes de experiências similares encontradas na Europa e nos Estados Unidos. No Brasil, o primeiro grupo organizado de pais a surgir foi o da Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo, a AMA-SP, em 1983. O objetivo básico era fomentar a busca de conhecimento e

troca de experiências sobre o autismo, em um período anterior à criação do SUS, no qual o Estado brasileiro não provia nenhuma estratégia para o acolhimento de crianças e adolescentes com sofrimento mental, tal como o autismo. Este fato levou a AMA-SP a desenvolver suas próprias frentes assistenciais e a buscar conhecimento, por meio de intercâmbios com instituições estrangeiras[10].

A construção de uma rede de atenção para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, integrada à saúde mental no SUS, só foi proposta e iniciada a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, tendo como ponto estratégico a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), a partir da portaria ministerial nº 336/02. De acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, os CAPSi são dispositivos de cuidado territorial, de base comunitária, que têm como principal função prover atenção em saúde mental para psicóticos, autistas, usuários de álcool e outras drogas, e para qualquer condição que implique prejuízos psicossociais severos e persistentes[11]. Tais unidades têm como eixo central a construção de redes ampliadas de cuidado, configurando os CAPSi como protagonistas da nova lógica assistencial, pautada por diretrizes de acessibilidade, cuidado territorial e comunitário, pelo reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos, bem como o direcionamento intersetorial e integral das ações de cuidado[10].

A partir deste momento, o autismo começou a ser visto como um real problema de desenvolvimento psicossocial e leis e diretrizes passaram a ser elaboradas com o intuito de auxiliar a resolução deste problema, tais como a Lei nº 12.764/ 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução e também documentos do Ministério de Saúde sobre o atendimento a pessoas com autismo no SUS12. Essa lei confere inúmeros direitos a pessoa autista, dentre eles: vida digna, a segurança, o lazer, a proteção contra abusos e explorações, o acesso aos serviços de saúde, o atendimento multiprofissional, a nutrição de forma adequada, medicamentos, as informações que ajudem no tratamento, o diagnóstico precoce, o acesso à educação, à moradia, ao mercado de trabalho, à previdência e à assistência social, direito a acompanhante especializado, em caso de comprovada necessidade, aos que estiverem inseridos em escolas regulares de ensino[3].

Dessa forma, tanto a criança portadora do Transtorno do Espectro Autista quanto sua família, merecem e têm direito à atenção e acolhimento integral pelo SUS, uma vez que são cidadãos com os mesmos direitos assegurados por Lei. Relativo a essa necessidade de acolhimento, em 2012 foi instituída uma Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, visando garantir a Integralidade na assistência à saúde aos indivíduos portadores de tal condição. O Sistema e Equipe de Saúde devem, em suas ações, integrar promoção de saúde, atendendo às demandas básicas desses pacientes, com o cuidado acolhedor específico que o Transtorno requer[6].

Nos anos seguintes, o Ministério da Saúde (MS) lançou dois documentos que tinham por objetivo fornecer orientações para o tratamento das pessoas com TEA no SUS. Um deles foi o documento intitulado "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)", cuja abordagem remete o autismo ao campo das deficiências, direcionando a terapêutica pela via da reabilitação[10]. Esse primeiro documento reforça que, para que exista atenção integral ao paciente, todas as ações elucidadas na cartilha devem ser articuladas com outros pontos de atenção da rede do SUS (atenção básica, especializada e hospitalar), bem como os serviços de proteção social (centros dia, residências inclusivas, CRAS e CREAS), e de educação (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO) uma vez que o tratamento tem o propósito de estimular o desenvolvimento comunicativo e social, além de aprimorar a capacidade de solucionar problemas, auxiliar as famílias e minimizar os impactos que possam afetar a rotina dos portadores[7]. O outro documento lançado, a "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde", concebe o TEA como um transtorno mental, atrelando as ações de cuidado à rede de atenção psicossocial, com destaque para os CAPSi[10].

Na política de Educação, as discussões sobre as pessoas com TEA estão articuladas ao debate sobre educação inclusiva. Segundo a Constituição Federal de 1988 todas as crianças têm por direito o acesso à educação comum. Entende-se, portanto, que os sujeitos com autismo são beneficiados por esse direito, o que deve e precisa ocorrer pela educação inclusiva, que é caracterizada como uma política social destinada aos

alunos com necessidades educacionais especiais. No Brasil, a inclusão escolar de sujeitos com TEA no ensino regular se depara com alguns desafios, como a escassa rede de apoio, pouca formação específica dos educadores e capacitação das escolas, a particularidade do diagnóstico dos alunos, além da insegurança dos pais, alunos e professores, em suma, falta rede de apoio aos professores e educadores de alunos diagnosticados com TEA, ampliando assim as dificuldades do processo de inclusão social[7].

Além disso, o direito ao transporte é assegurado pela Lei Federal 8.899/94, que concede passe livre às pessoas com deficiência e que se encontram em vulnerabilidade social no sistema de transporte coletivo interestadual, cabendo aos estados e municípios formularem suas próprias legislações. Dentro da assistência social, um dos benefícios que merece destaque é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), considerado o benefício de maior importância para a pessoa com deficiência e, consequentemente, para a pessoa com autismo. É um benefício socioassistencial previsto na Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS, que garante um salário-mínimo por mês à pessoa com deficiência que não tem condições de prover o sustento nem de tê-lo provido por sua família[3].

Conquistas e impasses do acompanhamento multidisciplinar personalizado.

O transtorno do espectro autista (TEA) trata-se de uma condição crônica, caracterizada por um grupo de características que envolvem alterações no desenvolvimento da linguagem, da comunicação e do comportamento[6]. Essa pluralidade e complexidade /comportamental dificulta a relação do portador da condição com os indivíduos que os cercam, sejam familiares ou profissionais de saúde, tornando desafiador o acompanhamento dessas crianças[13].

No tocante da compreensão do reconhecimento da importância da temática, tem-se que o presente Sistema Único de Saúde do Brasil - SUS, criado em 1988 pela Constituição Federal promulgada no mesmo ano, tem por princípio oferecer o acolhimento e tratamento necessários, assegurados pelo artigo 196, que ressalta ser, a saúde, direito de todos e dever do Estado[14]. Complementar a isso, existem princípios e diretrizes que se organizam para formar a base do ideário e da lógica do sistema, sendo os princípios doutrinários: a universalidade, que garante a saúde e a acessibilidade aos serviços como direito de todos; a integralidade, que é a capacidade de oferecer atenção à todas as demandas da população, independente da complexidade; e a equidade, ou seja, o entendimento de que existem grupos sociais mais vulneráveis, que exigem prioridade no processo de intervenção. Na mesma direção, as diretrizes articulatórias do sistema, com o intuito de imprimir racionalidade ao seu funcionamento, são: a descentralização com comando único em cada esfera do governo, a regionalização e a hierarquização dos serviços, bem como a participação da comunidade[15]

No entanto, até o fim do século passado, crianças autistas viviam às margens da área da saúde mental e eram atendidas pelas próprias escolas, assistentes sociais, entidades filantrópicas ou serviços mantidos por associação familiares. Nesse cenário, o sistema público de saúde assistia à essas crianças por meio de serviços isolados e ineficazes, tratando-os como pacientes tradicionais em ambulatórios, em que o tratamento se dava por meio de medicamentos. Devido à negligência explícita, grande parte dos pacientes portadores do Transtorno do Espectro Autista mantinham-se sem os devidos cuidados[3].

A despeito da atual estrutura do SUS e dos avanços alcançados, o tratamento às pessoas com TEA acontece principalmente nos níveis da Atenção Básica e da Atenção Especializada. Nesse viés, a atenção básica é responsável por identificar e manejar os casos, sendo composta por Unidades Básicas de Saúde e de Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), pautadas na identificação precoce, acompanhamento e cuidado holístico dos indivíduos. Já na assistência especializada, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)[15].

Por conseguinte, com o advento dos CAPSi, um serviço multidisciplinar com o intuito de entregar atenção diária e direcionada a jovens com graves transtornos mentais, o autismo passou a ser visto como uma problemática real de âmbito psicossocial e leis e diretrizes passaram a ser elaborados, mesmo que este não seja uma instituição exclusiva ao autismo[6].

Nesse sentido, torna-se notória a necessidade do uso de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o paciente portador do TEA. Trata-se, portanto, de um planejamento conjunto da equipe de profissionais da área da saúde, que objetiva atender cada uma das necessidades individuais do paciente de forma personalizada e

humana. A abordagem é pautada em não só dar maior autonomia, independência, melhor qualidade de vida e inserção social, escolar e laboral ao indivíduo, mas também identificar habilidades presentes, assim como o potencial e preferências de cada paciente. Dessa forma, desenvolve-se um programa que proponha o desenvolvimento de novas habilidades, a ampliação do potencial individual e a correção de hábitos disfuncionais, tais como agitação psicomotora, comportamentos agressivos e estereotipias[19].

Em consonância ao exposto, muitas vezes, os profissionais tendem a trabalhar de forma isolada de forma a comprometer o desenvolvimento da criança envolvida. Uma equipe de assistência ao paciente pode ser formada por um neurologista, um psiquiatra, um psicólogo, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um psicopedagogo/ educador, um terapeuta e também, um dentista[16].

Nesse seguimento, o papel da fonoaudiologia torna-se imprescindível pois é através de atividades lúdicas que acontece o desenvolvimento da comunicação do paciente[17]. Já a terapia ocupacional tem o papel de adaptar o paciente aos diversos meios de convívio social rotineiro, preparar o paciente para a vida laboral ou aprimorar suas habilidades no trabalho e diminuir inquietação motora[18]. A psicologia irá introduzir o conhecimento sobre o autismo e desenvolver o papel ativo do indivíduo em sua própria terapia. Além disso, são necessários profissionais habilitados em educação para a inclusão no meio escolar, com a intenção de maximizar o potencial da criança. A medicina auxiliará no diagnóstico precoce, e também no tratamento específico de cada indivíduo. A falta de interação médico-odontológica pode resultar em uma saúde bucal precária porque os pais, devido aos cuidados que a criança especial demanda, têm dificuldades de cuidar da higiene bucal de seus filhos. Por fim, a música, pintura e outras formas de arte podem vir a ser de grande importância na vida do autista[19].

Abordagem multidisciplinar no âmbito escolar

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o TEA é uma disfunção do desenvolvimento, incapacitante e incurável. A partir do terceiro ano de vida é perceptível, pois afeta a capacidade de socialização e de comunicabilidade, predispondo a comportamentos estereotipados, que acaba coincidindo com a fase de introdução escolar[20]. Uma criança portadora de TEA necessita de uma equipe multidisciplinar, composto por fonoaudióloga, terapia ocupacional, terapia comportamental, psicóloga, e na escola de um estagiário para atendimento individual e a professora de Educação Especial com o Atendimento (AEE). A família e a equipe devem dar prioridade às estratégias que possibilitam esses alunos deficientes a desenvolver suas habilidades e autonomia[21].

No ano de 2011, surgiu a proposta de Atendimento Educacional Especializado, que formalizaria a proposta de atendimento especializado no contraturno, na escola regular, com profissionais especializados e apoio técnico aos professores e equipe escolar[22]. No entanto, o número de alunos com autismo que recebem atendimento educacional especializado é inferior a 10%, um valor muito pequeno, por mais que esse direito esteja resguardado pela Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, as instituições prestadoras dessa assistência sofrem com falta de recursos financeiros, que dificulta o atendimento efetivo e a qualificação desse profissional[23].

As lacunas na formação docente para atuar com alunos com autismo parecem ainda mais acentuadas no Brasil. Em uma revisão integrativa observou-se que menos de 20% dos agentes educacionais possuíam formação na área de educação especial, não relatando qualquer capacitação específica em autismo[24].

Logo, a política de inclusão precisa ser aprimorada para fomentar o acesso e também manter as crianças com autismo nas escolas de forma que elas, mesmo estando incluídas, não sejam excluídas por conta das dificuldades presentes nesse processo. Assim, é necessário compreender a inclusão escolar como dispositivo importante para a construção de uma rede social que sustente a autonomia de crianças com graves transtornos.

Conclusão

O Transtorno do Espectro Autista é uma condição crônica, caracterizada por alterações no desenvolvimento da linguagem, da comunicação e do comportamento, levando a manifestações complexas que dificultam a relação do portador do TEA com as pessoas e o meio que o cercam. Portanto, é de suma

importância que esse paciente e sua família tenham um acompanhamento de equipe assistencial interdisciplinar adequado, que os ampare em suas dificuldades e os auxilie no desenvolvimento de suas habilidades e autonomia.

Neste trabalho abordamos a importância das intervenções interdisciplinares no tratamento dos variados aspectos envolvidos no Transtorno do Espectro Autista, bem como as conquistas da sociedade no sentido de obter essas intervenções dentro da premissa de atenção integral à saúde no Sistema de Saúde Pública (Sistema Único de Saúde) e, finalmente, mas sem menor importância, as adversidades a serem enfrentadas para concretização dessas intervenções no Brasil.

Concluímos ter havido, principalmente nas duas últimas décadas, significativos avanços, como a gênese da atenção em saúde e educação voltadas ao TEA. Todavia, a estrutura capaz de abranger de forma eficaz e integrativa as necessidades dessas crianças ainda demanda ajustes e crescimento, uma vez que ainda são submetidas ao ensino tradicional nas escolas, por exemplo, onde muitas vezes não encontram profissionais qualificados para o acompanhamento do seu desenvolvimento. É necessário também, implementar o apoio à família da criança com TEA, que tem suas rotinas alteradas.

Por fim, evidencia-se a importância da pesquisa sobre o acolhimento e tratamento dos pacientes diagnosticados com autismo, de forma multidisciplinar, para que possam ser localizados os déficits do sistema, apontando para as autoridades competentes fatores que devem ser aprimorados, no intuito de oferecer um melhor serviço de amparo não só ao paciente, mas também a sua família.

Referências

1. De Araujo CM, Souza NJ, Dutra WL, Barbosa JDSP, Lima RN. O Papel do Enfermeiro na Assistência à Criança Autista. Rev Brasileira Interdisciplinar de Saúde. 2019; 1(3).
2. Lima MMDM, Santos MDB. Desenvolvimento na Primeira Infância. 2019.
3. de Souza AH, de Almeida FDSL, da Silva ARP. Autismo: o papel do Sistema Único de Saúde no acolhimento e tratamento infantojuvenil. RECH. 2020; 6(1, jan-jun): 74-88.
4. Cielo A, Aosani TR. Autismo: A Importância da Intervenção Multidisciplinar. Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste. 2018; 3:19678-e19678.
5. Leopoldino CB. Cooperação e Antagonismo no Atendimento ao Autismo no Brasil: Mapeamento da Rede de Atores. Revista Interdisciplinar de Gestão Social. 2017; 6(2).
6. Garcia SCM, do Nascimento MA, Pereira M. Autismo infantil: Acolhimento e Tratamento pelo Sistema Único de Saúde. Rev Valore. 2017; 2(1):155-167.
7. Souza RA, Santos JDA, da Silva J, Soares SA. Uma reflexão sobre as políticas de atendimento para as pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Cadernos UniFOA. 2019;*14*(40):95-105.
8. Pinto RN, Torquato IM, Collet N, Reichert AP, Souza VL, Saraiva AM. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016; 37(3).
9. Lima RC, Couto MCV, Delgado PGG, de Oliveira BDC. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2014; 24(3): 715-739.
10. Oliveira BDC, Feldman C, Couto MCV, Lima. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2017; 27(3): 707-726.
11. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política de saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. Psicol Clín. 2015; 27: 17-40.
12. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.
13. Silva F, da Silva CLM. A aprendizagem do aluno com transtorno do espectro autista: dificuldades e perspectivas. SIEPE [Internet]. 3º de março de 2020 [citado 2º de agosto de 2020];9(2). Disponível em: https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/9822
14. Cunha LF, Seniw RM, Sarmento DF. O direito à educação e a inclusão de pessoas com necessidades educativas especiais: um recorte no transtorno do espectro autista. SEFIC. 2018.

15. Portolese J, Bordini D, Lowenthal R, Zachi EC, de Paula CS. Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtornos do espectro autista no Brasil. Cad. PPGDD [Internet]. 20º de março de 2018 [citado 31º de julho de 2020];17(2). Disponível em: http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11322
16. da Costa SLF, Barbosa CCN, Brum SC. Atenção à saúde bucal do paciente autista. Rev Pró-UniverSUS. 2017; 8(1).
17. Bastos JC, Neto JVA, Breve PPS. Intervenção fonoaudiológica precoce no desenvolvimento da linguagem no Transtorno do Espectro Autista: percepção dos pais. Distúrbios da Comunicação. 2020; 32(1): 14-25.
18. Fernandes ADSA, Santos JF, Morato GG. A criança com transtorno do espectro autista (TEA). Rev de Terapia Ocupacional da Univ de São Paulo. 2018; 29(2): 187-194.
19. Boaventura FG et al. Autismo: Aprender e incluir. 2019.
20. Melo MM, Fontes FLL, Sousa EL, Alves E, Nascimento, FS, Andrade GBM et al. Atendimento multidisciplinar para a educação especial e inclusiva de uma criança com transtorno do espectro autista: um estudo de caso. Revista Eletrônica Acervo Saúde [periódico na Internet]. 2019 Jun [acesso em 2020 Jul 30]; 25: [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/589
21. Santos JL, Souza LSC. A Importância do acompanhamento multidisciplinar para o aluno portador de transtorno do espectro autista. Revista Eletrônica Conhecimento em Destaque [periódico na Internet]. 2019 [acesso em 2020 jul 30]; Edição Especial 2019 [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: http://ead.soufabra.com.br/revista/index.php/cedfabra/article/view/184/180
22. Almeida SA, Campos PHF. As representações sociais de equipe multidisciplinar sobre alunos com transtorno do espectro autista em tempos de inclusão educacional. Educere PUCPR. 2015; 9261 - 9273.
23. Lima SM; Laplane ALF. Escolarização de alunos com autismo. Rev Brasileira de Educação Especial. 2016; 22 (2): 269-285.
24. Nunes RP; Schmidt C. Educação especial e autismo: das práticas baseadas em evidências à escola. Cadernos de Pesquisa. 2019; *49*(173): 84-103.

Os desafios da atuação interdisciplinar na atenção primária: uma revisão narrativa

Geovanna Karolliny Marques Moreira
Gustavo Machado Trigueiro
Lorenna Layary Moreira
Bethânia Silva Barros
Adélia Rocha Simeoni

Resumo:
Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, a saúde brasileira passou por diversas modificações para garantir a qualidade do atendimento aos usuários. Em 1994, criou-se o Programa de Saúde da Família, posteriormente modificado para Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de ampliar e humanizar a integridade do cuidado. Para que se mantenha a qualidade da assistência à saúde e fornecer os princípios e doutrinas estabelecidas pelo SUS é necessário que todos os profissionais desempenham seu papel interdisciplinar sem adversidade. Assim, deste trabalho pauta-se em descrever os desafios da atuação interdisciplinar na atenção primária. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura realizada em julho de 2020, com busca nas produções dos últimos cinco anos nas bases de dados SCIELO, BDENF, MEDLINE e LILACS, selecionando-se 7 artigos para análise. Os desafios relacionam-se a falta de profissionais na equipe de Saúde da Família e de capacitação, violência no território abrangido pela Unidade Básica de Saúde, conflitos na divergência de opiniões e posturas dos profissionais, por fim, a falta de reconhecimento do papel da ACS. Todos esses fatores corroboram para uma má qualidade de atendimento na atenção primária, atingindo diretamente quem necessita de cuidado.
Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Equipe de Saúde da Família; Trabalho Interdisciplinar.

Introdução:

O Brasil, após várias tentativas[1], atentou-se à necessidade da instalação de um sistema público e universal de saúde. Diante disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o direito constitucional de saúde como um "direito de todos" e "dever do Estado". As Leis nº. 8.080/1990 e 8.142/1990 regulam e dispõem sobre os princípios e diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde, alem da organização e o funcionamento do atendimento público a mesma [2,3].

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, é responsável por determinar os princípios e diretrizes do SUS. Os princípios são definidos pela universalidade, integralidade e equidade. Já as diretrizes, pela intersetorialidade, participação da comunidade, autonomia das pessoas, resolutividade, epidemiologia como base, descentralização, direção única, regionalização, hierarquização, complementariedade e suplementariedade do setor privado. O SUS, como política do Estado, busca melhorias para a qualidade de vida da população, firmando o direito à saúde através de programas e estratégias que atendam a todos os indivíduos de forma integral e universal [4].

Em 1994, após uma reunião em Brasília sobre o tema "Saúde da Família", a Atenção Primária à Saúde (APS) estabeleceu a Saúde da Família como prioridade. Para organização do sistema, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) que tem como objetivo o atendimento do indivíduo e da família de forma integral e continuada, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, evitando grandes agravos para a saúde. Dessa forma, há a redução dos números de casos graves que são enviados para atenção secundária e terciária de saúde [5,6].

O PSF organiza e fortalece a atenção básica de saúde, buscando qualidade de vida para a população e realiza uma transição de uma saúde curativa para uma saúde preventiva. Além disso, tem um papel essencial no primeiro contato, na coordenação da longitunalidade e como base para a estruturação de Redes de Assistência. Para isso, é necessário que ocorra uma proximidade dos trabalhadores da saúde e dos usuários,

gerando adesão ao plano de saúde traçado pela equipe de Saúde da Família (eSF). Assim, proximidade e confiança são essenciais na relação equipe-usuários, o que exige dedicação, criatividade e iniciativa da eSF tanto em trabalhos comunitários como em grupo.

Após dez anos da sua criação, o PSF tornou-se o eixo norteador do SUS. Como um programa é uma atividade com inicio, meio e fim, em 2006, temos a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o intuito de reorganizar permanentemente a atenção primaria. Assim, o PSF torna-se ESF, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que a coloca como estratégia prioritária.

A ESF evoluiu para uma abordagem robusta na prestação de cuidados primários a populações definidas, mediante a implantação de equipes de saúde interdisciplinares. O núcleo de cada equipe da ESF inclui um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Podem fazer parte também o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal como o cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

As eSF estão organizadas geograficamente, cobrindo populações de até 1000 famílias cada, sem sobreposição ou lacuna entre as áreas de influência. Contam com as diretrizes nacionais para estruturas suas respostas às maiorias dos problemas de saude. Cada membro tem papel e responsabilidade definida. O maior desafio para que a estratégia seja colocada em prática de forma eficaz é o trabalho em equipe interdisciplinar e a adesão dos usuários a atenção básica [9,10,11].

As equipes podem atuar de duas formas: equipes multidisciplinares ou interdisciplinares. A multidisciplinar trabalha no mesmo projeto, sendo cada profissional atuante de forma independente ou paralela com um objetivo comum[12]. Já a interdisciplinar prioriza a interação e troca de conhecimentos entre profissionais pela horizontalização das relações e integração entre as disciplinas, através de uma nova maneira de agir e de produzir o cuidado em saúde. Assim, evita-se o olhar individual e a fragmentação do cuidado[13,] colocando como prioridade nas relações o respeito ao outro.

A fim de que a integralidade do cuidado seja alcançada, necessita-se que a equipe trabalhe de forma interdisciplinar, trilhando um caminho que enxergue como objetivo final o cuidado integral do usuário do SUS. A interdisciplinaridade presente na ESF é essencial pois torna o profissional apto a respeitar os outros componentes como membro essencial para que esse objetivo seja alcançado. Sendo assim, são habilidades primordiais a esses profissionais a empatia, capacidade de aceitar sugestões, respeitar as competências e limitações dos demais profissionais, ouvir opiniões, estar disposto a mudanças, respeitar as diferenças e atuar com liderança democrática. Além disso, precisa apresentar comprometimento com o SUS e pensar de forma crítica. Portanto, ressaltamos a importância do profissional da saúde pública atuar de forma integral e interdisciplinar, favorecendo o cuidado humanizado na saúde brasileira[14].

Assim, com base nessas breves considerações, este estudo tem como objetivo principal descrever os desafios da atuação interdisciplinar na atenção primária à saúde.

Métodos:

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura com abordagem qualitativa, que tem por finalidade descrever e discutir, de modo sistematizado e amplo, os estudos mais relevantes da temática alvo. Assim, se possibilita estabelecer evidências para a consolidação do assunto abordado[15].

Para elaboração deste estudo, foram empregadas as seguintes etapas: (1) identificação da questão norteadora; (2) definição dos critérios de inclusão e exclusão; (3) análise dos estudos; (4) extração e interpretação dos resultados.

Seguindo as etapas de desenvolvimento da pesquisa, elegeu-se como questão norteadora: *Quais são as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para atuação interdisciplinar na atenção primária?*

Assim, realizou-se uma pesquisa, em julho de 2020, nas bases de dados eletrônicas nacionais e internacionais: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e no acervo Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que abrange a Base de Dados de Enfermagem (BDENF), a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Ainda, utilizou-se a combinação dos Descritores (DeCS): Atenção Primária à Saúde, Equipe de Assistência ao Paciente,

Comunicação Interdisciplinar e Práticas Interdisciplinares. Foi utilizado os descritores isoladamente ou em conjunto, com os operadores booleanos “AND e OR” para aprimorar e garantir a inclusão dos artigos considerados mais atuais referentes a temática proposta.

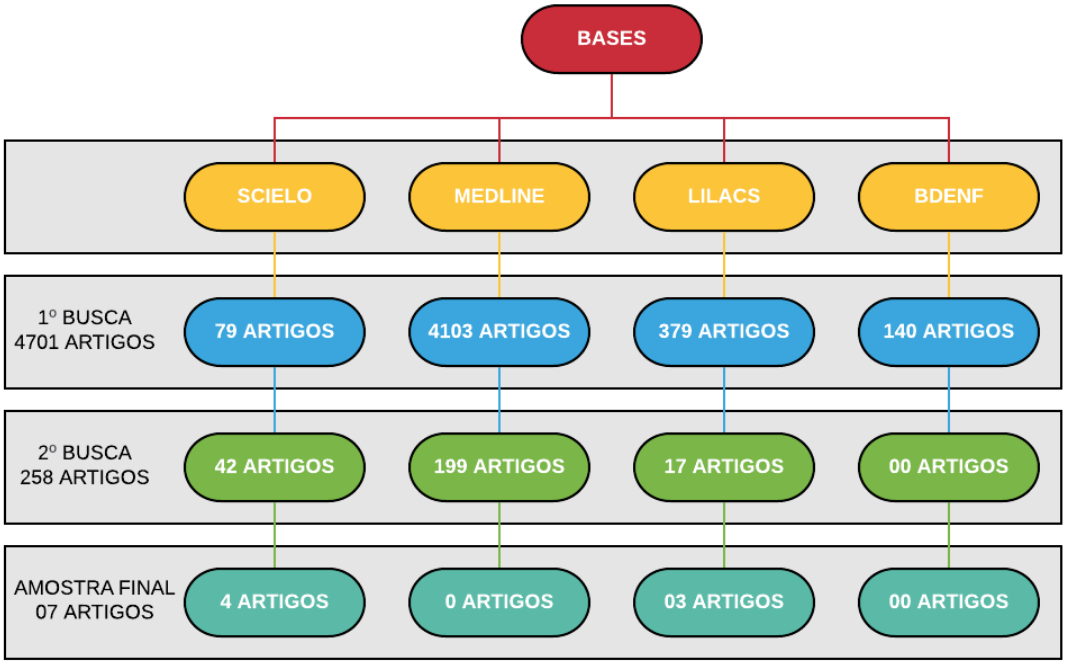
Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos disponíveis na integra em português ou inglês, publicados nos últimos 5 anos e estudos que apresentem dados qualitativos condizentes com os objetivos propostos.

Ademais, elegeu-se como critérios de exclusão: artigos duplicados, revisões sistemáticas, metanálises, teses, dissertações, monografias e boletins.

Resultados e discussão:

Foram encontrados nas bases de dados SCIELO, BDENF, MEDLINE e LILACS 4701 artigos indexados. Devido aos critérios de inclusão, foram selecionados 258 trabalhos. Após a leitura do título e resumo, foram excluídos 251 artigos por não contemplarem o eixo temático deste estudo. Assim, foram selecionados 7 artigos como amostra final, conforme o fluxograma na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos nas bases eletrônicas.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os desafios da atuação interdisciplinar são vários em diversas fases do atendimento ao usuário. Um dos principais desafios enfrentados diariamente pela eSF é o número insuficiente de profissionais e a ausência de capacitação destes. A carência de profissionais nas equipes, principalmente de médicos, é frequente e afeta toda a rotina de trabalho da equipe, pois impossibilita manter um cronograma com ações continuadas para a população. Assim, o cuidado com o usuário acaba se tornando um modelo curativo e pontual. Desse modo, a falha ocorre na gestão por não realizar a contratação e capacitação dos profissionais para que estes atuem de forma interdisciplinar na atenção básica de saúde, sendo necessária uma ação preventiva e integral destes profissionais [16,17].

A violência no território abrangido pelas UBS é um dos elementos dificultantes para implementação de ações interdisciplinares. A violência dos territórios e a falta de segurança afeta o desempenho dos profissionais, limitando as ações que favorecem a adscrição e atendimento dos usuários nas Unidades de Saúde[16, 18].

Em seguida, outro desafio identificado é a falta de consciência coletiva das equipes de saúde, uma vez que as competências e responsabilidades são bem delimitadas e pontuadas de forma individual, faltando aos

profissionais o desejo pelo trabalho em equipe em ações de promoção à saúde. Assim, há uma dificuldade de implementação de ações interdisciplinares, prejudicando os usuários que serão atendidos de maneira não-holística. Fazem-se necessárias ações que promovam atuações conjuntas e solucione os problemas mais relevantes de cada território[19].

O conflito de valores e opiniões é um dos obstáculos enfrentados, visto que os profissionais da eSF nem sempre compartilham dos mesmos interesses, objetivos e necessidades, o que em determinado momento interfere na qualidade do trabalho prestado à comunidade. Ocorre, entre outras razões, por questões políticas/partidárias, hierarquia de cargos, intrigas e falta de disciplina profissional, além, até mesmo, pela existência de contratos temporários e parentescos familiares[20].

Devido à dificuldade da interação humana diante das peculiaridades das personalidades, conflitos entre a equipe podem surgir. A maioria dos conflitos são causados devido às diferentes maneiras de organização do serviço além da procrastinação que porventura se faça presente. Isso resulta em divergência de opiniões e posturas, gerando arestas. Ademais, a falta de responsabilidade coletiva com as ações trabalhadas resulta em um baixo grau de interação entre médicos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários[20].

O ato de procrastinar no trabalho atinge diretamente o usuário que busca a UBS com a expectativa de um acolhimento integral e atendimento humanizado. O profissional ocioso diretamente o trabalho da equipe e inviabiliza a resolutividade da doença de muitos usuários do SUS[21].

A falta de compromisso também é um imbróglio encontrado para a produtividade do trabalho interdisciplinar. O descompromisso dos profissionais com a equipe e os usuários atinge diretamente a moral do trabalho em equipe, a produção do cuidado e a resolutividade da ESF. Assim, compromete os princípios constitucionais do SUS, pois inviabiliza a materialização dos seus três princípios doutrinários: integralidade, universalidade e equidade. Concomitantemente, limita as ações para o trabalho da eSF[20].

Por fim, a falta de reconhecimento do papel dos ACS é outro desafio para uma atuação interdisciplinar eficaz. Em muitas UBS, o agente comunitário de saúde não é reconhecido como um agente promotor da saúde. Isso dificulta a interação da equipe com a comunidade e a territorialização da região. O ACS, por morar na região e conhecer a realidade das áreas de atuação da UBS, determina e orienta ações, junto aos outros profissionais, segundo as necessidades daquele território. Assim, portanto, o ACS é o profissional fundamental para o estabelecimento do vínculo dos usuários com o serviço básico de saúde[22].

Considerações finais:

Os desafios encontrados para que um trabalho interdisciplinar eficiente se instale na eSF são muitos. A falta de profissionais é um dos que possivelmente mais atrapalha a execução do cronograma de atendimentos. Inúmeras equipes de saúde da família são formadas com o número mínimo de profissionais, sendo muitas vezes responsáveis por uma área extensa e com muitos usuários. Isso gera uma grande quantidade de atendimentos a serem prestados, o que prejudica a qualidade e a continuidade do cuidado

A falta de capacitação é outro problema grave que faz criar várias barreiras para uma atuação interdisciplinar de eficiência. Quando os órgãos responsáveis não orientam os profissionais quantos aos seus deveres e da importância da proatividade para a melhoria na qualidade de vida dos usuários, criam-se impasses uma para um cuidado integral.

Os conflitos de interesses são evidentes nas UBS, seja por politica, hierarquia de cargos ou intrigas. Somados as divergências de opiniões, decorrentes de desgastes existentes em equipes sem treinamento para fazer um trabalho interdisciplinar, resultam na qualidade do serviço prestado a comunidade.

O reconhecimento do papel de cada membro da eSF é algo fundamental para que as atividades sejam feitas em conjunto. É necessário que os profissionais reconheçam os seus colegas de trabalho como uma equipe, que tem como objetivo em comum a promoção, prevenção e recuperação da saúde do usuário. Portanto, ressalta-se que estes desafios sejam ultrapassados para que a atuação da eSF seja integral e interdisciplinar, visando beneficiar o usuário do SUS.

Referências:

1. Massuda A, Hone T, Leite FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. BMJ Global Health [Internet] Jun 2018. [acesso em 27 Jul 2020]; 3:e000829. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000829.abstract>.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 de set 1990. [acesso em Jul 2020] Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.
3. Viacava F, Oliveira RAD de., Carvalho CC. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciênc. saúde colet [Internet] Jun 2018. [acesso em 27 Jul 2020]; 23 (6): 1751-1762. Disponível em:< https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1751-1762/>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [acesso em Jul 2020] Set 2017.Brasília; Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.
5. Macinko J, Medonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde Debate [Internet] Set 2018. [acesso em: 27 Jul 2020]; 42 (1): 18-37. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/18-37/pt/>.
6. Motta LC, Batista RS. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. Rev. bras. educ. med [Internet] Jun 2015. [acesso em 27 Jul 2020]; 39(2):196-207 Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000200196&script=sci_abstract&tlng=pt>.
7. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Viera JEB, Melo EA, Reis AAC. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, segundo Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciên. saúde Colet [Internet] Fev 2016. [acesso em 27 Jul 2020]; 21 (2): 327-338. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n2/327-338/en/>.
8. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc. saúde coletiva [Internet] Jul 2018. [acesso em 27 Jul 2020]; 23(6):1903-1914. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601903&script=sci_abstract&tlng=pt>.
9. Macinko J, Ph.D, Harris MJ, MB, BS, Phil D. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. N Engl J Med [Internet] Jun 2015. [acesso em 27 Jul 2020]; 372 (23): 2177-2181. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283899889_Brazil's_Family_Health_Strategy>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família (ESF). [Internet]. Agos 2017. [acesso em 27 Jul 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>.
11. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. Cad Saúde Pública [Internet] Ago 2017. [acessso em 27 Jul 2020]; 33(8): e00037316. Disponível em:<https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n8/e00037316/>.
12. Saint- Pierre C, Herskovic V, Sepúlveda. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Family Practice* [Internet] Abr *2017*. [acesso em 27 Jul 2020]*; 35(2):132-141. Disponível em:* < https://academic.oup.com/fampra/article/35/2/132/4159391>.
13. Bertazone TMA, Ducatti M, Camargo HPM de, Batista JMF, Kusumota L, Marques S. Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet] Jan/Fev 2016. [acesso em 27 Jul 2020]; 17(1): 144-153. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324044160019.pdf>.
14. Santos RNLC dos, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Farias DN de, Lucena EMF. Integralidade e Interdisciplinaridade na Formação de Estudantes de Medicina. Rev. bras. Med [Internet] Jul/Set 2015.

[acesso em 27 Jul 2020]; 39 (3): 378-387. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000300378&script=sci_arttext>.
15. Araújo TO, Araújo AGP, Medeiros MGM, Leite AGR, Nunes MF, Dantas PRA. et al. Generalidades da depressão no processo de envelhecimento e a assistência da enfermagem. Atena Editora [livro eletrônico] 2019. [acesso em 27 Jul 2020]; 2: 21-31. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/wp-content/uploads/2019/11/E-book-Atencao-Interdisciplinar-em-Saude-2-1.pdf>.
16. Costa, DM, Magalhães R. Realismo crítico e desigualdades sociais: considerações a partir de uma pesquisa avaliativa. Ciênc. saúde coletiva [Internet] Mai 2020. [acesso em 27 Jul 2020]; 25 (5): 1779-1788. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501779&lang=pt>.
17. Wenceslau LD, Sarti TD, Trindade TG. Reflexões e propostas para a estruturação de programas de Mestrado em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet] Jul2020. [acesso em 27 Jul 2020]; 25 (4): 1281-12992. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232020000401281>.
18. Barros LC, Cecílio LCO. Entre a 'grande política' e os autogovernos dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios da micropolítica da atenção básica. Saúde debate [Internet] Jul 2019. [acesso em 27 Jul 2020]; 43 (6): 10-21. Disponível em: < https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe6/10-21/>.
19. Farias DN de, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. Trab. Educ. Saúde [Internet] Dez 2017. [acesso em 27 Jul 2020]; 169(1): 141-162. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017005005106&script=sci_arttext>.
20. Silva GM, Carvalho DPFO, Melho DB. O Processo Circular enquanto ferramenta para a gestão de conflitos em uma Unidade Básica de Saúde. Saúde debate. [Internet] Jul 2019. [acesso em 27 Jul 2020]; 43 (6): 129-137. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe6/129-137/ >.
21. Marin J, Ribeiro CDM. Problemas e conflitos biéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família. Rev. Bioét. [Internet] Jun 2018. [acesso em 27 Jul 2020]; 26 (2): 291-301. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000200291&lang=pt>.
22. Carrapato JFL, Castanheira ERL, Placideli N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. Saúde Soc. [Internet] Jun 2018. [acesso em 27 Jul 2020]; 27 (2): 518-530. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200518>.

Uma abordagem abrangente e multidisciplinar para dor torácica: uma revisão integrativa

Gabriel Kewen da Costa
Laura Marçal Silva
Beatriz Lemos Baptistela
Rafael Fonseca Silvestre
José Ronaldo Alves

Resumo

Introdução: A dor torácica está entre as principais queixas tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto nos serviços de emergência. Para classificar sua gravidade e diversas etiologias, muitas vezes não cardíacas, foram criados protocolos. Nesse sentido, também é essencial a existência de uma equipe multidisciplinar a fim de minimizar as consequências negativas procedente da dor torácica. **Metodologia:** Buscas realizadas em bases de dados bibliográficas pertinentes, utilizando descritores relacionados à temática do trabalho foram selecionados de forma criteriosa os artigos relevantes. **Resultados:** Pacientes que procuram a APS demoram mais tempo para procurar ajuda e possuem mais medos relacionados ao prognóstico do quando comparados com os pacientes que procuram diretamente um serviço de emergência. Nestes serviços especializados, escores e protocolos fazem-se úteis para garantir um melhor tratamento, destacando-se o escore HEART. **Discussão:** Como a APS é resolutiva em aproximadamente 50% dos casos de dor torácica, a equipe multidisciplinar pode apresentar planos de ação afetivos ao usuário, com enfoque em suas individualidades e receios. No âmbito emergencial, destaca-se a necessidade de elaboração rápida de hipóteses diagnósticas, que pode ser suprida com o uso de escores e protocolos. Finalmente, a adequação desses instrumentos à população possui potencial para melhorar os resultados.
Palavras-chave: dor no peito; atenção primária à saúde; emergências.

Introdução

A dor torácica é considerada a queixa mais frequente nos serviços de atenção de emergência e aproximadamente 3% dos pacientes nos serviços de atenção primária à saúde experimentam esse sintoma de forma intensa[1,2]. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, estima-se que quatro milhões de pacientes que relatam dor torácica anualmente no Brasil, em dados relativos 400 mil pacientes são diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), expressando uma taxa de 5 a 15% de casos no país. Ademais, deve considerar que esse acometimento também é um sintoma clássico da Síndrome Coronariana Aguda (SCA), e da doença isquêmica do coração (DIC), as quais representam de 10 a 18% dos casos[3,2].

No entanto, a dor no peito pode ter outras causas, das mais diversas, sendo não cardíacas a maior parte das etiologias, associadas principalmente a quadros respiratórios, gastrointestinais, musculares, ou psiquiátricas[2,4]. Com isso, o maior desafio para os profissionais é a distinção dos casos de dor torácica como leve ou grave, que se for feita de maneira inadequada expõe o usuário a riscos de vida. Estes erros são mais recorrentes na Atenção Primária por ser frequente a apresentação de múltiplos sinais e sintomas, evidenciando alguns atípicos e ser urgente a necessidade de estabelecer um diagnóstico precoce para evitar possíveis agravos[4]. Já no Serviço de Emergência a identificação da gravidade na estratificação de risco deve ser rápida, assim como o encaminhamento para o serviço especializado, visto que o tempo é determinante para o sucesso do atendimento, para isso existem protocolos assistenciais que objetivam facilitar este processo de classificação[3].

Entre os principais protocolos estão os escores de HEART, GRACE e TIMI classificação de Diamond para DIC, diretrizes clínicas europeias sobre prevenção de doenças cardiovasculares que ajudam na tomada de decisão quanto a hospitalização do paciente, o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) nas unidades de emergência, diretrizes societárias, I Diretriz Brasileira de Dor Torácica na Sala de Emergência[1-5]. Entretanto, ainda há deficiência na padronização do atendimento aos pacientes, gerando dificuldade no diagnóstico e, em casos graves o atraso no tratamento podendo levar ao óbito[6].

Ressalta-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) é classificada pelo Ministério da Saúde como a porta de entrada do cidadão brasileiro ao Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que é o primeiro nível de atenção caracterizado por ações tanto no âmbito individual quanto coletivo. Dessa forma, a APS tem como foco um cuidado integral abrangendo prevenção, proteção, promoção, diagnóstico, tratamento, e a reabilitação, com objetivo de reduzir danos, além da manutenção da saúde. Para a APS atingir suas metas existem princípios para orientar as ações de seus profissionais, sendo eles a integralidade, equidade e universalização, em conjunto com os princípios organizativos como descentralização, comando único, hierarquização, regionalização e participação popular[7].

Destaca-se também, que os Serviços de Emergência, de acordo com o Ministério da Saúde que instituiu a portaria Nº 354, de 10 de Março de 2014; são práticas e serviços que asseguram proteção à vida do paciente com risco iminente de morte e sofrimento intenso exigindo, portanto, atendimento médico imediato[8]. A intervenção de uma equipe de profissionais de saúde é demasiadamente importante nas primeiras horas após o diagnóstico visando assegurar funções vitais do paciente que apresente situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia e TCE (traumatismo crânio-encefálico), além de prevenir complicações e sequelas graves mesmo que o paciente não evolua a óbito[9].

Desse modo, tanto na APS quanto nos Serviços de Emergência há a necessidade de um trabalho em equipe, pois esta é uma das principais estratégias para mudanças no modelo de assistência biomédico para se tornar mais dinâmico frente a um contexto sociocultural e econômico extremamente complexo. Portanto, é imprescindível a existência de uma equipe multidisciplinar para maior eficiência no trabalho em saúde, sendo a comunicação o veículo que possibilita essa conexão entre os profissionais[10].

Visando a necessidade de intervenção imediatista nos serviços de emergência, para evitar evolução do paciente a óbito e possíveis sequelas a aplicabilidade de protocolos, escores e especializações dos profissionais de saúde é importante para identificação mais precisa e eficaz de situações exatas que possam desencadear dor precordial. Nessa perspectiva é relevante reunir trabalhos científicos com significância para avaliar e detectar as situações relacionadas à dor torácica que comumente estão presentes nos tanto na APS quanto nos Serviços de Emergência, suas causas, prognóstico e facilitar a tomada de decisão dos profissionais de saúde[1].

Métodos

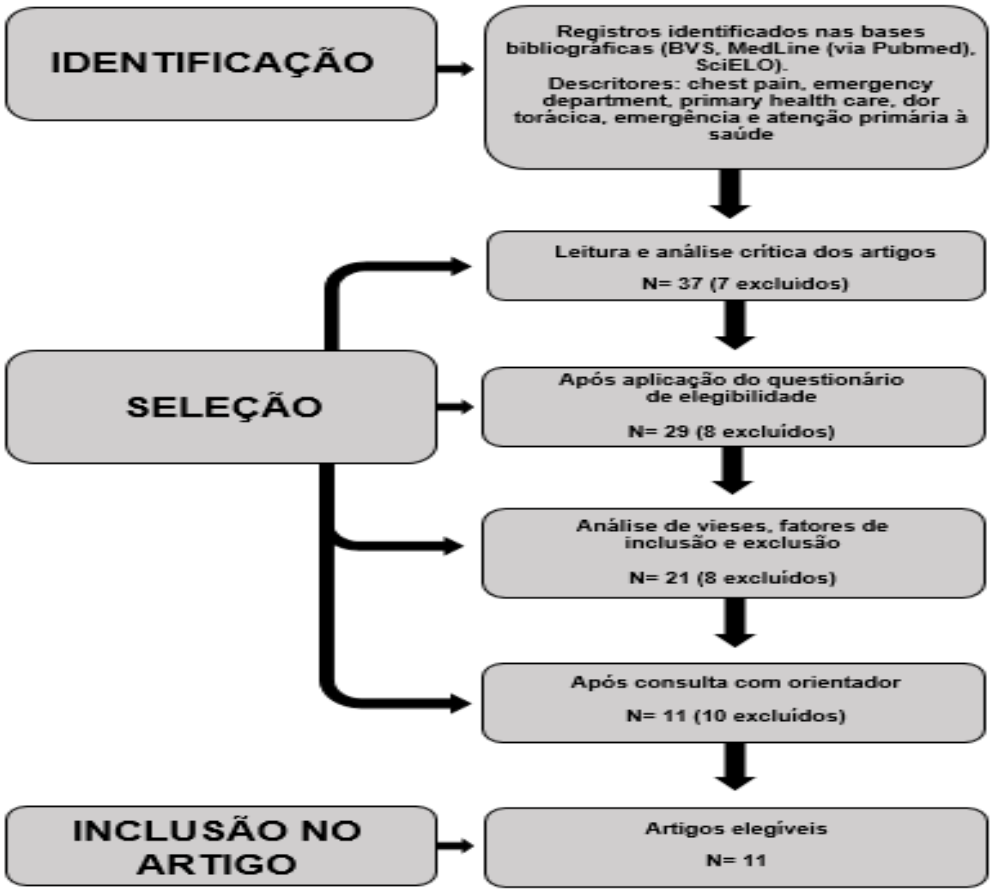
Identificação e seleção de amostra

Realizou-se uma busca nas bases de dados bibliográficas MEDLINE (via PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo, no período de Julho e Agosto de 2020 com o objetivo de encontrar estudos que respondessem a pergunta norteadora (PICO): “A aplicação de protocolos e escores é mais eficaz na tomada de decisões do que o atendimento padrão para dor torácica?”[11]. A pesquisa bibliográfica foi realizada pelos quatro autores. Utilizou-se a ferramenta dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), para orientar a pesquisa e definir as palavras-chave “dor no peito”, “atenção primária à saúde” e “emergências”. Não foi delimitadas restrições de idioma, mas os artigos encontrados foram em inglês e em português. Nessa revisão foram incluídos estudos transversais, prospectivos, e ensaios clínicos . Foram excluídos trabalhos publicados há mais de dez anos, duplicados e/ou que não respondessem a pergunta norteadora (Fluxograma 1).

Coleta de dados e Avaliação do rigor metodológico

Para realizar a coleta dos dados e avaliar o rigor metodológico dos trabalhos encontrados na busca bibliográfica, foi utilizado um instrumento em forma de questionário, validado por Ursi[12,13]. Dentre os principais tópicos do instrumento, destacam-se o objetivo dos trabalhos, tamanho e características da amostra, resultados encontrados e implicações dos resultados. Posteriormente, o orientador foi consultado para assegurar a qualidade metodológica dos trabalhos selecionados. Por fim, os autores, juntamente com o orientador realizaram uma avaliação crítica de todos os trabalhos a fim de identificar possíveis vieses. Após esse processo, restaram onze trabalhos, que foram incluídos na revisão.

Fluxograma 1: Processo metodológico de seleção de trabalhos científicos.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Resultados

Os estudos selecionados para este trabalho encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Seleção dos Artigos.

Título do artigo	Autor	Ano de publicação	Revista	Língua	Tipo de estudo
Characteristics of patients with acute myocardial infarction contacting primary healthcare before hospitalisation: a crosssectional study	Per O. Andersson	2018	BCM Family Practice	Inglês	Transversal multicêntrico
Frequency of chest pain in primary care, diagnostic tests performed and final diagnoses	Beatrijs BN Hoorweg	2017	Heart	Inglês	Transversal
Management of chest pain: a prospective study from Norwegian out-of-hours primary care	Robert Anders Burman	2014	BCM Family Practice	Inglês	Transversal
How do patients with chest pain access Emergency Department care?	Evie Van Severena	2016	European Journal of Emergency Medicine	Inglês	Transversal

A prospective validation of the HEART score for chest pain patients at the emergency department	B.E. Backus	2013	International Journal of Cardiology	Inglês	Ensaio Clínico
Comparison of the GRACE, HEART and TIMI score to predict major adverse cardiac events in chest pain patients at the emergency department	J.M. Poldervaart	2016	International Journal of Cardiology	Inglês	Ensaio Clínico
Chest pain prevalence, causes, and disposition in the emergency department of a regional hospital in Pretoria	Mimi Geyser e Selma Smith	2016	African Journal of Primary Health Care & Family Medicine	Inglês	Estudo Retrospectivo Descritivo
Impacto de protocolo de dor torácica sobre a adesão às diretrizes societárias: um ensaio clínico	Masterson Marian de Farias	2012	Revista Brasileira de Cardiologia	Português	Ensaio Clínico
Chest Pain Score: o novel and practical approach to angina pectoris. A diagnostic accuracy study.	Fatih Aydin	2019	Associação Paulista de Medicina	Inglês	Ensaio Clínico
Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação de dor torácica	Aline Costa Vieira	2016	Texto & Contexto Enfermagem	Português	Ensaio Clínico

Fonte: Elaborada pelo autor

.

No contexto da Atenção Primária à Saúde

Um estudo suíço de Per O. Anderson com 688 pacientes com diagnóstico de infarto do miocárdio (519 homens e 169 mulheres), com idade média de 66 anos, convidou os participantes a responder um questionário 24 horas após a admissão na unidade de tratamento coronariana. Desse total, 147 (21%) procuraram a Atenção Básica à Saúde antes de se dirigirem a um serviço de emergência. Essa procura foi mais relacionada a moradores de áreas rurais e longe dos grandes centros (46%) e a um maior tempo de espera antes de procurar ajuda (2:15 horas em média no grupo da Atenção Básica versus 40 minutos no grupo que procurou diretamente a emergência). Esse grupo também apresentou mais sintomas cardinais, como dor torácica e dor irradiada nos braços (94% vs. 98%, $p<0.05$), suor frio (44% vs. 56%, $p<0.01$), vertigem (16% vs. 25%, $p<0.05$), náusea (22% vs. 32%, $p<0.05$) e mais medo quando comparado ao segundo grupo (15% vs. 24%, $p<0.05$)[2].

O estudo transversal realizado por Robert Anders Burman com 100 pacientes que chegaram à Atenção Primária na Noruega com dor torácica aplicou um protocolo próprio para estratificação de risco e eletrocardiograma quando o paciente não fosse enquadrado como “verde” (situação não ameaçadora à vida). Tinha como objetivo levantar as principais causas de dor torácica no nível de APS e seus possíveis desfechos. Os selecionados para o estudo responderam a um questionário via ligação. A análise de dados indicou uma maioria de homens (58%), com idade média de 45 anos, e, 43% dos pacientes foram encaminhados para um nível secundário ou terciário de saúde, sendo 86% em decorrência de suspeita de SCA. Contudo, a etiologia mais comum foi a de dor torácica de origem musculoesquelética. Os autores concluem que a Atenção Primária deve estar pronta e preparada para receber pacientes com dor torácica sob livre demanda, sendo resolutiva ou encaminhado a hospitais de boa referência, quando necessário[14].

Beatrijs BN Hoorweg e colaboradores realizaram um estudo com 188 médicos generalistas que atendem na Atenção Básica na Suíça e na Bélgica, de forma que todos os atendimentos fossem contabilizados por duas semanas. 22.294 atendimentos foram realizados e, em 281 deles, a dor precordial estava presente.

Estes pacientes com dor torácica foram convidados a preencher um formulário 30 dias após a consulta em que houve a queixa de dor torácica. 263 pacientes completaram a etapa do formulário. Desse modo, os dados coletados evidenciaram que a principal etiologia da dor foi de origem musculoesquelética (33,1%), seguida por psicogênica (17,1%) e gastrointestinal (13,2%). Apenas 8,4% colocavam em risco a vida dos pacientes (21 casos de isquemia cardíaca e um caso de embolia pulmonar). Independente da causa, 40,2% dos pacientes foram transferidos para um nível secundário ou terciário de atenção à saúde[4].

O estudo transversal realizado por Evie Van Severena tinha como objetivo obter uma visão das diferentes ações de um paciente com dor no peito de acordo com sexo, nível de ansiedade, localização e duração. Foram incluídos, na Bélgica, pacientes com consecutivas dores no peito, maiores de 18 anos e que não apresentavam deficiência mental. Excluíram os pacientes que chegavam há mais de 24 horas após o início dos sintomas e que apresentavam causas traumáticas claras. Foi aplicado um questionário em 414 pacientes, com idade média de 63 anos e 70% homens, 87% belgas, 38% possuíam ensino médio completo e 29% ensino superior. 71% marcaram cinco na escala de ansiedade. Em 78% dos casos os sintomas começaram em casa. 57% dos pacientes já tiveram esses sintomas anteriormente. 30% tiveram sintomas iniciais adicionais, como dispneia (35%), reações vasovagais gerais (33%) e outros sintomas (12%). No diagnóstico final, 35% tiveram Síndrome Coronariana Aguda (ACS), 20% apresentaram outras causas cardíacas e 45% causas não cardíacas[15].

No contexto dos departamentos de emergência

O estudo realizado por Masterson M. de Farias e Daniel M. Moreira separou dois grupos por cluster, dos quais um seguiria um protocolo adaptado pelo Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), local em que foi realizado o estudo, de algoritmos criados pelo Hospital Sírio Libanês e seguindo recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBA), American College of Cardiology (ACC) e American Heart Association (AHA). O intuito desse protocolo do ICSC foi criado para detecção de SCA e o grupo-controle seguiria o manejo dos pacientes de maneira habitual. Foram selecionados, no total, 112 prontuários de pacientes anteriormente atendidos por um desses médicos residentes, sendo 55 pacientes do grupo protocolo e 57 pacientes do grupo-controle. Os resultados observados foram que o grupo que seguiu o protocolo apresentou maior aderência às condutas com significância clínica para a prática emergencial. Sendo assim, o grupo protocolo apresentou relevância estatística no quesito condutas orientadas pela I Diretriz Brasileira de Dor Torácica na Sala de Emergência, entretanto, não apresentou relevância estatística com relação aos fatores clínicos[6].

Um ensaio clínico realizado por Fatih Aydin e colaboradores nos Estados Unidos aplicou um Escore (Chest Pain Score) em 484 pacientes para classificação de dor no peito que indicasse Doença Cardíaca Isquêmica (ICD) e obteve como resultado uma sensibilidade de 97% e uma eficácia de 87,5%. Os pacientes foram submetidos a um teste de esforço em esteira e, após a prática, foram comparados os resultados de exames que detectassem ICD e os patológicos apresentaram média 6 no escore (enquanto pacientes sem histórico de ICD apresentaram média 1). Concluiu-se que o questionário para levantamento de escore na classificação de ICD tem significância clínica. Portanto, a utilização deste escore pode detectar se a dor torácica é causada por ICD, o que auxilia os profissionais na tomada de decisão quanto aos procedimentos a serem realizados, visando um bom prognóstico sem gerar confusão[1].

O estudo prospectivo realizado por B.E. Backus e colaboradores tinha o objetivo de validar o escore HEART no processo diagnóstico de pacientes que chegaram ao departamento de emergência com queixas de dor torácica. O escore HEART foi criado com esse intuito, sendo útil na identificação do risco para Síndrome Coronariana Aguda (SCA). O estudo teve participação de 2440 pacientes, advindos de 10 hospitais holandeses participantes, dos quais sete pacientes foram excluídos por dados de admissão incompletos e 45 por acompanhamento insuficiente. Nos 2388 pacientes resultantes, o score HEART foi aplicado antes do acesso e análise do eletrocardiograma (ECG) e exames laboratoriais colhidos. Os resultados relacionam a ocorrência dos principais eventos coronarianos adversos (MACE) com os escores HEART obtidos: dos 36,4% pacientes que obtiveram baixos escores HEART (valores de 0 a 3), 1,7% apresentaram MACE; dos pacientes que obtiveram escores HEART de 4 a 6, 16,6% foram diagnosticados com MACE e, por fim, dos pacientes que

obtiveram altos escores HEART (de 7 a 10), 50,1% foram diagnosticados com MACE. Após comparação com os escores TIMI e GRACE, a estatística C do escore HEART (0,83) se mostrou significantemente maior que as dos escores comparados, 0,75 (TIMI) e 0,7 (GRACE), (p<0,0001). Concluiu-se, então, que o score HEART foi capaz de indicar, de forma rápida e confiável, probabilidades diagnósticas[16].

O estudo realizado por J.M. Poldervaart tinha o objetivo de comparar o desempenho dos escores HEART, GRACE e TIMI na predição dos principais eventos cardíacos adversos (MACE) em pacientes que se apresentaram no departamento de emergência com queixas de dor torácica. Os pacientes que participaram do estudo advieram do departamento de emergência de nove hospitais holandeses. O escore HEART foi determinado pelo profissional médico responsável e os escores GRACE e TIMI foram calculados de acordo com dados individuais prospectivos. Os desempenhos dos escores foram comparados de acordo com o cálculo das curvas AUC. No total, 1748 pacientes foram incluídos no estudo. As curvas AUC dos escores GRACE, HEART e TIMI foram 0,73 (95% CI: 0,70-0,76%), 0,86 (95% CI: 0,84-0,88%) e 0,80 (95% CI: 0,78-0,83%), respectivamente. Com um nível absoluto de segurança de pelo menos 98%, o escore GRACE identificou 231 pacientes com "baixo risco", dos quais 2,2% apresentaram MACE; o escore HEART identificou 381 pacientes com "baixo risco", dos quais 0,8% apresentaram MACE. O escore TIMI não identificou pacientes com "baixo risco" dentro dos limites de segurança estabelecidos. Concluiu-se, então, que o escore HEART superou os escores GRACE e TIMI na discriminação de pacientes com ou sem MACE e na identificação do maior grupo possível, com bom limite de segurança, de pacientes com "baixo risco"[5].

O estudo descritivo retrospectivo realizado por Mimi Geyser e Selma Smith tinha o objetivo de determinar a prevalência, causas, características demográficas e a disposição de todos os pacientes adultos cuja principal queixa, no departamento de emergência de um hospital regional da África do Sul, era de dor torácica. Os dados acessados pertenciam a pacientes que apresentaram as queixas entre o dia primeiro de dezembro de 2011 e o dia dez de abril de 2012 e os diagnósticos foram divididos em grupos: cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, musculoesquelético, psiquiátrico/psicogênico e desconhecido. Dos 312 pacientes que apresentaram dor torácica, 210 arquivos de pacientes foram recuperados. A prevalência de dor torácica não traumática foi de 1,66%. Doenças respiratórias foram as principais causas (36,19%), sendo a pneumonia o principal diagnóstico (24,40%). Uma regressão logística mostrou que diagnósticos de doenças cardiovasculares agudas ou doenças respiratórias, idade avançada e transporte por ambulância se relacionaram com a admissão de grande parte dos pacientes. Concluiu-se, então, que a principal causa de dor torácica são as doenças respiratórias, seguidas por transtornos musculoesqueléticos. No contexto africano, a etiologia da dor torácica aguda é diferente da principal em países de primeiro mundo, portanto, os profissionais da saúde deveriam dar atenção às condições respiratórias durante o processo diagnóstico e as condutas realizadas[17].

No contexto brasileiro há o estudo realizado por Aline Costa Vieira, em que participaram 7 enfermeiras, que apresentaram suas percepções sobre a utilização do protocolo de dor torácica do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) nos 67 pacientes do estudo[6]. Todas as profissionais classificaram o protocolo como positivo, afirmando fidelidade na classificação de risco relacionado à dor torácica, dada a existência de um grande espectro de condições clínicas que culminam nessa condição. Ademais, a aplicabilidade desse questionário proporcionou a associação de fatores de risco do próprio paciente que tenha relevância na evolução para IAM, levando em consideração quesitos que um modelo tradicional de abordagem na emergência não consideraria. Em suma, a utilização desse protocolo, mesmo sendo longo, possibilita um respaldo na conduta profissional[3].

Discussão

Sabe-se que a APS é a porta de entrada à saúde para qualquer cidadão brasileiro, sendo caracterizada como o primeiro nível de atenção à saúde, funcionando sob livre demanda[7]. Dito isto, é importante que esta esfera da saúde esteja preparada para ser resolutiva em diversos contextos, sendo um deles, a dor torácica. Desse modo, é necessário ter em mente que o paciente que chega à APS com uma queixa de dor no peito muitas vezes reside em localidades remotas, longe de departamentos de emergência. Este paciente também demora mais tempo para procurar um serviço de saúde e apresenta mais pessimismo em relação ao prognóstico[2]. Logo, é preciso que a equipe multidisciplinar da APS apresente planos de ação afetivos para o

usuário, dando enfoque em suas individualidades e receios, uma vez que resolutividade não se resume a apenas tratar as dores físicas do paciente.

Os estudos selecionados para esta revisão integrativa evidenciaram que APS é resolutiva em aproximadamente em 50% dos casos, de modo que, de todas as queixas de dor torácica que chegam à APS, metade são resolvidas na mesma e o restante é encaminhado para um nível secundário ou terciário de atenção à saúde[14]. Isso só é possível, pois, ao contrário do que o senso comum afirma, a dor torácica nem sempre é de etiologia cardíaca, podendo ser de origem digestiva, psicogênica e até musculoesquelética, sendo esta última a mais comum no contexto da atenção básica à saúde[4]. Assim, é fundamental que todos os profissionais da APS estejam devidamente preparados para acolherem estes pacientes sob a livre demanda, classificando-os de acordo com o risco, resolvendo a queixa quando possível ou os encaminhando para hospitais de referência sempre que necessário.

Os estudos selecionados para este trabalho que abordaram a dor torácica na APS são de países europeus, uma vez que não foi encontrado nenhum trabalho brasileiro que abordasse esse assunto. Desse modo, sabe-se que o contexto geral europeu é muito diferente do brasileiro, uma vez que naqueles países, os serviços de saúde são privatizados, possibilitando uma maior oferta de recursos. Neste ambiente, as clínicas possuem até eletrocardiogramas para a triagem dos pacientes[18]. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde pertence ao SUS, um sistema de saúde público, integral, universal e equânime, e, que muitas vezes cursa com sucateamento e ausência de investimentos em recursos. É preciso minimizar estes impasses e garantir aos pacientes o melhor tratamento possível para dor torácica, seguindo escores, protocolos ou fluxogramas, como o proposto pelo Ministério da Saúde no Caderno Número 28[19].

Relativo ao departamento de emergência, o estabelecimento rápido de hipóteses diagnósticas de pacientes com dor torácica, com exclusões específicas e baseadas em achados significantes, é muito importante, visto que algumas causas desse sintoma têm comportamento mais agressivo e, muitas vezes, letal, se carente de condutas direcionadas e assertivas[20]. A coleta de informações abrangentes sobre o assunto, por exemplo, é importante, pois o interesse em conhecer melhor a população e suas características relacionadas com essa sintomatologia pode facilitar o diagnóstico e melhorar o prognóstico dos próximos pacientes que apresentarem a queixa em questão na emergência[21]. Dessa forma, estudos como o de Mimi Geyser e Selma Smith se mostraram muito úteis, pois avaliaram informações como a prevalência, causas e até demografia da dor torácica na região. Por exemplo, no departamento de emergência do hospital Kalafong, em Pretória, África do Sul, as principais causas dos pacientes elegíveis ao estudo que apresentaram essa queixa foram 36% respiratórias, 21,9% musculoesqueléticas e 21,43% cardiovasculares[17].

Como algumas causas de dor torácica são urgentes ou emergentes, a boa e rápida realização de uma hipótese diagnóstica apresenta grande potencial em salvar vidas que seriam perdidas em condições distintas. Nesse âmbito, há a atuação de profissionais de saúde baseada em escores e protocolos específicos no departamento de emergência[22]. Os três principais escores encontrados e melhor avaliados foram o HEART, GRACE e TIMI, sendo que dois estudos holandeses objetivaram avaliar a efetividade do score HEART e o comparar aos outros dois. O score HEART, mais rigoroso que os outros, demonstrou grande capacidade de indicar de forma rápida e confiável, hipóteses diagnósticas dos pacientes com queixas de dor no peito[16]. A comparação entre os scores foi feita com base em suas estatísticas C ($p<0,0001$) e curvas AUC ($p<0,05$), respectivamente: HEART com 0,83 e 0,86, GRACE com 0,70 e 0,73 e TIMI com 0,75 e 0,8[5].

No contexto brasileiro o estudo realizado por Materson M. de Farias e Daniel M. Moreira seguiu um protocolo adaptado pelo Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) e concluiu que o grupo que o seguiu teve melhor aderência às condutas com maior significância clínica[6]. Em outro estudo, feito por Aline Costa Vieira, foi evidenciada a satisfação das enfermeiras quanto à utilização do protocolo de dor torácica do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) ao afirmarem fidelidade na classificação de risco[3]. Fica evidente, portanto, a relevância em adequar esses instrumentos à população em questão.

Conclusão

Neste sentido, é importante que a Atenção Primária à Saúde e toda a equipe multidisciplinar que a compõe estejam preparados para serem assertivos e resolutivos, colocando em prática a escuta qualificada da

queixa de um paciente que muitas vezes associa dor torácica a prognósticos fatais, devendo-se então respeitar as individualidades e autonomia do mesmo. Essa boa conduta deve estar atrelada a um atendimento técnico que garanta o melhor desfecho possível ao paciente, de modo que o processo abranja o usuário de forma holística.

Fica evidente, também, que a forma de atuação dos profissionais no setor de emergência tem grande importância e influência no prognóstico dos pacientes com dor torácica. Como alguns instrumentos demonstraram boa efetividade no estabelecimento rápido de hipóteses diagnósticas, eles poderiam ser mais bem explorados e adaptados às particularidades da nossa população.

Com o intuito de responder a pergunta norteadora "A aplicação de protocolos e escores é mais eficaz na tomada de decisões que o atendimento padrão para dor torácica?", este estudo conclui que a utilização de protocolos e escores se mostraram mais eficazes na tomada de decisões que o atendimento padrão para dor torácica. Ainda assim, a adequação desses instrumentos à população alvo poderia melhorar a conduta dos profissionais e o prognóstico dos pacientes.

Referências

1. Aydin Faith, et al. Chest pain score: a novel and practical approach to angina pectoris. A diagnostic accuracy study. Sao Paulo Med. J [Internet]. 2019 Aug 08 [cited 2020 Aug 18]; DOI http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0238101218. Available from: SciElo.
2. Andersson Per O, et al. Characteristics of patients with acute myocardial infarction contacting primary healthcare before hospitalisation: a cross-sectional study. BMC Family Practice [Internet]. 2018 Oct 10 [cited 2020 Aug 18]; Available from: BMC Family Practice.
3. Viera Aline Costa, et al. Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torác. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016 May 05 [cited 2020 Aug 18]; DOI http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001830014. Available from: SciElo.
4. Hoorweg Beatrijs BN, et al. Frequency of chest pain in primary care, diagnostic tests performed and final diagnoses. Heart [Internet]. 2017 Nov 16 [cited 2020 Aug 18]; DOI 10.1136/heartjnl-2016-310905. Epub 2017 Jun 20. Available from: PubMed.
5. Poldervaart JM, et al. Comparison of the GRACE, HEART and TIMI score to predict major adverse cardiac events in chest pain patients at the emergency department. Int J Cardiol [Internet]. 2017 Jan 15 [cited 2020 Aug 18]; DOI 10.1016/j.ijcard.2016.10.080. Available from: PubMed.
6. Farias Masterson Marian de, et al. Impacto de protocolo de dor torácica sobre a adesão às diretrizes societárias: um ensaio clínico / Impact of chest pain protocol on compliance with society guidelines: a clinical trial. Rev. bras. cardiol [Internet]. 2012 Oct 02 [cited 2020 Aug 18]; Available from: LILACS.
7. Portaria Nº 354, de 10 de março de 2014. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro [Internet]. 2014 Mar 10 [cited 2020 Aug 18]; Available from: Ministério da saúde.
8. Giglio-Jacquemot, A, et al. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. In: Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Antropologia e Saúde collection, pp. 15-26. ISBN 978-85-7541-378-4. Available from SciELO Books .
9. Portaria Nº 10 de 3 de janeiro de 2017. Ministério da Saúde [Internet]. 2017 Jan 03 [cited 2020 Aug 18]; Available from: Ministério da saúde.
10. Pereira Renata Cristina Arthou, et al. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. Interface (Botucatu) [online] [Internet]. 2014 Jun 11 [cited 2020 Aug 18]; DOI http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006. Available from: SciElo
11. Santos Cristina Mamédio da Costa, et al. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online] [Internet]. 2014 Jun 11 [cited 2020 Aug 18]; DOI http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023. Available from: SciElo
12. Souza, Marcela Tavares de; Silva, Michelly Dias da; Carvalho, Rachel de. Integrative review: what is it? how to do it?. Einstein (São Paulo), [S.L.], v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134.

13. Ursi E. S., Galvão C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa de literatura. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2006 Feb 14 [cited 2020 Aug 18];
14. Burman Robert Anders, et al. Management of chest pain: a prospective study from Norwegian out-of-hours primary care. BCM Family Practice. 2017 May 25;
15. Van Severen, Evie; Willesem, Robert; Vandervoort, Pieter; Sabbe, Marc; Dinart, Geert-Jan; Buntinx, Frank. How do patients with chest pain access Emergency Department care? European Journal Of Emergency Medicine, [S.L.], v. 24, n. 6, p. 423-427, dez. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). http://dx.doi.org/10.1097/mej.0000000000000393.;
16. B. E. Backus, et al. A prospective validation of the HEART score for chest pain patients at the emergency department. International Journal of Cardiology. 2013 April 19;
17. Geyser Mimi, Smith Selma. Chest pain prevalence, causes, and disposition in the emergency . African Journal of Primary Health Care. 2016 January 13;
18. Giovanella Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. Saúde Pública. 2005 Apr 20;22
19. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea- queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília-DF; 01/02/ 2013. 2 vol.
20. Skoczyński P, Wizowska J, Pochciał P, Leśkiewicz M, Zyśko D. Predictors of mortality in emergency department patients with chest pain without cardiovascular emergencies. Adv Clin Exp Med. January 30, 2020.
21. Alexander C. Fanaroff, MD; Ryan D. Schulteis, MD; Karen S. Pieper, MS; Sunil V. Rao, MD; L. Kristin Newby, MD, MHS. Simplified Predictive Instrument to Rule Out Acute Coronary Syndromes in a High-Risk Population. Journal of the American Heart Association. December 14, 2015.
22. Francine CL Tan, Jonathan Yap, John C Allen, Olivia Tan, Swee Yaw Tan, David B Matchar. Triaging Primary Care Patients Referred for Chest Pain to Specialist Cardiology Centres: Efficacy of an Optimised Protocol. Annals Academy of Medicine Singapore. February 28, 2018.

A importância da multidisciplinaridade e da inclusão no transtorno do espectro autista

Fernanda Costa Carvalho
Alessandro Chaves Corrêa
Luiza Ferreira Calil
Gustavo Gonçalves Villas Boas
Marcone de Souza Oliveira

Resumo

Pode-se definir o transtorno do espectro autista (TEA) como uma alteração no desenvolvimento neurobiológico, que, por consequência, irá acarretar em prejuízos na interação social e na comunicação do ser humano afetado. Apresenta um padrão de comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados, com início precoce e apresentação variável. O objetivo desse trabalho é discutir sobre os direitos reservados aos pacientes diagnosticados com TEA e a importância de se fazer um acompanhamento que envolva diversas áreas da saúde, desde os primeiros sinais clínicos do paciente. Esse transtorno não tem cura, no entanto a intervenção precoce é essencial para amenização dos sintomas, com um tratamento que visa estimular novas habilidades e atenuar comportamentos desajustados. Portanto, é de suma importância que essa intervenção seja feito de forma conjunta, com auxílio de uma equipe multidisciplinar (médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos) e com a compreensão e apoio da família, para que dentro desse quadro, o paciente possa ter melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: autismo; diagnóstico; multidisciplinaridade.

Introdução

O transtorno do espectro autista foi reconhecido como uma entidade por Leo Kanner em 1943, desde então as investigações sobre esse transtorno e a busca por avanços no diagnóstico e tratamento não pararam[1].

Os distúrbios presentes nesses pacientes são comuns do desenvolvimento neurológico, presente em uma a cada 68 crianças. Apresentam impacto significativo na qualidade de vida do paciente e da família, com déficits característicos na comunicação social e no comportamento[2].

Estudos apontam que o TEA é considerado o distúrbio do desenvolvimento mais herdável, visto que pesquisas iniciais com gêmeos estimaram a proporção da variação do fenótipo devido a fatores genéticos em cerca de 90% dos acometidos[3].

Os déficits no autismo são clinicamente significativos e persistentes, afetando a comunicação não verbal e verbal utilizadas para a interação no meio social. Apresentam também falta de reciprocidade, dificuldade em manter relações afetivas, padrões restritos de comportamentos, excessiva adesão a rotinas, e interesses fixos e intensos. Além disso, os sintomas normalmente estão presentes no início da infância, mas podem se manifestar a qualquer momento[1].

O diagnóstico nesses pacientes é essencialmente clínico, feito com observações da criança, conversa com os pais e aplicação de instrumentos específicos. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) é o mais atual guia para auxiliar os médicos na confirmação dessa patologia[4].

Diante desses critérios estabelecidos pelo DSM-V, vê-se a necessidade de uma equipe multidisciplinar para que a avaliação clínica e o seguimento do tratamento sejam conduzidos da melhor forma, levando em conta a diversidade das características que englobam o TEA[5].

Métodos

Pesquisa bibliográfica nacional e internacional, realizada com artigos de revisão e artigos originais publicados preferencialmente nos últimos cinco anos, escritos nas línguas inglesa e portuguesa, disponíveis na íntegra e sem custos. Os artigos serão obtidos nas bases de dados: SciELO – ScientificElectronicLibraryOnline

(http://www.scielo.org) e PUBMED (http://www.ncbi.nlm.nih.gov). Os descritores em ciências da saúde (DeCS) utilizados, em português e seus correspondentes na língua inglesa foram: “Autismo”; “Multidisciplinaridade”; “Diagnóstico”; “Terapêutica”.

Conceito

Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um desarranjo permanente do desenvolvimento neurológico representado por dificuldades de comunicação e interação social, e pela existência de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos. Esses sintomas caracterizam o núcleo do transtorno, mas a gravidade de sua apresentação é variável. Trata-se de uma adversidade incurável, mas que com o diagnóstico e intervenção precoce com uma equipe multidisciplinar atuando, pode alterar o prognóstico e suavizar os sintomas. O autismo tem origem nos primeiros anos de vida, mas na maioria dos casos os sintomas só são possíveis de serem identificados entre 12 e 24 meses de idade[6].

Etiologia

O TEA é uma afecção de etiologia multifatorial, configurando apresentações clínicas complexas, na forma de comorbidades. Entre as causas estudadas e relacionadas à etiologia do transtorno temos as alterações genéticas, anormalidades cromossômicas convencionais e as microdeleções e microduplicações. Pesquisas sugerem que o autismo pode se desenvolver também a partir de erros inatos no metabolismo, como a deficiência de adenilosuccinato, que é gerada uma toxicidade pelo acúmulo dessa substância, deficiência na síntese ou transporte da creatinina, doenças mitocondriais e causas ambientais e epigenéticas, como o aumento da idade materna e paterna, prematuridade, baixo peso ao nascer e estresse materno gestacional[1,7].

De acordo com o *Center for Diseases Control and Prevention* dos Estados Unidos (EUA), a prevalência atual do Transtorno do Espectro Autista nos EUA é de 1:68 casos, e a prevalência global é estimada em 1:100 casos[8].

Nos últimos anos, a prevalência do autismo tem aumentado. Nos Estados Unidos, por exemplo, de 1 para cada 150 crianças afetadas de 8 anos em 2000 e 2002, a prevalência do TEA aumentou para 1 para cada 68 crianças em 2010 e 2012, chegando à prevalência de 1 para cada 58 em 2014, mais que duplicando o número de casos durante esse período. Esse aumento é, em grande parte, resultado da ampliação dos critérios diagnósticos e do desenvolvimento de instrumentos de rastreamento.

É de suma importância salientar que algumas crianças eram diagnosticadas erroneamente como deficientes intelectuais por falta de informação e recurso para o diagnóstico, o que contribui para o aumento do número de pacientes com TEA nos dias de hoje.

Observa-se uma prevalência maior em meninos do que em meninas, na proporção de cerca de 4:1. É percebida também uma relação entre TEA e deficiência intelectual em 30% dos casos, e é frequentemente associado a outros transtornos psiquiátricos (transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, depressão e ansiedade), outras condições médicas (epilepsia, transtornos genéticos) e dificuldades motoras[6].

Diagnóstico

É de grande importância a busca por sinais de alarme que deve ser realizada nas consultas pediátricas, através de uma avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor. Os marcadores importantes no primeiro ano de vida incluem anormalidades no controle motor e no desenvolvimento cognitivo e social. São eles: a perda de habilidades já adquiridas, como balbucio ou gesto dêitico de alcançar, contato ocular ou sorriso social; não se voltar para sons, ruídos e vozes no ambiente; não apresentar sorriso social; baixo contato ocular e deficiência no olhar sustentado; baixa atenção à face humana (preferência por objetos); demonstrar maior interesse por objetos do que por pessoas; não seguir objetos e pessoas próximos em movimento; apresentar pouca ou nenhuma vocalização; não aceitar o toque; não responder ao nome; imitação pobre; baixa frequência de sorriso e reciprocidade social, bem como restrito engajamento social (pouca iniciativa e baixa disponibilidade de resposta); interesses não usuais, como fixação em estímulos sensório viso-motores; incômodo incomum com sons altos; distúrbio de sono moderado ou grave; irritabilidade no colo e pouca interação no momento da amamentação[6].

O transtorno do espectro autista é classificado como uma perturbação do neurodesenvolvimento, podendo assim avaliar critérios que auxiliarão no diagnóstico da doença e condução do tratamento[9].

Como fora supracitado, a faixa etária mais comum para identificação dos sintomas do TEA ocorre entre os 12 e 24 meses de idade; vale ressaltar, no entanto, que toda criança deve ser investigada para o TEA entre 18 e 24 meses de idade, ainda que não venha a apresentar algum sinal clínico evidente do diagnóstico ou de atrasos no desenvolvimento. A intervenção precoce é capaz de dar a criança ganhos substanciais no funcionamento cognitivo e adaptativo, podendo inclusive ter um potencial de impedir a manifestação completa do autismo de acordo com alguns estudos. Por outro lado, de maneira distinta, o diagnóstico tardio e intervenção atrasada de crianças com o transtorno podem causar prejuízos para o desenvolvimento global das mesmas[6,8].

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) orienta aos pediatras para que na triagem utilizem o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), um teste que é usado na busca de sinais precoces de autismo, não podendo ser utilizado para diagnóstico do TEA. Trata-se, portanto de uma ferramenta valiosa e indispensável, e sua recomendação é para que seja realizado em crianças entre 16 e 30 meses. A confirmação dessa patologia deverá seguir critérios definidos internacionalmente, com avaliação e uso de escalas validadas, que podem ser encontrados no DSM-5, sendo eles[10]:

A-Prejuízos persistentes na comunicação social e interação em vários contextos, manifestando-se por (história ou atual):

1- Déficit na reciprocidade social-emocional.

2- Déficits em comportamentos comunicativos não verbais usados em interações sociais.

3-Déficits no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relações.

B-Padrões restritos e repetitivos de comportamento manifestando-se por ao menos dois dos seguintes (história ou atuais):

1- Movimentos, uso de objetos ou de fala estereotipados ou repetitivos.

2- Insistência na mesmice, excessivo apego à rotinas ou padrões ritualizados de comportamentos verbais ou não-verbais.

3- Interesses restritos anormais em intensidade ou foco.

4- Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse acentuado nos aspectos sensoriais do ambiente

C- Os sintomas deverão estar presentes durante o período de desenvolvimento precoce.

D- Os sintomas devem causar prejuízos significativos nas áreas social, ocupacional ou outras de importância para o funcionamento do indivíduo.

E- Os distúrbios não são mais bem explicados por prejuízo intelectual ou atraso global no desenvolvimento.

Especificadores:

1. Com ou sem deficiência intelectual
2. Com ou sem comprometimento de linguagem
3. Associado com uma conhecida condição médica ou genética ou fator ambiental
4. Associado com outra desordem do desenvolvimento, mental ou comportamental
5. Com catatonia

Devendo assim, incluir uma avaliação individual e minuciosa de cada paciente, considerando o desenvolvimento da linguagem, comunicação e capacidade adaptativa. Utilizando também medidas para validar o funcionamento intelectual verbal e não-verbal da criança[9].

Tratamento

O tratamento para o autismo tem como objetivo minimizar o núcleo de déficits, tanto na interação social, quanto na comunicação; auxiliar no ganho de independência funcional, facilitando assim aprendizagem e ganho de habilidades adaptativas; e evitar problemas comportamentais que podem prejudicar a adaptação ao meio coletivo[11].

As intervenções são fornecidas através de educação com práticas terapêuticas de desenvolvimento, e intervenções comportamentais[11]. É importante a realização de um método multidisciplinar, que inclua a família,

o médico, o terapeuta comportamental, o fonoaudiólogo, o psicólogo e o fisioterapeuta, para que juntos auxiliem no melhor desenvolvimento do paciente com o transtorno. Com esse intuito, a Organização Autism Speaks, junto à Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolveu um programa de treinamento de habilidades para ser ministrado, mediante a adequada capacitação, por agentes comunitários de saúde ao cuidador, cuja denominação é World Health Organization Caregivers Skills Training. O programa consiste em instruir o cuidador sobre estratégias de uso das atividades diárias e rotinas domésticas como forma de estimular o aprendizado e o desenvolvimento de crianças portadoras do transtorno do neurodesenvolvimento[12,13].

A família tem relevância na intervenção precoce e intensiva da criança, devendo assim ser encorajada pelo médico a realizar a monetarização periódica dos ganhos terapêuticos e do alcance dos objetivos, na inclusão de atividades educativas, na seleção de ambientes estruturados e favoráveis para as intervenções necessárias, no acompanhamento de uma abordagem funcional e proativa aos comportamentos desfavoráveis e auxiliar no preparo das crianças para transições escolares[9, 14].

O médico tem um papel muito importante na promoção da defesa de crianças e jovens com TEA na área da educação. Compartilhando com os familiares o direito a uma educação pública, que deve promover adaptação e habilidades sociais, preparando também para uma educação secundária ou um trabalho. Alguns estudantes com o autismo podem precisar de uma individualização, devendo o mesmo, ser acompanhado por um profissional determinado pela escola em conjunto com a família[9]. O profissional médico tem também como função, escolher a melhor opção de terapêutica medicamentosa para o seu paciente, levando em conta as necessidades individuais de cada um.

Crianças com TEA podem apresentar déficits no funcionamento adaptativo e habilidades motoras finas, que afetam o funcionamento cotidiano. A terapia ocupacional é usada para auxiliar nesses déficits, melhorando o processamento sensorial, desempenho sensório-motor e social-comportamental, autocuidado e independência na comunidade[15].

O acompanhamento psicológico cognitivo-comportamental é indicado para análise do comportamento para treino de habilidades sociais, ampliação de interesses, e redução de repertórios inadequados, como pensamentos de raiva. É fundamental a inserção dos pais para um treinamento de reorganização do ambiente e estimulação adequada, melhorando a qualidade de vida do paciente e da sua família[5].

As intervenções de comunicação, fala e linguagem tem grande valor na melhora dessas habilidades. A fonoaudiologia deve promover essas intervenções que são essenciais para melhorar o funcionamento geral. Os objetivos podem variar com o nível funcional de cada criança, mas devem incluir o aumento da linguagem expressiva, receptiva e pragmática. As crianças se beneficiam mais com intervenções de linguagem que abrangem configurações e são incorporadas no dia a dia. Os suportes visuais tendem a ter sucesso durante essa terapia[15].

Crianças com TEA podem ter baixo tônus muscular ou desenvolvimento de distúrbio de coordenação. Apesar das idades para sentar e caminhar não diferirem entre crianças com e sem essa patologia, as habilidades motoras podem aparecer com atraso nos pacientes com Transtorno do Espectro Autista. A fisioterapia pode atuar na ativação dos níveis sensorial e motor, melhorando a capacidade de coordenação e equilibro[9]. Os fisioterapeutas têm importância na ajuda do desenvolvimento motor, podendo focar nas funções básicas, como rolar, sentar, levanta e andar, atividades que são essenciais no engajamento social[16].

Direitos do paciente

A Lei nº 12.764 (Berenice Piana), cuja outorga ocorreu em 27 de Dezembro de 2012, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, reconhecendo esta, no âmbito legal, como “pessoa com deficiência”. Assim sendo, o indivíduo portador de TEA passa a ter acesso a todos os direitos garantidos por lei às pessoas com deficiência. Desse modo, houve um impacto em diversos contextos sociais e institucionais no que tange à maior inclusão, tanto na esfera político-assistencial como também no campo sócio-educacional[17].

Antecedida pela inópia atuação das instituições públicas no amparo aos autistas e seus familiares, a Lei Berenice Piana surgiu após mobilização de familiares em prol de sua legalidade. Dentre os seus diversos

pontos, tal norma legislativa expressa os direitos básicos garantidos à pessoa com autismo, como a Carteira de Identificação da Pessoa com Espectro Autista (Ciptea); dignidade; integridade física e moral; assistência social; acesso integral aos serviços de saúde, a qual inclui diagnóstico precoce, abordagem multidisciplinar e medicamentos indispensáveis; à educação especializada e os meios para sua efetivação[18, 19].

No contexto sanitário, a abordagem ao autista deve ser oferecida pela rede pública através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus pontos de atenção, estando a cargo de cada um destes diferentes modalidades de cuidado. As RAPS permitem o acompanhamento longitudinal à medida que disponibilizam profissionais ou equipes de referência (médicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, agentes sociais e outros) na promoção de um enfoque multidisciplinar que vão desde o diagnóstico precoce até o tratamento e prevenção de agravos[20].

No âmbito educacional, mediante a comprovada necessidade, para a realização de atividades educacionais e de autocuidado, as crianças com TEA possuem o direito de acompanhamento individualizado em instituições de ensino e, a estas, é vedada a recusa da matrícula. Em tempo, as estratégias educacionais dirigidas às pessoas com o transtorno têm se baseado no Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação (TEACCH). Esse método possui a finalidade de promover o desenvolvimento da criança com a patologia em seu máximo potencial que possa ser atingido, de modo a garantir a autonomia e independência cotidiana, e mecanismos para favorecer seu aprendizado e interação social[20].

Discussão

Este artigo objetivou apresentar e discutir sobre o Transtorno do Espectro Autista, destacando a importância do diagnóstico precoce, tratamento multidisciplinar e os direitos reservados aos mesmos.

O TEA se apresenta como uma alteração do desenvolvimento neurológico. Os pacientes com o transtorno desenvolvem dificuldades de comunicação, interação social e apresentam comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos[9]. A prevalência do autismo tem aumentado com o passar dos anos, sendo resultado da ampliação dos critérios diagnósticos e da aplicação do rasteio precoce[6].

O diagnóstico desses pacientes é clínico, feito com a observação da criança e aplicação de testes específicos. O DSM-V, é o material que auxilia os médicos nesse diagnóstico. Contudo, a busca precoce por sinais de alarme, deve ser feita nas consultas pediátricas de rotina em todos os pacientes[6, 10].

O tratamento requer uma equipe multidisciplinar capacitada, para agir nas mais diversas apresentações da doença, conduzindo o paciente a conquistar sua independência funcional e vencer suas possíveis limitações[9].

Durante esse processo é de suma importância o apoio e estímulo da família, é preciso envolver todo o conjunto familiar no tratamento do paciente. O acolhimento prestado pelos profissionais deve também incluir os moradores da casa, oferecendo a eles todo suporte necessário. É importante que todos os direitos reservados aos que possuem o transtorno sejam explicados, incluindo tratamento e medicação que são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, o acesso à educação, proteção social ao trabalho e aos serviços que propiciem a igualdade de oportunidade[14, 18].

Considerações finais

Dada a importância do assunto, essa revisão buscou uma discussão a respeito do Transtorno do Espectro Autista, destacando a relevância do diagnóstico precoce, tratamento multidisciplinar e os direitos reservados aos pacientes. Além disso, enfatizar a maneira com que esse transtorno se desenvolve e os impactos na vida dos mesmos e de seus familiares, sejam elas repercussões comportamentais ou no meio de interação social no qual estão inseridos.

Referências:

1. Zanolla TA, Fock RA, Perrone E, Garcia AC, Perez ABA, Brunoni D. Causas genéticas, epigenéticas e ambientais do Transtorno do Espectro Autista. Cad Pos-grad Disturb Desenvolv (São Paulo) [internet].

2015 [cited 2020 Jul 29];15(2)29-42. Available from: http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/download/11278/7014.
2. Levy SE, Hyman SL. Complementary and alternative medicine treatments for children with autism spectrum disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am [internet]. 2014 Oct 2 [cited 2020 Jul 29];24(1)117-143. Available from: https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(14)00093-5/abstract.
3. Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, Hultman CM, Reichenberg A. The familial risk of autism. JAMA [internet]. 2014 May [cited 2020 Jul 29]; 311(17)1770-1777. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1866100.
4. Gomes PT, Lima LH, Bueno MK, Araújo LA, Souza NM. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. Jornal de Pediatria (Rio J) [internet]. 2015 March-April [cited 2020 Jul 29];91(2)111-121. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553615000221.
5. Vilhena DA, Leite RCA, Teixeira IA, Pinheiro AMV. Avaliação Interdisciplinar do Transtorno do Espectro do Autismo e comorbidades: caso de um diagnóstico tardio; Caderno de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo [internet]. 2015 [cited 2020 Jul 29];15(1)78-88. Available from: http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11275.
6. Araujo LA de, Loureiro AA, Alves AMG, Lopes AMCS, Barros JCR, Halpern R, et al. Transtorno do Espectro do Autismo Manual de Orientação [internet]. Belo Horizonte; 2019 April 5 [cited 2020 Jul 29]. Available from: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf.
7. Yuen RKC, Merico D, Bookman M, Howe LJ, Thiruvahindrapuram B, Patel RV, et al. Whole genome sequencing resource identifies 18 new candidate genes for autism spectrum disorder. *Nat. Neurosci* [internet]. 2017 April [cited 2020 Jul 29]; 20(4):602-611. Available from: https://www.nature.com/articles/nn.4524/.
8. Araujo LA de, Loureiro AA, Alves AMG, Lopes AMC da S, Barros JCR, Chaves LF da S, et al. Triagem precoce para Autismo/ Transtorno do Espectro Autista [Internet]. Documento Científico. Belo Horizonte; 2017 April 1 [cited 2020 Jul 29]. Available from: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/04/19464b-DocCient-Autismo.pdf.
9. Pereira A, Maia L. Avaliação Neuropsicológica: Perturbação do Espectro Autista [internet]. 2015 Dec [cited 2020 Jul 29];1-21. Available from: https://www.researchgate.net/publication/307513358_Avaliacao_Neuropsicologica_Perturbacao_do_Espectro_Autista.
10. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed: Porto Alegre: Artmed; 2014.
11. Hyman SL, Levy SE, Myers SM. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder [internet]. American Academy of Pediatrics, Council on Children With Disabilities and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Pediatrics. 2020 Jan [cited 2020 Jul 29]; 145(1)e20193447. Available from: https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/145/1/e20193447.full.pdf.
12. Autism Speaks Autism Caregiver Skills Training: Helping families at home and abroad [internet]. 2017 [cited 2020 Jul 30]. Available from: https://www.autismspeaks.org/science-news/autism-caregiver-skills-training-helping-families-home-and-abroad.
13. World Health Organization. Training parentes to transform children's lives [internet]. 2013 [cited 2020 Jul 30]. Available from: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/PST/en/.
14. Jubim AM, Boechat IT. O impacto do diagnóstico de autismo na família [internet]. Interdisciplinary Scientific Journal. Oct- Dec, 2017 [cited 2020 Jul 28]; 5(4)16-30. Available from: file:///C:/Users/Sony/Downloads/466-997-1-SM.pdf.
15. Weismann L. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Behavioral and educational interventions [internet]; 2018 Jun 28 [cited 2020 Jul 25]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-behavioral-and-educational-

interventions?search=autismo%20acompanhamento%20interdisciplinar&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7.
16. Oliveira EM, Gonçalves FTD, Magalhães MM, Nascimento HMS, Carvalho ICV, Lemos AVL, et al. O impacto da psicomotricidade no tratamento de crianças com transtorno do Espectro Autista: revisão integrativa. REAS/EJCH [internet] 2019 Oct 23 [cited 2020 Jul 29];(34) e1369 Available from: https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1369/880.
17. Baldin SR, Vieira NM. Direitos educacionais das crianças e jovens com transtorno do espectro autista [internet] 2017. [cited 2020 Jul 29]; 1-9. Avaible from: https://pdfs.semanticscholar.org/ae54/0bae99dbdb0eb60c3a61353eb0d9ada0e984.pdf.
18. Oliveira BDN, Feldman C, Couto MCV, Lima RC. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro* [Internet] *2017. [cited 2020 Jul 29];* 27 (3): 707–726. Available from: https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00707.pdf.
19. Brasil. Lei n° 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União [internet] 2012 Dec 27 [cited 2020 Jul 29]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12764.htm
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial [internet] 2015. *[cited 2020 Jul 29].* Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf.

Impactos da pandemia do covid-19 sobre as vulnerabilidades da população indígena latino-americana: um reflexo das limitações da garantia do direito à saúde dessa população

Brenda Alves Barnabé
Amanda Moreira Lima
Filipe Marques Rodrigues
Maíra Moura Lopes
Levy Vilas Boas Fukuoka

Resumo

O cenário causado pela pandemia da COVID-19 deve ser analisado em seus pormenores com a intenção de tornar universal e integral o acesso à saúde. As diferenças culturais e sociais assim como as divergências no acesso à saúde são fatores que influenciam no transcorrer de doenças. Objetivando explorar e apontar as adversidades enfrentadas pela população indígena da América Latina ao enfrentar a pandemia, foi realizada uma revisão literária não sistemática nas bases de dados Lilacs, Pubmed e Scielo. Encontrou-se, diante dos estudos, maior vulnerabilidade imunológica relacionada à população nativa, além de comportamentos e hábitos comunitários insuficientes para profilaxia da doença diante das medidas outorgadas pelas autoridades governamentais e de saúde. Outros fatores também devem ser levados em consideração, como a ação de voluntários e atitudes ilegais de invasão de terras. Há, portanto, uma situação de precariedade envolvendo a população indígena não apenas no que se refere a políticas públicas universais e integrais de saúde, como também relacionada à negligência histórica e ao déficit da produção científica a respeito dessa população. O cenário indica necessidade de discussões e estudos sobre a situação dos nativos para que ocorram ações de proteção resolutas a partir da ciência e política.

Palavras-chave: Indígenas, Nativos, Covid-19, CoronaVirus, Vulnerabilidade

Introdução

O recém descoberto vírus SARS-CoV-2 é o responsável pela doença COVID-19, considerada pela Organização Mundial da Saúde a partir de 30 de janeiro de 2020 uma emergência de saúde pública de interesse internacional e a partir de 11 de março de 2020 uma pandemia. Essa doença de alto índice de disseminação e letalidade na população mundial se manifesta por uma síndrome gripal que causa sintomas respiratórios graves e repercussões sistêmicas ainda pouco esclarecidas. O vírus, de origem zoonótica, infectou o primeiro ser humano notificado em Wuhan, na China e rapidamente tornou-se uma pandemia com mais de 3⁄4 de milhão de infectados até o final de março de 2020, 215 países afetados até maio de 2020 e mais de 350.000 mortes confirmadas até junho de 2020[1,2].

A fim de conter os impactos causados pelo novo vírus nos sistemas de saúde, nas economias e políticas nacionais, diversas medidas profiláticas foram mundialmente adotadas, sendo as principais delas o distanciamento e o isolamento social. No contexto do protagonismo do controle à pandemia, essas medidas tomadas para proteger a saúde física e os sistemas de saúde têm apresentado efeitos adversos consideráveis relacionados ao negligenciamento das demandas de algumas minorias sociais, o que pôde ser evidenciado diante da vulnerabilidade apresentada pelos povos indígenas latino americanos diante da atual circunstância[3].

Considerando-se fatores imunológicos, toda a população está suscetível a um vírus nunca antes circulante, como o SARS COV-2. No entanto, há significativas evidências quanto a maior vulnerabilidade da população indígena a epidemias, haja visto a situação de insegurança social em que essa etnia se encontra decorrente das exorbitantes defasagens governamentais em disponibilizar formas inclusivas de prestação de serviços essenciais, como os de saúde e de educação. Como consequência da baixa escolaridade e da pobreza persistente, fatores que amplificam o potencial de disseminação de doenças, historicamente essa população apresenta um desfecho clínico pior diante da exposição a essas doenças, apresentando maior letalidade quando comparados à população geral[4,5]. Ressalta-se, diante desse cenário cultural e social de

acessibilidade divergente, a importância da garantia pela população indígena ao acesso a programas de atendimento e de contenção da COVID-19.

A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) estimava, em 2014, no território da América Latina uma população indígena de cerca de 45 milhões de pessoas, com uma alta heterogeneidade, tendo em vista as mais de 800 comunidades distribuídas ao longo de um vasto território. Os países com maior proporção da população indígena são Bolívia, com cerca de 60%; Guatemala 40% e Peru 25%. O Brasil com 800 mil indígenas têm o maior número de comunidades, mais de 300, seguida da Colômbia que conta com apenas um terço desse número. A Cepal estimou que ainda existiam 200 povos indígenas em isolamento voluntário na América Latina[6]. No Brasil, quando comparada à população anterior ao genocídio proporcionado pela chegada dos europeus, têm-se hoje um número muito reduzido de menos de um terço da população indígena. Além das diversas formas de retaliação aplicadas a esses povos, diversas epidemias históricas foram grandes causas desse declínio populacional, evidenciando a fragilidade nativa a patógenos externos[7].

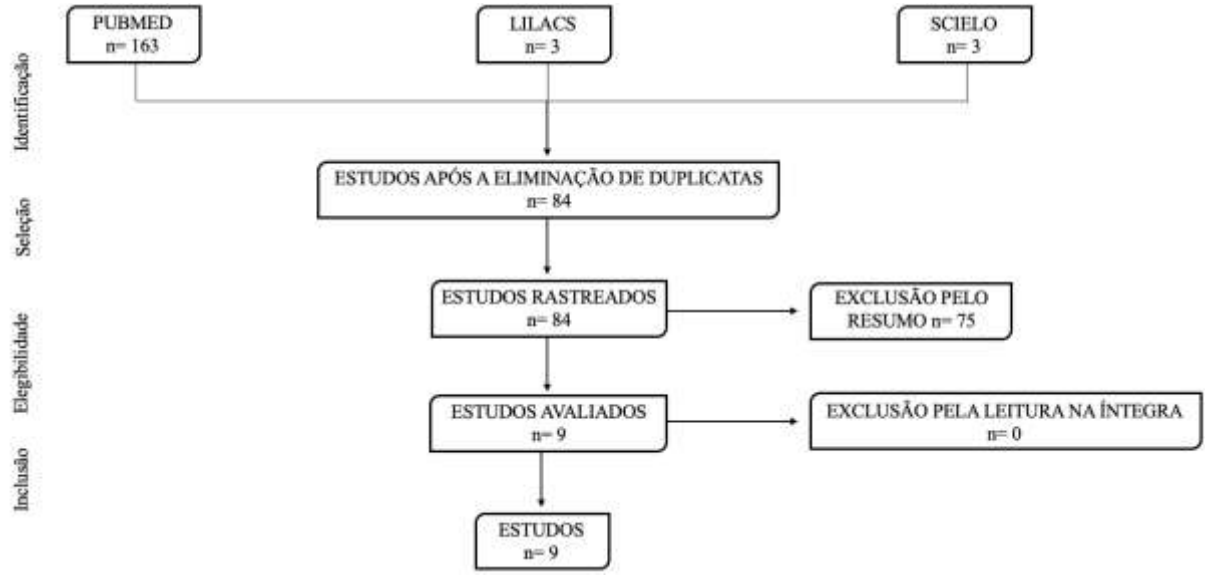
A maioria das populações nativas no Brasil vive longe de centros urbanos e tem acesso restrito ao Sistema de Saúde e à educação sanitária. Ademais, as barreiras linguísticas e culturais aumentam o distanciamento social e, consequentemente, a marginalização desses povos. Tais fatos acarretam, por sua vez, o elevado número de casos de doenças infecciosas e parasitárias, dentre outras mazelas, que acometem esse grupo de indivíduos, especialmente quando comparados com o restante da população brasileira. Outras pandemias como a de H1N1, em 2009, reforçam a fragilidade dessa etnia e apontam a maior suscetibilidade dos indígenas para as doenças do trato respiratório[7,8]. No atual contexto de pandemia pelo SARS CoV-2, sendo o país considerado um dos epicentros da doença desde junho de 2020, chegando a mais de 80 mil mortes e com uma média de mil óbitos por dia, as populações indígenas brasileiras se veem mais uma vez ameaçadas de forma drástica[9].

À medida que a pandemia atinge países de baixa e média renda, com sistemas de saúde mais fracos e fragmentados, com recursos limitados e com o status socioeconômico mais baixo de suas populações, como é comum na América Latina, torna-se mais desafiador o controle da pandemia. Neste artigo, exploramos o impacto da COVID-19 e suas medidas de prevenção no bem-estar e condição das populações indígenas latino americanas, enquanto majoritariamente vulneráveis.

Métodos

O presente estudo trata-se de uma revisão da literatura. O protocolo PRISMA foi adotado a fim de fornecer uma revisão abrangente e estruturada dos estudos sobre o tema. As plataformas de pesquisa utilizadas foram Lilacs, PubMed e Scielo. Os descritores fornecidos pelas plataformas DeCS e MESH incluídos na estratégia de busca foram: “Indigenous” OR “Natives” AND “Covid-19” OR “SARS COV 2” OR “Coronavirus” AND “Vulnerability”. Foram incluídos artigos escritos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa que abrangiam a população indígena latino americana e suas condições de enfrentamento da pandemia causada pelo vírus SARS COV 2. Artigos publicados anteriormente a 2020, escritos em outro idioma que não inglês, português ou espanhol, duplicados e que não abordavam populações indígenas latino americanas em seus estudos foram descartados. Inicialmente foram encontrados 169 artigos e excluídos aqueles que não se encaixavam nos critérios anteriormente mencionados. Após a leitura e avaliação dos textos encontrados (Figura 1), 9 artigos foram selecionados.

Figura 1: Fluxograma da estratégia de metodologia.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Um total de 169 artigos foram encontrados na pesquisa inicial. Dentre esses estudos, 85 foram excluídos após a revisão de duplicatas. Dos 84 restantes, 75 foram excluídos após a leitura dos respectivos resumos. Os artigos descartados não obedeciam aos critérios de inclusão escolhidos: materiais em francês e artigos que não tinham como tema a população indígena e a repercussão social e sanitária da pandemia nesse público.

Os dados dos estudos obtidos foram cruzados com informações de outros estudos, de jornais internacionais e de relatórios de órgãos relevantes no contexto mundial e dos países latino americanos, como a Organização Mundial da Saúde e Organização Pan Americana de Saúde. O acréscimo de maneira externa aos mecanismos de busca foi adotado devido a relevância e contribuição ao tema descrito.

Resultados

Em geral, a pandemia da COVID-19 traz preocupações peculiares à população indígena da América Latina, apesar da limitação de estudos que se dediquem a avaliá-las. Somente três, dos nove artigos selecionados, duas revisões de literatura e um relato de experiência, tratam-se direta e exclusivamente dos impactos sofridos e desafios vivenciados por determinada população indígena da América Latina[7,10,11].

O estudo brasileiro[7] sugere que os indígenas são, do ponto de vista imunológico, mais vulneráveis a doenças infectocontagiosas que a população brasileira geral e que, além da questão biológica, existem fatores culturais que também podem influenciar na disseminação de agentes biológicos nessa população. Algumas práticas transversais a todos os agrupamentos humanos que vivem em coletividade orientam-se diametralmente opostas às atuais recomendações de isolamento social, tais como a habitação em moradias coletivas, o compartilhamento de objetos e o dar e receber afetos.

Existe também grande receio com relação ao impacto socioeconômico em virtude do isolamento da população indígena com relação aos povos não-nativos. Muitos desses povos indígenas possuem atividades comerciais nas cidades para suprir as necessidades econômicas básicas, alguns deles não foram orientados corretamente sobre os cuidados necessários diante da nova pandemia e outros tiveram suas atividades interrompidas e, consequentemente, sua renda comprometida. Nesse sentido, a ação de voluntários que se dispõem a essa população também se demonstra preocupante, pois esse trabalho pode representar uma forma de transmitição do novo vírus aos nativos. Ademais, ações ilegais nos territórios indígenas pioram mais a situação, como as invasões constantes a essas terras, as atividades de caça e a exploração das minas e da madeira, o que sempre representaram perigo a esses povos [7,6].

Esse somatório de fatores refletem a escassez de políticas públicas eficientes de proteção aos indígenas[12]. Tendo em vista o isolamento geográfico da maioria desses povos, a indisponibilidade de serviços de saúde é uma realidade, principalmente os de elevada complexidade, o que mostra a carência do Governo Brasileiro em considerar as particularidades dessa parcela populacional. Muitos indígenas não possuem até hoje acesso a um sistema adequado de abastecimento de água potável, a produtos de limpeza e de higiene e a programas de educação sanitária.[13] No contexto da pandemia, essa ameaça é ainda maior dada a questão bio-imunológica dessa população e a alta prevalência dos fatores de risco para a COVID-19, como obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM)[14-16]. Diante disso, a negligência retratada trouxe consigo o aumento do número de pessoas contaminadas e da letalidade[6,7].

O estudo mexicano[10] revisa fatores sociais, ambientais e de saúde na população indígena mexicana que influenciam no desfecho epidemiológico da doença do COVID-19 neste grupo, dos quais muitos se sobrepõem aos relatados no Brasil, como o acesso precário à água tratada e saneamento básico, as barreiras linguísticas e o acesso limitado à educação sanitária e à informação de qualidade atualizada[17]. Os dois países também se assemelham quanto à insuficiência da cobertura dos serviços de saúde e à epidemiologia dos fatores de riscos mais prevalentes na população indígena, como HAS e DM, chamando atenção também para alta prevalência de doenças pulmonares crônicas entre os indígenas mexicanos[18]. Relatam também a tendência de retorno dos povos indígenas em contexto urbano às suas comunidades de origem e alguns fatores de riscos ambientais associados a poluentes resultantes da queima de biomassa[10].

No que mais difere do Brasil, um país com um sistema de saúde universal, o Sistema Único de Saúde, o México possui um sistema segmentado que consiste em um sistema de seguridade social que atende a população com emprego formal, o que representa 50% da população geral, e outro modelo de proteção social, o Instituto de Saúde para o Bem-Estar. Nas áreas indígenas, a cobertura previdenciária é de apenas 11%, com predominância de 70,6% de afiliação ao Seguro Popular e 15,1% sem cobertura de saúde. Considerou-se também que a presença dos serviços públicos de saúde é limitada nos municípios em que esses indígenas habitam em comparação com os demais municípios. Tais fatos conferem condições ainda mais desfavoráveis à saúde indígena e sua qualidade de vida diante da pandemia da COVID-19[10,19].

Na Bolívia, onde quase metade de todos os cidadãos afirmam origens indígenas, não houve diretrizes específicas para a contenção da pandemia da COVID-19 nas comunidades nativas do país. Os povos indígenas bolivianos também se assemelham quanto à vulnerabilidade biológica e social já tratada anteriormente. Esse grupo também é afetado pela pobreza e os fatores associados a ela, como o acesso restrito à educação, à saúde, à informação de qualidade, à água tratada e ao saneamento. No que tange a sua cultura, adotam um estilo de vida em coletividade. Sofrem também com a exploração de suas terras, principalmente pelo garimpo[20-23]. Nesse contexto, um plano multifásico de prevenção e contenção à COVID-19 no departamento de Beni foi desenvolvido e descrito por antropólogos, médicos, líderes tribais e autoridades locais. Essa atividade teve como foco o isolamento coletivo voluntário e rastreamento de contatos entre horticultores de Tsimane na Amazônia boliviana. A primeira fase envolveu a educação, divulgação e preparação da população indígena e a segunda fase concentrou-se na contenção, gerenciamento de pacientes e isolamento social[11]. A proposta da equipe foi compartilhar um plano que pode ser exportado e adaptado às circunstâncias locais de outros povos indígenas para evitar a mortalidade generalizada nas comunidades indígenas.

Os demais estudos abrangem não exclusivamente a questão indígena, mas tratam também de outras prioridades esquecidas e outros grupos vulneráveis durante a pandemia do COVID-19, incluindo necessariamente os grupos indígenas latino americanos[4,5,24,25]. De todos os estudos selecionados, apenas um deles era estudo observacional e investigou a disseminação do COVID-19 no Brasil através da rede aeroportuária do país. Esse estudo dedicou uma de suas seções à exploração do papel do aeroporto de Manaus na rápida entrada da pandemia em territórios indígenas situados em locais remotos da região amazônica, chamando atenção para as autoridades públicas sobre a necessidade de tomar medidas que evitassem o desfecho predito[26].

Devida importância também deve ser dada para a questão da saúde mental entre os indígenas em decorrência dos impactos da pandemia do COVID-19[27]. No atual contexto de acesso restrito a informações de

qualidade e a insumos básicos, crescem os sentimentos negativos e agravam-se os quadros de saúde mental existentes, como depressão, ideação suicida, tabagismo e etilismo. Associado a isso, faltam também serviços e profissionais especializados em saúde mental. Tal quadro é preocupante, porque apesar dos efeitos profundamente prejudiciais das doenças mentais, a população indígena apresenta menos chances de acessar algum tipo de tratamento para elas[28].

Discussão

A assistência aos povos indígenas na América Latina encontra-se em um contexto complexo, envolvendo diversos fatos históricos, culturais e políticos. A causa do genocídio e etnocídio dos povos nativos cometido pela comunidade europeia vai muito além da guerra e do massacre causado pela disparidade de força e do armamento usado pelos invasores de suas terras, abrange também as doenças causadas por patógenos exógenos que foram responsáveis por cerca de 80% das mortes dos índios em toda a América[20,21]. A expressão "cataclisma biológico" foi usada pelo antropólogo Henry F. Dobyns e está relacionada aos efeitos devastadores das epidemias levadas ao povo indígena perante a invasão europeia durante a dominação dos povos nativos. Há registros de epidemias causadas pelos vírus do sarampo e da varíola, já em 1562, que dizimaram diversas aldeias brasileiras. Esses relatos incluem a aglomeração nas aldeias como um facilitador para o contágio dos indígenas[13].

Transcorreram-se cerca de 5 séculos desde a primeira grande epidemia que evidenciou a vulnerabilidade desse povo e, desde então, pouca coisa mudou nas condições que os colocam à margem da sociedade e ameaçam suas vidas, história e cultura. A vulnerabilidade dos povos indígenas permanece e reforça a necessidade de medidas emergenciais mais resolutivas por parte dos órgãos públicos de cada país. Apesar de tais ações terem como prioridade atual a prevenção da disseminação do COVID-19 entre os povos indígenas e a oferta da assistência necessária aos infectados, as políticas públicas precisam ser mais efetivas no sentido de mudar o contexto de fragilidade social em que essa comunidade vive desde o início da colonização do seu continente.

Além de uma vulnerabilidade respiratória aumentada para doenças infecciosas, outras peculiaridades dessa população precisam ser levadas em conta. A maioria dessas comunidades apresentam maior fragilidade também por terem, de forma geral, acesso mínimo a água potável, a produtos de higiene e a saneamento básico, além sofrerem com o estigma e a discriminação. Somado a isso, a coletividade é um eixo central da maioria das culturas indígenas, estando a co-residência familiar prolongada e trabalho coletivo diretamente relacionados com a disseminação do SARS CoV-2[7,11].

O isolamento geográfico é outro empecilho considerável para a promoção da seguridade social aos grupos indígenas. O acesso aos locais onde residem é um grande dificultador para o trabalho de eventuais profissionais de saúde e para o transporte dos subsídios necessários, como fármacos, ventiladores de respiração mecânica e aparelhos de alta tecnologia. A linguagem e as práticas culturais são também em muitas situações outras barreiras para o fornecimento e prestação de serviços de saúde[4]. Tais fatos também justificam o medo de que o COVID-19 possa se espalhar amplamente nessas comunidades, causando outra etapa de dizimação.

No Brasil, algumas entidades de proteção aos indígenas consideram que o governo brasileiro não apenas foi omisso na proteção a esses povos como foi também diretamente responsável pela disseminação da doença entre diversas etnias. Sabe-se que profissionais de saúde e missionários contaminados pelo Coronavírus mantiveram contato com aldeamentos isolados. Além disso, a falta de fiscalização levou ao aumento das invasões das terras indígenas por garimpeiros e grileiros durante a pandemia, já antes conhecidos como transmissores de doenças a esses povos. Outro fato que demonstra a negligência do governo foi o mau planejamento e execução na distribuição do Auxílio Emergencial pelo Governo Federal, que obrigou pessoas a se deslocarem de suas casas e enfrentarem aglomerações em centros urbanos para terem acesso ao mínimo para a própria sobrevivência e de suas famílias[6].

Diante dessa situação de precariedade disseminada, a pandemia do novo vírus SARS Cov-2 chegou às terras indígenas. Sendo a América o novo epicentro da pandemia, os povos nativos somam não apenas contaminados, mas também mortes às vítimas da nova doença. Em toda a região Amazônica constou-se 1861

indígenas contaminados e 472 óbitos, até o dia 22 de maio de 2020. O país da América mais afetado é o Peru: 1006 índios contaminados e 349 óbitos. O Brasil se encontra em segundo lugar, com 435 contaminados e 91 mortes entre os indígenas[29]. De acordo com a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), a taxa de letalidade do COVID-19 entre os indígenas brasileiros chega a quase 10%, enquanto a taxa geral na população brasileira é de 6,1%[30]. É importante lembrar, diante desses números, que há segregação de dados e subnotificação, uma vez que eles não incluem indígenas citadinos e povos que aguardam o longo processo de demarcação de suas terras[6].

A escassez de dados precisos é reflexo direto da falta de material, produção científica e estudos relacionados a essas etnias, corroborando para uma maior marginalização e discrepância social entre índios e o restante das populações, além da perda irreparável de vidas humanas nesse processo. É preocupante notar que, em meio ao atual quadro potencialmente ameaçador, os esforços dos produtores de conteúdo científico tenham se mostrado mínimos. Nesse sentido, cabe levar em consideração a importância dos provedores de informações geográficas, estatísticas e epidemiológicas para o processo de produção científica, bem como do incentivo governamental a essa atividade.

É imperativo que sejam feitos todos os esforços para conter o avanço do COVID-19 entre os indígenas brasileiros, caso contrário um novo genocídio acontecerá. Reforça-se a necessidade da implementação de políticas de cuidado com a saúde de forma multidisciplinar, levando em conta as individualidades desse povo, no que tange seus fatores culturais, sociais e históricos e os torna vulneráveis em diversos aspectos.

Conclusão

Até o final do século XX, os povos indígenas, principalmente os residentes da Bacia Amazônica, possuíam expectativa de vida de até 43 anos, devido a todas as questões socioculturais e vulnerabilidades ecológicas envolvidas, como o baixo acesso a vacinas, tratamentos e atendimentos especializados[7]. Isso reflete a necessidade do aprimoramento da produção científica acerca das peculiaridades dessa população e consequentes intervenções nos problemas vigentes.

Como cerne do enfrentamento da pandemia, uma ação efetiva se faz necessária na concepção de coletividade e alteridade humana, a fim de propiciar medidas inclusivas e abordagens de saúde concretas aos povos indígenas, buscando evitar um novo genocídio pelo vírus SARS CoV-2. Mais do que uma ação governamental resoluta, será necessário o fortalecimento do vínculo entre ciência e ações políticas. O combate à COVID-19 é um esforço coletivo e a ação da comunidade, em escala global, é de suma importância.

A saúde é o melhor elemento de coesão para a inserção de propostas de desenvolvimento e progresso nas comunidades indígenas, dada a vulnerabilidade a que estão expostas diante da pandemia do COVID-19. Nesta revisão, todas as informações possíveis são fornecidas sobre os fatores de risco que impactam o grupo estudado, na esperança de fornecer dados para a construção de soluções para esta pandemia e como referências para estudos futuros, que ainda se fazem muito necessários.

Referências

1. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations. Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavírus (2019-nCoV). Geneva; 2020.
2. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID- 19) Outbreak Situation. Geneva; 2020.
3. Vieira CM, Franco OH, Restrepo CG, Abel T. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. Maturitas [internet]. 2020 abril 7 [cited 2020 jul. 29]; 136: 38-41. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32386664
4. Indigenous populations: left behind in the COVID-19 response. The Lancet. 2020; 395: 1333.
5. Plataforma de monitoramento da situação indígena na pandemia do novo coronavírus (Covid-19) no Brasil. COVID-19 e os Povos Indígenas. Brasil; 2020
6. Cepal. Os Povos Indígenas na América Latina. Avanços na última década e desafios pendentes para a garantia de seus direitos.Santiago: Nações Unidas; 2013.
7. Cupertino GA, Cupertino MC, Gomes AP, Braga LM, Batista RS. COVID-19 and Brazilian Indigenous Populations. ASTMH [internet]. 2020 junho 9 [cited 2020 jul. 29]; 1-4. Available from:

http://www.ajtmh.org/docserver/fulltext/10.4269/ajtmh.20-0563/tpmd200563.pdf?expires=1596246496&id=id&accname=guest&checksum=15AE7EA88D854F1DFC2424755B4FF90D
8. Ministry of Health Brazil. Health Disease and Attention in Indigenous Territories. Brasília: Editora MS; 2016.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Coronavírus/Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
10. Martínez LDL, Vega LS, Ramírez AP, Aguilar MR, Ramírez RF. Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19. Science of the Total Environment [internet]. 2020 maio 9 [cited 2020 jul. 29]; 733: 139357. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32416536/
11. Kaplan HS et al. Voluntary collective isolation as a best response to COVID-19 for indigenous populations? A case study and protocol from the Bolivian Amazon. The Lancet [internet]. 2020 maio 15 [cited 2020 jul. 30]; 395: 1727-34. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32422124/
12. Oliveira RNC, Rosa LCS, 2014. Saúde Indígena em Tempos de Barbárie: política pública, cenários e perspectivas. Rev Políticas Públicas [internet]. 2020 setembro 22 [cited 2020 jul. 30]; 18 (2):481–495. Available from: http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/viewFile/3152/3941
13. Fiocruz. COVID-19 Moves Towards Indigenous Lands. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2020.
14. Oliveira GF et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the indigenous people from Aldeia Jaguapiru, Brazil. Rev Panam Salud Pública [internet]. 2010 novembro 23 [cited 2020 jul. 29]; 29: 315–321. Available from: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n5/315-321/
15. Freitas GA, Souza MCC, Lima RC. Prevalence of diabetes mellitus and associated factors in indigenous women in Dourados, Mato Grosso do Sul State, Brazil. Cad Saúde Pública [internet]. 2016 setembro 12 [cited 2020 jul 29]; 32(8): 1-12. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000805010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
16. Chagas CA, Castro TG, Leite MS, Viana MACBM, Beinner MA, Pimenta AM. Estimated prevalence of hypertension and associated factors in Krenak indigenous adults in the state of Minas Gerais,Brazil. Cad Saúde Pública [internet]. 2020. [cited 2020 jul. 30]; 36(1): e00206818. Available from: https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n1/1678-4464-csp-36-01-e00206818.pdf
17. Elizalde MDRC et al. La pobreza en la población indígena de México, 2012. México: Coneval; 2014.
18. Secretaría de Salud México. Perfil Epidemiológico de los Municipios Indígenas en México. México: IEPSA; 2012.
19. Freyermuth G. El derecho a la protección de la salud en las mujeres indígenas en México. Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos. Ciudad de México: CIESAS.
20. Cook ND. Born to Die: Disease and New World Conquest. New York, NY: Cambridge University Press; 1998.
21. Mann CC. 1491: New Revelations of the Americas Before Columbus. New York: Alfred a Knopf Incorporated; 2005.
22. DW Breaking World News. Brazil: Indigenous people in the Amazon brace for coronavirus. Amazon: Deutsche Welle; 2020.
23. Phillips T. Covid-19 fears grow for indigenous South Americans as Yanomami teen tests positive. The Guardian [internet]. 2020 abril 8 [cited 2020 agos.1]. Available from: https://www. theguardian.com/world/2020/apr/08/coronavirus-indigenous- communities-brazil-yanomami
24. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en la respuesta a la COVID-19: consideraciones clave / Promoting health equity, gender and ethnic equality, and human rights in COVID--19 responses: key considerations. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2020
25. Lanza L, Alonso R, Narváez S, Augusto C. Emergency, management, vulnerability and responses to the impact of the COVID-19 pandemic in Peru. Applied Social Sciences [internet]. 2020 abril [cited 2020 jul. 30]; 1-16. Available from: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/94/129

26. Ribeiro SP et al. Severe airport sanitarian control could slow down the spreading of COVID-19 pandemics in Brazil. MedRxiv [internet]. 2020 junho 25 [cited 2020 jul. 28]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32617196/
27. The mental health of those whose rights have been taken away: An essay on the mental health of indigenous people in the face of the 2019 Coronavirus (2019-nCoV) outbreak. Psychiatry Research. 2020; 289: 113094.
28. Moon H, Lee YS, Roh S, Burnette CE. Factors Associated with American Indian Mental Health Service Use in Comparison with White Older Adults. J Racial Ethn Health Disparities [internet]. 2018 agosto [cited 2020 jul. 29]; 5 (4): 847–859.Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29052176/
29. Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica. Lima: Coica; 1984.
30. Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB. Brasil; 2005.

Absenteísmo na enfermagem e seus impactos na gestão e na qualidade dos serviços de saúde

Débora Biffi
Emily da Silva Eberhardt
João Vitor Cardozo Rodrigues
Lucélia Caroline Cardoso

Resumo

Introdução: O absenteísmo, por doença, nas equipes de enfermagem diminui a produtividade e a qualidade do atendimento ao paciente. O gestor deve deter o conhecimento e intervir com ações que possam melhorar o ambiente de trabalho e minimizar a incidência de doenças ocupacionais. **Objetivo**: Analisar, na literatura científica brasileira, as causas do absenteísmo na equipe de enfermagem. **Metodologia**: Utilizou-se os descritores "Absenteísmo" e "Enfermagem" e as bases de dados SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e CAPES/MEC. **Resultados e Discussão:** Fizeram parte deste estudo 76 artigos, foram excluídos 65, dos quais 49 não contemplaram o objetivo da pesquisa, 6 eram artigos repetidos e 10 estavam disponíveis em outro idioma. Portanto, foram selecionados para a construção desta revisão integrativa, 11 artigos. As doenças osteomusculares são a maior causa de absenteísmo da enfermagem, este fato demonstra a alta sobrecarga física que estão expostos. O estresse, a depressão e a ansiedade foram as causas mais comuns de afastamentos. Além disso, as patologias que mais afetam estes profissionais são as doenças mentais e comportamentais. **Conclusão:** O absenteísmo por adoecimento ocupacional causa inúmeros prejuízos na assistência dos serviços de saúde. Por esta razão os gestores devem atentar para as condições de trabalho que afetam estes dados.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Riscos ocupacionais; Absenteísmo.

Introdução

O absenteísmo é uma palavra utilizada para designar a falta de assiduidade de algum colaborador, às suas atividades, no âmbito profissional. A ausência de algum trabalhador, por motivo de doença nas equipes de enfermagem, reflete tanto na vida do trabalhador, quanto no andamento dos serviços de saúde, diminuindo a produtividade e comprometendo a qualidade da assistência prestada ao paciente[1].

O adoecimento dos trabalhadores de saúde representa a principal causa de afastamento involuntário desses profissionais do local de trabalho. Os profissionais da saúde, normalmente, estão expostos a um ambiente insalubre, juntamente com condições de trabalho impróprias, acarretando problemas de saúde e, consequentemente o absenteísmo[2].

As faltas ao trabalho refletem nas condições de vida, de saúde e do trabalho, portanto, devem ser analisadas, identificando suas causas, para que seja possível intervir a fim de que essas ausências sejam prevenidas[3]. Por conseguinte, o administrador deve ter o conhecimento dessa realidade, podendo contribuir com estratégias que podem melhorar o ambiente de trabalho, minimizando as doenças ocupacionais e, com isso, possibilitar uma melhora, na saúde de quem atua na enfermagem[4].

Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo analisar, com base na literatura científica, as causas do absenteísmo na equipe de enfermagem. O absenteísmo dos profissionais da enfermagem interfere negativamente na qualidade de assistência prestada à população, porquanto, é de suma importância intervir com estratégias que podem minimizar as ausências por motivo de doenças ocupacionais. Deve-se priorizar uma melhora na saúde do trabalhador, principalmente proporcionando um ambiente de trabalho adequado às necessidades da equipe. Havendo uma adequação do serviço, consequentemente, haverá menos ausências e os profissionais da saúde conseguirão efetivamente obter melhores resultados na prática de suas atividades laborais, ocasionando também na melhora do quadro de saúde de seus pacientes[5]. Portanto, esse estudo objetiva analisar, na literatura científica brasileira, as causas do absenteísmo na equipe de enfermagem.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura (RIL). Esta compreende seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão[6].

A coleta de dados foi desenvolvida entre os meses de agosto a dezembro de 2019. Para tal procedimento, um pesquisador realizará a coleta em combinação de termos de pesquisa em cada base de dados. Em relação aos descritores utilizados para a construção da RIL há uma combinação entre eles com operadores booleanos: "enfermagem" *and* "saúde do trabalhador" *and* "riscos ocupacionais" *and* "absenteísmo". Para realização da RIL foram selecionadas como bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e CAPES/MEC, empregando o próprio sistema de busca dessas bases. Para guiar a presente revisão, formulou-se a seguinte questão norteadora: O absenteísmo na equipe de enfermagem influencia na qualidade do atendimento ao paciente?

Os critérios de inclusão foram: manuscritos de textos completos e originais disponíveis online, na língua portuguesa, publicados entre os anos de 2009 e 2019 e tratando diretamente do assunto procurado. E os critérios de exclusão: Artigos incompletos, artigos estrangeiros, artigos de revisão bibliográfica e integrativa, artigos fora do período proposto e artigos duplicados nas diferentes bases.

A análise dos dados foi realizada por meio de leitura dos artigos de acordo com: ano de publicação, título, autores, periódico, país de origem do estudo, tipo/abordagem do estudo e principais aspectos ou resultados. Quanto aos aspectos éticos, foram respeitados os direitos autorais e o conteúdo, não havendo modificação destes em benefício da revisão. Os achados serão apresentados em dois quadros.

Para definição dos Níveis de Evidência os estudos foram avaliados a fim de determinar a confiabilidade para uso de seus resultados, contribuindo para conclusões que proporcionariam conhecimento atual acerca do tema proposto. Nesta revisão, será empregado o sistema de classificação composto de sete níveis, sendo: nível I – evidências oriundas de revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos; nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III – ensaios clínicos bem delineados, sem randomização; nível IV – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível VII – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas[7].

Resultados

Foram encontrados 76 artigos, por meio de buscas realizadas na data de 10 de agosto de 2019, dos quais 33 são produções do site BVS, 23 são produções do site CAPES/MEC e 20 são produções do site SciELO.

Após o término da pesquisa, realizou-se uma análise dos títulos dos artigos e uma leitura dos resumos, na qual foram avaliados e excluídos 65 artigos, dos quais 49 não contemplaram os objetivos da pesquisa, 10 estavam disponíveis em outro idioma e 6 artigos se repetiram. Os 11 artigos que atenderam aos objetivos da pesquisa, posteriormente, foram lidos na íntegra. A classificação dos onze artigos encontrados, na pesquisa, encontra-se no quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados e analisados.

Periódicos N° de Artigos	**Autores**	**Ano**	**Título**	**Metodologia**	**Nível de Evidência**
BVS 4 Artigos	Silva, R.S.	2011	Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde	Estudo qualitativo	IV
	Trindade, L.L; Grisa, C.C; Ostrovski, V.P;	2014	Absenteísmo na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar	Estudo quantitativo	IV

	Adami, E.K; Ferraz, L; Amestoy, S.C; Bordignon, M.				
	Giomo, D. B; Freitas, F.C.T; Alves, L.A; Robazzi, M.L.C.C.	2009	Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar	Estudo quantitativo	IV
	Magalhães,N.A.C; Farias, S.N.P; Mauro, M.Y.C; Donatto, M.D; Domingos, A.M.	2010	O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar	Estudo quantitativo	IV
CAPES/MEC 3 Artigos	Martins, L.F; Laport, T.J; Menezes. V.P; Medeiros, P.B; Ronzani,T.M.	2013	Esgotamento entre profissionais da atenção primária à saúde	Estudo quantitativo	IV
	Lucca, S.R; Rodrigues, M.S.D.	2014	Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil	Estudo descritivo transversal	IV
	Mininel, V.A; Felli, V.E.A; Silva,E.J; Torn, Z; Abreu, A.P; Branco, M.T.A.	2013	Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem	Estudo descritivo transversal	IV
SciELO 4 Artigos	Abreu, R.M.D; Gonçalves, R.M.D.A; Simões, A.L.A.	2012	Motivos atribuídos por profissionais de uma unidade de terapia intensiva para ausência ao trabalho	Estudo qualitativo	IV
	Santana, L.L; Sarquis, L.M.M; Brey, C; Miranda, F.M.D; Felli, V.E.A.	2016	Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil	Estudo quantitativo	IV
	Baptista, P.C.P; Pustiglione, M; Almeida, M.C.S; Felli, V.E.A; Garzin, A.C.A; Melleiro, M.M.	2015	Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem	Estudo qualitativo	IV
	Ferro, D; Zacharias, F.C.M; Fabriz, L.A; Schonholzer, T.E; Valente, S.H; Barbosa, S.M; Viola, C.G; Pinto, I.C.	2018	Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência	Estudo qualitativo	IV

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

Tipos de doenças que mais levam os profissionais da enfermagem ao absenteísmo

As doenças osteomusculares são a maior causa de ausências dos profissionais das equipes de enfermagem, esse fato demonstra a alta sobrecarga física a que os trabalhadores estão expostos no seu cotidiano. Deve-se salientar que as condições ergonômicas dos profissionais, atualmente, não atingem as

necessidades para propiciar uma adequada realização das tarefas inerentes à profissão livre de danos à saúde. A alta demanda de serviço contribui para que haja um desgaste do profissional[8].

Algumas razões preponderantes, para o absenteísmo nessas categorias ser mais elevado, são os tipos de atividades que esses colaboradores da enfermagem executam na sua rotina, como o demasiado desgaste físico, resultado pelo transporte de pacientes, movimentação de equipamentos, má postura corporal na execução das atividades laborais, além disso, espaço físico e mobiliário do ambiente de trabalho, também corroboram para essa alta incidência de faltas ao trabalho[9].

Na segunda posição, como as patologias que mais afetam estes profissionais, ficaram as doenças mentais e comportamentais. O estresse, a depressão e a ansiedade foram as causas mais comuns de afastamentos. Normalmente, esse tipo de patologia está ligado à insatisfação, à falta de autonomia, ao baixo reconhecimento e ao excesso de responsabilidade ao qual os trabalhadores estão submetidos durante o desempenho de suas funções[10].

Como o terceiro tipo de doenças mais frequentes que ocasionam o absenteísmo, dentre os profissionais das equipes de enfermagem, está o grupo de doenças do sistema respiratório. As patologias respiratórias que mais afastaram estes profissionais de suas atividades laborais foram sinusites, amigdalites e faringites[11].

Outros tipos de patologias que acometem os profissionais de enfermagem, causando seu afastamento do serviço, porém com menor frequência das citadas anteriormente, são as doenças dos aparelhos digestivo, circulatório e geniturinário, juntamente com patologias relacionadas ao puerpério, esta tendo alta incidência devido ao elevado número de profissionais do gênero feminino nas equipes de enfermagem[12, 13].

Os principais fatores que influenciam o absenteísmo por doença na equipe de enfermagem.

Os profissionais que atuam nas equipes de enfermagem têm uma alta probabilidade de adquirir doenças ocupacionais, em virtude da alta exposição a que estão expostos durante suas atividades laborais. O trabalho, geralmente, é insalubre, posto que a multiplicidade de fatores oferece riscos biológicos, ergonômicos, físicos e psíquicos. Muitos fatores, como a organização do trabalho inadequada, o não uso dos equipamentos de proteção individual, estrutura física precária e ineficiência no cumprimento da Norma regulamentadora 32 (que aborda, dentre outros fatores, a saúde do trabalhador), contribuem para que haja um risco elevado desses profissionais adoecerem[14, 1 ,10, 15].

Diante da alta incidência de faltas, o absenteísmo torna-se um problema pertinente, no qual, devemos reconhecer os fatores que contribuem para o surgimento de doenças ocupacionais com a finalidade de minimizar seus impactos negativos na qualidade de assistência. Podemos citar como agravantes da saúde do trabalhador que a maioria dos profissionais realiza duas ou três jornadas de trabalho, sobrando, assim, pouco tempo para o lazer e o convívio com a família e um tempo ineficiente de sono e repouso[11].

O ambiente, no qual as equipes de enfermagem estão inseridas, oferece diferentes tipos de estressores ocupacionais, como número insuficiente de trabalhadores, longas jornadas de trabalho ininterruptas, falta de reconhecimento do profissional, baixos salários e convívio diário com a morte, que afetam diretamente a integridade física do profissional. A profissão exige um alto controle mental e emocional, sendo que, na maioria das vezes, o profissional não tem nenhum suporte psicológico, para minimizar os agravos decorrentes a longo prazo dessa exposição, que, somada às más condições de trabalho, pode proporcionar um sofrimento mental, que ocasiona um esgotamento físico e psíquico no profissional[8, 16].

A carga física está relacionada ao desgaste que as estruturas corporais sofrem durante a execução de alguma tarefa. Geralmente, o ambiente de saúde exige uma alta demanda de esforço físico do profissional, alguns exemplos de fatores ergonômicos que contribuem para o adoecimento do trabalhador são: movimentação de pacientes e de equipamentos, postura corporal viciosa, predomínio da posição de pé, inadequação do mobiliário dos serviços de saúde, repetitividade de ações executadas, falta de organização no trabalho e investimento ineficiente em prol da ergonomia nos serviços de saúde[17, 11, 18].

A carga psíquica a que os trabalhadores estão expostos é difícil de ser quantificada, porém podemos mensurar, pelo alto número de afastamentos dos profissionais, que os estressores psíquicos contribuem significativamente para o adoecimento dos profissionais da enfermagem. Fatores que contribuem para o

absenteísmo decorrente de doenças psíquicas estão relacionados à alta responsabilidade do exercício profissional, ao convívio demasiado com o sofrimento, à baixa perspectiva de melhores condições de trabalho e aos conflitos entre colegas de trabalho e pacientes[17, 8].

Muitos colaboradores da saúde relatam insatisfação com o serviço, pois trabalham com um déficit de funcionários que se agrava quando há alguma ausência e não havendo reposição acaba sobrecarregando os demais. Há vários outros fatores que causam reclamações dos trabalhadores, tais como a falta de incentivo e aprimoramento profissional, a escassez de cursos e atualizações de assuntos pertinentes ao trabalho. Embora seja uma tarefa árdua para os gestores, deve- se ressaltar a importância de elaborar estratégias eficientes que diminuam as situações que causam o adoecimento do trabalhador, culminando com o absenteísmo[19].

As dificuldades e estratégias que o gestor da equipe de enfermagem enfrenta pelo absenteísmo de sua equipe em suas atividades laborais.

O absenteísmo demasiado causa vários prejuízos para as instituições, como gastos financeiros, sobrecarga aos trabalhadores presentes no serviço e impactos negativos no atendimento para os usuários dos serviços de saúde. Independentemente do motivo, a ausência de um profissional da saúde ocasiona uma repercussão imediata na qualidade da assistência[1].

Os administradores das equipes de enfermagem sofrem com os altos índices de faltantes decorrentes do adoecimento, tendo em vista sua responsabilidade de garantir à população um serviço de saúde com qualidade. Os gerentes de saúde devem analisar o local de trabalho, levando em consideração suas peculiaridades, reconhecendo as limitações de sua equipe para intervir em detrimento da preservação de um ambiente livre de danos ocupacionais[20].

Na maioria das vezes, o gestor enfrenta problemas como estrutura física precária, falta de materiais e insumos, déficit de profissionais e ausência de estímulos ao trabalhador. Esses fatores, dentre outros, corroboram para que aconteçam improvisos na execução das tarefas inerentes ao setor, ocasionando queda da qualidade de assistência ofertada[18].

O gestor dos serviços de saúde deve reconhecer as causas do absenteísmo por motivo de doença ocupacional, para que possa intervir diretamente no foco do problema e implementar medidas pontuais de prevenção que promovam uma melhor qualidade de vida para o trabalhador de enfermagem[1].

Elaborar estratégias que possam minimizar o absenteísmo nas equipes de enfermagem é uma tarefa árdua para os gestores, tendo em vista a diversidade de causas do adoecimento profissional nessa área. Para proporcionar um ambiente de trabalho saudável, deve haver intervenções individuais e coletivas, em que é importante estabelecer o reconhecimento do perfil de adoecimento dos profissionais, porquanto há a possibilidade de dimensionar os dados epidemiológicos e os fatores de risco a que a equipe está exposta em suas atividades. Dessa forma, pode-se executar um planejamento que melhore as condições de trabalho e, por consequência, uma diminuição de ausências dos colaboradores[16].

Grande parte dos problemas que ocasionam o absenteísmo por adoecimento profissional é passível de prevenção, desde que sua origem seja reconhecida. Como medidas principais, o gestor pode elaborar uma reorganização do trabalho, reestruturando o modelo de gerenciamento com uma organização dos serviços. Outra ação de suma importância para promover um ambiente de trabalho livre de danos à saúde do trabalhador é reorganizar o quadro de pessoal, para que haja um número adequado de colaboradores à demanda de serviço exigida, e, sobretudo, que haja uma valorização do trabalhador com uma remuneração digna e jornadas de trabalho menos exaustivas[16].

O administrador dos serviços de saúde deve manter um clima motivador no ambiente de trabalho, para isso, deve adotar estratégias que valorizem o colaborador, como atender, sempre que possível, as solicitações dos colaboradores, tais como adequações de folgas e sempre manter uma aproximação com o profissional, ouvindo-o sobre quaisquer adequações que possam melhorar o andamento dos serviços e estimular práticas que envolvam o aperfeiçoamento científico do profissional, como cursos de atualização sobre os conhecimentos da assistência por ele prestada[14, 19].

Conclusão

O absenteísmo por adoecimento ocupacional causa inúmeros prejuízos na assistência dos serviços de saúde. As ausências dos profissionais de enfermagem refletem na qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos de forma quantitativa e qualitativa, bem como os profissionais da equipe de enfermagem estão adoecendo devido à sobrecarga de trabalho emocional e física.

Os tipos de doenças que mais atingem os profissionais das equipes de enfermagem e causam doenças ocupacionais, gerando, por consequência, o absenteísmo são os distúrbios osteomusculares e do tecido conjuntivo, os quais afetam principalmente as articulações. Na segunda posição, estão os distúrbios mentais e comportamentais, dentre estes, os mais frequentes são a depressão, a ansiedade e o estresse. E, na terceira posição, encontra-se os distúrbios do sistema respiratório.

Vários fatores contribuem para o absenteísmo nas equipes de saúde, porque os profissionais que, nelas atuam, estão expostos a cargas físicas, químicas, biológicas e psíquicas. O ambiente da enfermagem é hostil para os trabalhadores dessa área, que estão sujeitos a adoentar-se diante das más condições de trabalho que lhes são oferecidas pelos serviços de saúde.

O gestor deve reconhecer tanto as doenças com maior incidência, quanto o que as ocasiona, para que, desta forma, possa intervir por meio de ações com o intuito de melhorar as condições de trabalho de seus colaboradores, a fim de que ocorram menos ausências entre os profissionais. A atuação dos gestores deve garantir a qualidade da assistência prestada pelo profissional, bem como deve assegurar a saúde dos profissionais envolvidos nesse processo.

Este é um estudo de grande relevância para a qualidade de assistência prestada pelas equipes de enfermagem a seus pacientes, portanto espero que haja outros estudos semelhantes acerca desse tema, para que possa haver mais atenção à saúde do trabalhador.

Referências

1. Giomo DB, Freitas FCT, Alves LA, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. Revista de Enfermagem UERJ. 2009; (17): 24-9.
2. Bargas EB, Monteiro MI. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de Enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem. 2014; 27(6): 533-538.
3. Fakih FT, Tanaka LH, Carmagnani MIS. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. Acta Paul Enferm. 2012; 25(3): 378-85.
4. Sancinetti TR, Soares NVA, Lima CFA, Santos NC, Melleiro MM, Fugulin FMT et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011; 45(4): 1007-1012.
5. Furlan JAS, Stancato K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. Revista de administração em saúde. 2013; 15(60): 111-120.
6. Mendes KDS, Silveira RCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enfermagem. 2008; 17(4): 758-764.
7. Melnyk BM, Fineout EO. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
8. Lucca SR, Rodrigues MSD. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. Revista Brasileira Medicina do Trabalho. 2015; 13(2): 76-82.
9. Fernandes RL, Haddad MCL, Morais AEP, Takahashi ITM. Absenteísmo em hospital filantrópico de médio porte. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2011; 32 (1): 3-14.
10. Magalhães NAC, Farias SNP, Mauro MYC, Donato M, Domingos AM, Oliveira EC. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. Revista de enfermagem UERJ. 2011; 19(2):224-30.

11. Mininel VA, Felli VEA, Silva EJ, Torri Z, Abreu AP, Branco MTA. Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013; 21(6):1290-1297.
12. Costa FM, Vireira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Revista Brasileira de Enfermagem. 2009 62(1): 38-44.
13. Galindo IS, Ferreira SCM, Lazzari DD, Kempfer SS, Testoni AK. Motivos do absenteísmo em uma equipe de enfermagem ambulatorial. Revista de enfermagem UFPE. 2017; 11(8): 3198-3205.
14. Trindade LL. Grisa CC, Ostrovski VP. Absenteísmo na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. Revista electrônica de Enfermeria. Universidade do estado de Santa Catarina (UDESC) e Universidade da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). 2014.
15. Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, Telmo PBM, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2014. 19: 4739-4750.
16. Santana LL, Sarquis LMM, Brey C, Miranda FMA, Fell VEA. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016. 37(1).
17. Silva NR. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16: 3393-3402.
18. Ferro D, Zacharias, FCM, Fabriz LA, Schonholzer TE, Valente SH, Barbosa SM et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. Acta Paulista de Enfermagem. 2018 31(4): 399-408.
19. Abreu RMD, Gonçalves RMDA, Simões ALA. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014; 67(3): 386-393.
20. Baptista PCP, Pustiglione M, Almeida MCS, Felli VEA, Garzin ACA, Melleiro MM. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2015; 49(2): 122-128.

Desafios da atuação dos serviços farmacêuticos no âmbito da atenção primária à saúde

Thiago Gonçalves Araújo e Silva
Francisco Jucianno Rodrigues da Silva
Maria Luiza Vieira dos Santos
Aramys Silva Dos Reis

Resumo

Objetivo: Apontar as principais dificuldades enfrentadas pelos serviços prestados que dizem respeito às estratégias de assistência farmacêutica no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com publicações escolhidas, sob critérios pré-determinados, nas seguintes bases de dados: SCIELO, MEDLINE e LILACS. **Resultados:** Encontrou-se 7475 publicações através da pesquisa com descritores, porém após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a amostra final foi composta de três artigos da base de dados do LILACS, três no SCIELO e dez na MEDLINE. De forma holística, os trabalhos abordam três aspectos principais da assistência farmacêutica: a atuação da gestão farmacêutica, a avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária, e os desafios e expectativas do Profissional Farmacêutico**. Conclusão:** De acordo com as pesquisas científicas analisadas, a gestão carece de efetividade na execução. Quanto às ações em saúde é preciso atentar à coesão entre os serviços de saúde e o estado de saúde dos usuários bem como às necessidades desses para evitar perda financeira conseqüente da inoperância dos programas. Além disso, é fundamental a reavaliação dos recursos humanos e dos serviços necessários à uma boa assistência, objetivando a extinção da indisponibilidade de farmacêuticos e a ausência física de serviços.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Atenção primária à Saúde; Serviços de Saúde.

Introdução

A atenção primária à Saúde (ou Atenção Básica) configura-se por um rol de ações tanto de caráter individual quanto coletivo que suscitam a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, a prevenção de agravos e a manutenção da saúde, a fim de concretizar a ideia de atenção integral ao indivíduo, impactando diretamente nos fatores que estão relacionados à saúde da população em geral. Por sua vez, a atenção primária à saúde (APS) é implementada pelas práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, por meio de equipes que são designadas a determinados territórios e são responsabilizadas pela situação sanitária daqueles territórios.[1]

Incorporando a APS, a assistência farmacêutica (AF) bem como os seus serviços prestados busca garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, na qual a disponibilidade desses medicamentos deve suprir a demanda epidemiológica de determinada região com suficiência, regularidade e qualidade adequada, integrando uma orientação apropriada quanto ao uso de medicamentos mediante os diversos serviços prestados no território.[2]

De forma holística, o cuidado farmacêutico abrange ações de educação em saúde, incluindo atividades de educação permanente para a equipe, ações que visam o uso racional de medicamentos, e atividades de promoção da saúde em geral. A atividade assistencial engloba serviços de clínica farmacêutica empregada tanto em âmbito individual quanto em atendimentos compartilhados, além das atividades técnico-pedagógicas que objetivam a educação e o empoderamento da equipe de saúde e da comunidade assistida.[2]

O farmacêutico, por sua vez, com base nas normativas estabelecidas (Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família) deve não somente proporcionar o uso racional de medicamentos à população, mas também tem responsabilidade pela repercussão financeira do medicamento frente aos serviços de saúde e a comunidade em geral. Portanto, a atuação do farmacêutico tem implicação direta na eficiência dos sistemas de saúde, o que acaba transformando a identidade do profissional para uma atuação além da gestão de medicamento buscando uma abordagem voltada ao cuidado integral, visto que, no contexto da APS, a integração do farmacêutico com a equipe de saúde e o desenvolvimento de

tecnologias novas para atuação amplia as possibilidades de gestão, dispondo ao profissional novas competências.[3]

Em termos que se aplicam à prática, a AF consiste em: seleção, programação, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e uso de medicamentos que incluem o sistema de cuidado. Para tanto, a gestão da AF viabilizada pelos mecanismos de financiamento do SUS foi gradativamente otimizada em razão do governo federal investir na atenção primária como alicerce da rede de atenção, fazendo com que a AF no contexto da atenção básica ganhasse maior notoriedade no planejamento dos gestores. Entretanto, mesmo diante das diversas políticas de assistência em saúde em execução e dos avanços relatados pelos municípios brasileiros quanto à acessibilidade a medicamentos, ainda são grandes os desafios para a implementação com eficácia da assistência farmacêutica no nível da atenção primária, especialmente no que se refere à totalidade de recursos financeiros envolvidos e à extensão dos serviços e ações que são de sua responsabilidade.[4]

Diante do supramencionado, o estudo em questão, mediante uma revisão de literatura científica das pesquisas previamente selecionadas, apresenta como objetivo o apontamento das principais dificuldades enfrentadas atualmente pelos serviços prestados que dizem respeito às estratégias de assistência farmacêutica no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Metodologia

O estudo em questão trata-se de uma revisão integrativa da literatura que, por sua vez, alicerça-se na síntese de um conjunto de publicações, configurando uma ferramenta importante para proporcionar a interlocução dosdiferentes artigos científicos, e consequentemente, dasconclusões gerais acerca da área de pesquisa adotada, além de propiciar a soma, combinação e construção de conhecimentos. Para produção da revisão, foram seguidas as seguintes etapas: Identificação do tema, elaboração da questão norteadora e definição do objetivo, estabelecimento dos critérios de exclusão e inclusão, seleção das pesquisas, apresentação dos resultados, discussão e configuração dos conhecimentos encontrados.[5]

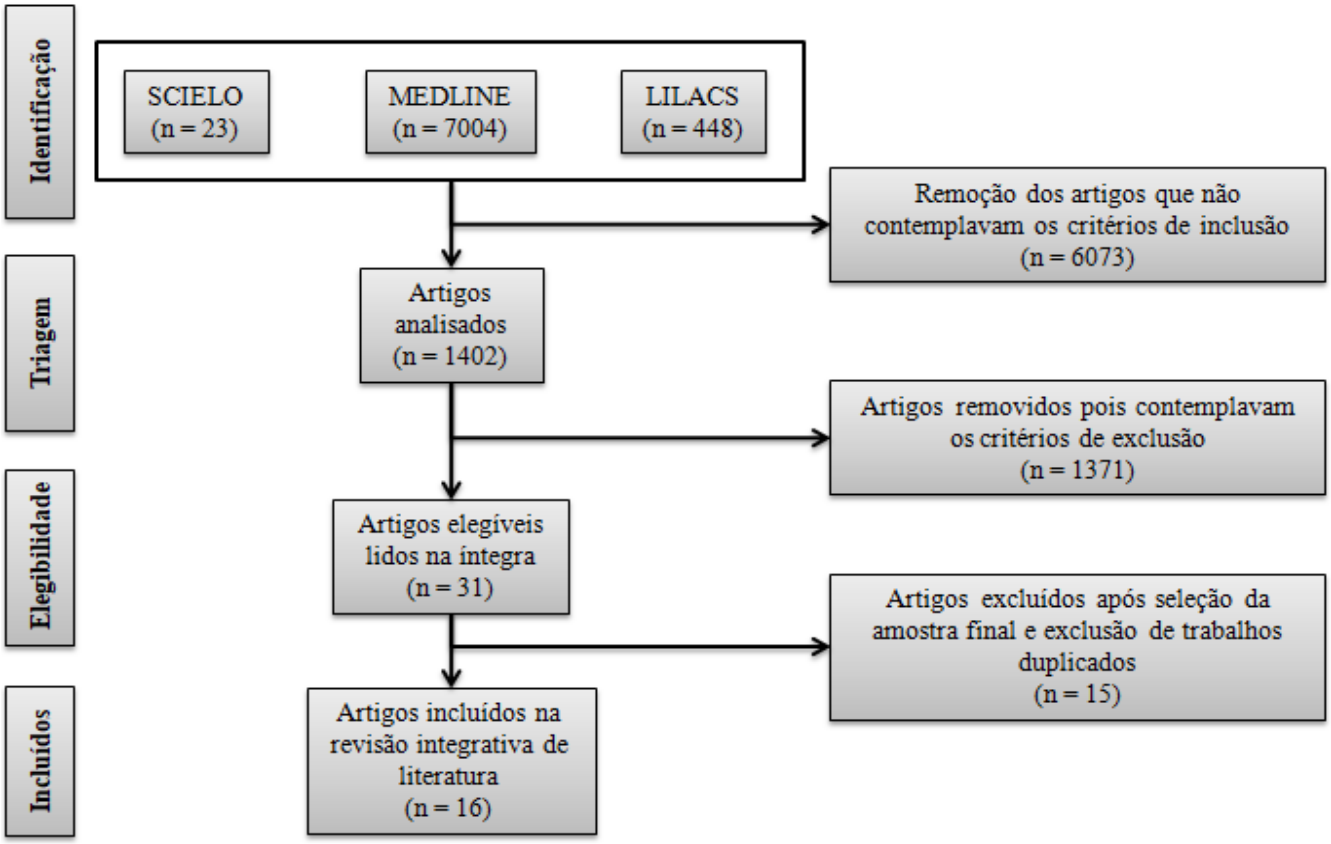
Seguindo o método adotado, os dados foram coletados no mês de maio de 2020 de modo que tal coleta foi conduzida com base na seguinte questão norteadora: Diante da inconsistente implementação da assistência farmacêutica na atenção primária, quais são as questões atuais que dificultam a efetividade da mesma? Os estudos analisados estão contidos nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Latino-Americana de informação bibliográfica em Ciências da Saúde (LILACS).

Em seguida as palavras-chaves foram selecionadas previamente com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MESH), são eles: Assistência farmacêutica (Pharmaceutical Services); Atenção primária à Saúde (Primary Health Care); Serviços de Saúde (Health Services). Para realizar a busca dos estudos, as palavras-chave previamente selecionadas e o operador booleano utilizados são: “Assistência farmacêutica” AND “Atenção primária à Saúde” AND “Serviços de Saúde”. Particularmente, para a base de dados SCIELO a combinação de palavras-chaves e operadores boleanos foi: “Assistência farmacêutica” AND “Atenção primária à Saúde”, devido à ausência de artigos usando a combinação inicial.

Durante a elaboração da amostra final de publicações foram elencados critérios de inclusão e exclusãoa fim de filtrar aquelas publicações que de melhor forma atenderam à questão norteadora. Quanto aos critérios de inclusão foi estabelecido: 1) Artigos publicados no período de 2016 a 2020; 2) Texto completo disponível online; 3) Texto da publicação em português ou inglês; 4) Indexados de acordo com os descritores. Em relação aos critérios de exclusão, são eles: 1) Artigos que não correspondessem à temática; 2)Artigos que não são baseados no contexto da situação no Brasil;

A partir da pesquisa de artigos indexados nos descritores mencionadosforam encontradas 7475 publicações, entretanto após a aplicação dos critérios de inclusão esse número reduziu significativamente a 1402 publicações. Em seguida os critérios de exclusão diminuíram ainda mais essa amostra a 31 publicações. Posteriormente, a leitura integral dos artigos selecionados contribuiu para elaboração de uma amostra final de estudos composta de 16 publicações, sendo três publicações da SCIELO, três do LILACS e dez do MEDLINE, vale ressaltar que aqueles estudos duplicados foram excluídos. A figura 1 demonstra um fluxograma que ilustra as delimitações do estudo mencionadas anteriormente, seguindo o recomendado pelo grupo PRISMA.

Figura 1. Publicações incorporadas à revisão integrativa, com base nas recomendações PRISMA, mediante pesquisa nas bases de dados.



Fonte: elaborado pelos autores.

Resultados

Através dos critérios de inclusão e exclusão mencionados na metodologia, a amostra final contém 16 estudos elegidos. Com prevalência do ano de publicação 2017 correspondendo a um total de 68,75%, seguido pelos anos de 2016, 2018 e 2019 que representam 31,25% do total quando somados. Vale ressaltar que durante o ano de 2020 (até maio) não foram publicados artigos que contemplassem os critérios de exclusão e inclusão elaborados pelos autores.

A análise dos artigos proporcionou o reconhecimento das necessidades encaradas no âmbito da atenção básica por parte equipe da equipe de assistência farmacêutica. Dentre as dificuldades apresentadas destacam-se: Insuficiência de aporte financeiro do poder público, deficiências referentes à descentralização dos serviços e à habilidade de gestão da assistência farmacêutica, indisponibilidade de serviços e recursos humanos.

Quadro 1. Artigos selecionados para análise organizados de acordo com o título, autor e ano, objetivos, tipos de estudo e origem da publicação, Imperatriz-MA, 2020.

Autor/Ano	Titulo	Objetivo	Tipo de Estudo	Origemda Publicação
Silva RM, Pereira NC, Mendes LVP, Luiza VL.2016	Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: Evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014.	Analisar a evolução da assistência farmacêutica nocontexto da atenção primária (APS) no período2008-2014, com foco na seleção, financiamentoe aquisição de medicamentos.	Longitudinal, Retrospectivo	Revista Ciência & Saúde Coletiva
Melo DA, Ribeiro E,	Cuidados farmacêuticos na atenção primária - além do	Descrever as demandas de pacientes e equipes	Descritivo, Transversal	Revista de Ciências

Molina CGRC, Lieber NSR.2016	acesso a medicamentos.	multidisciplinares de atendimento farmacêutico em uma unidade básica de saúde.		Farmacêuticas Básica e Aplicada
Nakamura CA, Leite SN. 2016	A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil.	Investigar a construção do processo de trabalhodos farmacêuticos que atuam nos NASF de ummunicípio do sul do Brasil.	Qualitativo, por meio da observação participante	Ciência & Saúde Coletiva
Akerman M, Freitas O. 2017	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária.	Avaliar dos serviços de assistência farmacêuticaprimários (indicando avanços e desafios).	Descritivo, Qualitativo	Revista de Saúde Pública
Costa KS, Tavares NUL, Nascimento JJM, Mengue SS, Álvares J, Guerra JAA et al.2017	Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde.	Sintetizar resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos.	Descritivo, Qualitativo	Revista de Saúde Pública
Soeiro OM, Tavares NUL, Nascimento JJM, Guerra JAA, Costa EA, Acurcio FA et al.2017	Satisfação de usuários com serviços daassistência farmacêutica na atençãoprimária no Brasil.	Avaliar a satisfação dos usuários com os serviços de assistência farmacêutica naatenção primária.	Transversal, Exploratório, de natureza Avaliativa	Revista de Saúde Pública
Leite SN, Manzini F,Álvares J, Guerra JAA, Costa EA, Acurcio FA et al.2017	Infraestrutura das farmácias da atençãobásica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços.	Caracterizar a infraestrutura das farmácias da atenção básica do Sistema Único deSaúde, visando condição para a humanização dos serviços ofertados.	Transversal, Exploratório, de natureza Avaliativa	Revista de Saúde Pública
Luz TCG, Costa MESS, Portes DS, Santos Lucas BC, Sousa SRA, Luiza VL. 2017	Pharmaceutical Services in Primary Health Care: are pharmacists and users on the same page?	Investigar características estruturais e organizacionais de serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, a partir do ponto de vista de farmacêuticos e de usuários.	Descritivo, qualitativo por meio de entrevista semi-estruturada	Ciência & Saúde Coletiva
Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, Guerra JAA, Acurcio FA, Costa EA et al. 2017	Força de trabalho na assistência farmacêutica atenção básica do SUS, Brasil.	Caracterizar a força de trabalho da assistência farmacêutica na atenção básica do Sistema Único de Saúde.	Transversal, Exploratório, de natureza Avaliativa	Revista de Saúde Pública
Gerlack LF, Karnikowski MGO, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J et al. 2017	Gestão da assistência farmacêutica naatenção primária no Brasil.	Identificar fatores condicionantes da gestão da assistência farmacêutica na atençãoprimária no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Transversal, Exploratório, de natureza Avaliativa	Revista de Saúde Pública
Faleiros DR, Acurcio FA, Álvares J, Nascimento	Financiamento da assistência farmacêuticana gestão municipal do Sistema Únicode Saúde.	Caracterizar a infraestrutura das farmácias da atenção básica do Sistema Único de Saúde, visando condição para a humanização dos	Transversal, Exploratório, de natureza Avaliativa	Revista de Saúde Pública

RCRM, Costa EA, Guibu IA et al. 2017		serviços ofertados.		
Araújo PS, Costa EA, Guerra JAA, Acurcio FA, Guibu IA, Álvares J et al.2017	Atividades farmacêuticas de naturezaclínica na atenção básica no Brasil.	Caracterizar as atividades de natureza clínica desenvolvidas pelos farmacêuticos nasunidades básicas de saúde e sua participação em atividades educativas de promoção da saúde.	Transversal, Exploratório, denatureza Avaliativa	Revista de Saúde Pública
Rodrigues PS, Cruz MS, Tavares NUL.2017	Avaliação da implantação do Eixo Estruturado Programa Nacional de Qualificação daAssistência Farmacêutica no SUS.	Avaliar o grau de implantação do Eixo Estrutura do Qualifar-SUS nos municípios habilitados, tendo como referência atributos relativos à estrutura física/recursos humanos e ao processo.	Descritivo, Avaliativo	RevistaSaúdeem Debate
Souza GS, Costa EA, Barros RF, Pereira MT, Barreto JL, Guerra JAA et al. 2017	Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care.	Caracterizar o estágio atual da institucionalização de medicamentosserviços em cidades brasileiras.	Estudo transversal, exploratório e avaliativo	Revista de Saúde Pública
Azevedo ES, Ramos E, Costa JV, NogueiraMHH, FernandesMS, Barbosa NA. 2018	Experiência de estruturação da assistência farmacêutica na atenção básica municipal.	Relatar a estruturação da AF, utilização dos recursos do QUALIFAR-SUS e implantação do sistema Hórus, demonstrando as vantagens e as dificuldades enfrentadas.	Descritivo, Qualitativo	Prêmio David Capistrano
Mattos L, Silva R, Chaves G, Luiza V. 2019	Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde.	Identificar a percepção de gestores públicos da assistência farmacêutica em esferas subnacionais e de gerentes técnicos de instâncias colegiadas do SUS sobre os reflexos do PFPB na Afab e as implicações práticas da convivência entre elas para a gestão municipal.	Qualitativo feito a partir da realização de entrevistas semiestruturadas	Saúde Soc. São Paulo

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

As despesas farmacêuticas no Âmbito do sistema único de saúdeconstata-se como uma verdadeira ameaça à sustentabilidade dos serviços públicos, na medida em que taisgastossãoexpressivos em virtude do alto valor unitário de alguns fármacos ou pela quantidade de itens necessários para contemplar as necessidades da população. O mesmo artigo cita aindaa insuficiência dos valores repassados para ofertar serviços farmacêuticos de qualidade**,** necessitando dessa forma de uma gestão adequada que conheça e discuta problemáticase programas de saúde da atenção primária, visando a superação desses desafios.[6]

Nesse sentido, o desenvolvimento da gestão farmacêutica no Sistema Único de Saúde, apresenta-se como pressuposto para permitir o fornecimento de medicamentos e a completa assistência terapêutica. Entretanto, observam-se deficiências referentes à descentralização dos serviços e à habilidade de gestão da assistência farmacêutica, especialmente na área da atenção primária à saúde. Dessa forma, a elevada frequência de dificuldades apresentadas na gestão das assistências farmacêuticas, apresenta-se como problemático presente no SUS, comprometendo a prestação de serviços de qualidade, bem como a garantia do acesso e concretização das ações em saúde.[7]

A infraestrutura das assistências farmacêuticas se apresenta divergentes entre as regiões do país, na medida em quesãonotórias deficiências de equipamentos e suporte humano entre as áreas do norte e

nordeste, contribuindo negativamente para o avanço técnico do atendimento, uma vez que reduz os requisitos básicos para atender os pacientes com individualidade e conforto ou ainda apresentamcondições que entrave o contato efetivo e a relação terapêutica, dificultando principalmente a garantia do acesso para população idosa, gestantes e pacientes com cuidados especiais. É importante considerar ainda, que as condições do local de atendimento fornecidas aos usuários devem ser apropriadas para o acolhimento, considerando os limites físicos do indivíduo.[8]

O maior empecilho para realização dos serviços de saúde bem como dos seus recursos no ambiente da assistência farmacêutica consiste na indisponibilidade ou ausência de física de serviços e recursos humanos, soma-se a esse fato questões financeirase organizacionais que em conjunto diminuem a atuação do farmacêutico na atenção básica. Diante disso, a necessidade de qualificação e aplicação de qualquer prática farmacêutica na área clínica representa um avanço significativo para não somente facilitar o acesso de saúde à população, mas também para diminuir a sobrecarga de tarefas entre farmacêuticos e técnicos, apresentando-se como uma estratégia apropriada quando o objetivo é fortalecer as políticas de saúde.[9]

Corroborando o dado exposto acima, a força do trabalho na atenção farmacêutica, apresentando destaque para mudanças quanto à ocupação dos cargos, uma vez que observa-se a presença significativa das mulheres nas áreas de coordenação das assistências farmacêuticas municipais, em virtude do aumento da acessibilidade ao ensino superior em Farmácia e também da crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho. Outro ponto relevante debatido no estudo, versa sobre a alternância da predominânciaentre farmacêuticos e trabalhadores de nível médio nas unidades da atenção básica. Observa-se que o número de farmacêuticos na atenção básica variou entre 8,1% na região Nordeste a 64,1% no Sudeste, enquanto os técnicos e auxiliares prevalecem no Norte (66,6%)e corresponde à 19,0% da força de trabalho no Sudeste. Isso possivelmente ocorre devido a fatores reconhecidos em outras regiões do mundo, entre os quais se aponta o Índice de desenvolvimento humano, acesso ao ensino superior e técnico e outros fatores.[10]

Quanto à satisfação dos usuários, nota-se números positivos relacionados a oferta dos serviçosprestado pela AF na atenção primária, em virtude da criação de uma rede de atendimentos capilarizada. Desse modo, a extensão do cuidado proposta pelos princípios do SUS faz-se importante para a obtenção da satisfação dos usuários, em especial, nas áreas que se apresentam com melhores índices de desenvolvimento socioeconômico, pois possuem uma rede de atenção mais estruturada, de forma a garantir acessibilidade ao serviço farmacêutico de qualidade.[11]

Contudo, o grau de satisfação dos pacientes reduz quando consideramos ambientes físicos inadequados para o atendimento, uma vez que ocorre a formação de aglomerados no ambiente da assistência farmacêutica, aumento do tempo para entrega dos medicamentos e formação de filas. Dessa forma, uma central de acolhimento estruturada é fundamental para os usuários receberem os serviços farmacêuticos de qualidade.[12]

Quanto à institucionalização da assistência farmacêutica, observou-se o baixo numero de conselhos de farmácia e terapêutica, instrumentos fundamentais para a seleção, especificação e racionalidade no uso dos fármacos. Além do mais, a ausência daComissão Permanente de Licitaçãoresultará em ineficácia da gestão financeira relacionada à compra dos fármacos, pois a priorização da aquisição dos medicamentos será amenizada em virtude da variedade de compras relacionadas aos diversos setores das secretárias municipais de saúde.[13]

Mesmo que alguns avanços tenham sido logrados, muitas pesquisas indicam que a assistência farmacêutica, não em sua maioria, ainda detém caráter incipiente. A implementação do Eixo Estruturado Programa Nacional de Qualificação daAssistência Farmacêutica no SUS, segundo método avaliativo, foi considerado foi consideradocomo insatisfatório em 44% dos municípios, satisfatório em 34%, crítico em 21% e apenas1% dos habilitados apresentaram grau de implantaçãoexcelente, números justificados pelas condições de precariedade e carência de matérias, estruturas físicas, redes de comunicação e recursos humanos presentes na AF, fazendo com que a condução do programa condicione-se à improvisação.[14]

Embora ocorra uma tendência para padronização dos serviços prestados, o processo de reorientação indica para alterações nos procedimentos técnicos, na qual se observaumaabordagem orientada ao usuário dos serviços de saúde em vez de centra-se na logística de medicamentos. Dessa forma, tais mudanças

possibilitam não somente estruturação para o atendimento dos usuários, mas também o desenvolvimento de atividades educativas de promoção da saúde relacionados ao uso de medicação. Além disso, a qualidade devida dos usuários da AF, debatem os fatores relevantes e propõe que este indicadorpossibilita direcionar a integralidade do cuidado e práticas de promoção da saúde. Portanto, é essencial a consolidação de uma equipe multidisciplinar na AF visando superar as dificuldades apresentadas na implementação dos cuidados farmacêuticos.[15-16]

Com relação a inserção dos profissionais farmacêuticos na equipe da atenção primária de saúde, há um alerta para a falta de clareza quantos suas incumbências somadas ao não reconhecimento desses profissionais como parte integrante da equipe, colabora para a ausência de reconhecimento dos serviços prestados pelos farmacêuticos nesse ambiente de atuação. Além disso, é importante considerar que as ações cooperativas realizadas com êxito por uma equipe interdisciplinar necessitam do entendimento que cada profissional possui sobre o papel do outro, considerando que cada uma tem suas funções e importância no conjunto da equipe.[17-18]

Quanto aos avanços na atenção farmacêutica, destaca-se o emprego do sistema Hórus que contribui para a organização e regulamentação das políticas públicas, proporcionando efeitos progressivos para a atenção básica, na medida em que estruturação da AF inicialmente colaborou com a organização e normatização no âmbito municipal. Por meio do estabelecimento da REMUME foi possível nortear os investimentos em medicamentos. Os recursos do QUALIFAR-SUS foram proveitosos e oportunos. A implantação do sistema Hórus, ainda que somente na CAF e parcialmente na farmácia do Centro de Especialidades, trouxe resultados favoráveis para a Atenção Básica.[14]

Entretanto, apesar dos avanços, as ações do ministério da saúde ainda são incipientes e limitadas para determinados ambientes, na medida em que se nota a escassez de proventos financeiros no contexto geral e o foco no fornecimento quando comparada com a promoção do cuidado.Além disso, é importante considerar que a conectividade é um fator limitante para o funcionamento do sistema Hórus na assistência farmacêutica como também o número reduzido de funcionários com dedicação exclusiva para o atendimento na unidade básica de saúde.[19-20]

Conclusão

De acordo com o indicado pelas pesquisas científicas analisadas, a gestão em conjunto com a prestação dos serviços de saúde é um ponto onde carece de efetividade quanto à sua execução. A má administração dos recursos destinados à assistência farmacêutica ea falta de suporte humano, bem como a deficiência de equipamentos onde o processo de descentralização é mais árduo (destaque para regiões Norte e Nordeste) reflete o baixo desempenho das políticas públicas na atenção básica. Soma-se a isso a questão da insuficiência de repasse financeiro para ofertar uma assistência de qualidade e os problemas relativos à dificuldade de descentralizar o serviço, agravando ainda mais o quadro. Ainda que, programas como o sistema Hórus, QUALIFAR-SUS e o REMUME tenham apresentados resultados favoráveis quanto à sua aplicabilidade.

Além disso, no que se refere ao profissional farmacêutico destaca-se a importância que se dever dar ao reconhecimento do profissional como integrante da equipe de saúde a fim de torná-lo eficiente na atenção básica, desenvolvendo com sucesso as responsabilidades que lhe são cabíveis. Para tanto, é fundamental a reavaliação dos recursos humanos bem como dos serviços incumbidos necessários à uma boa assistência, objetivando a extinção da indisponibilidade de profissionais farmacêuticos e a ausência física de muitos serviços.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Portaria, nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília(DF); 2011.

2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na atenção básica, Caderno 1: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde, Brasília (DF); 2014.
3. Barberato LC, Scherer MDA, Lacourt RMC. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. Ciênc. saúde coletiva. 2019; 24(10): 3717-3726.
4. Silva RM, Pereira NC, Mendes LVP, LuizaVL. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. Ciênc. saúde coletiva. 2016;21(5): 1421-1432.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enfermagem. 2008; 17(4): 758-764.
6. Faleiros DR, Acurcio FA, Álvares J, Nascimento RCRM, Costa EA, Guibu IAet al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2017;51(Suppl 2): 14s.
7. Gerlack LF, Karnikowski MGO, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2017; 51(Suppl 2): 15s.
8. Leite SN, Manzini F, Álvares J, Guerra JAA, Costa EA, Acurcio FAet al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. Rev. Saúde Pública. 2017; 51(Suppl 2): 13s.
9. Araújo PS, Costa EA, Guerra JAA, Acurcio FA, Guibu IA, Álvares J et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2017; 51(Suppl 2): 6s.
10. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, Guerra JAA, Acurcio FA, Costa EA et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. Rev. Saúde Pública. 2017; 51(Suppl 2): 16s.
11. Soeiro OM, Tavares NUL, Nascimento JJM, Guerra JAA, Costa EA, Acurcio FA et al. Satisfação de usuários com serviços da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2017; 51(Suppl 2): 21s.
12. Luz TCG, Costa MESS, Portes DS, Santos Lucas BC, Sousa SRA, Luiza VL. Pharmaceutical Services in Primary Health Care: are pharmacistsandusersonthesamepage. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(8): 2463-2474.
13. Souza GS, Costa EA, Barros RF, Pereira MT, Barreto JL, Guerra JAA et al. Characterizationoftheinstitutionalizationofpharmaceuticalservices in Brazilianprimaryhealthcare. Rev. Saúde Pública. 2017; 51(Suppl. 2): 7s.
14. Rodrigues PS, Cruz MS, Tavares NUL. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. Saúde debate. 2017; 41(spe): 192-208.
15. Akerman M, Freitas O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. Rev. saúde pública.2017;51(Suppl. 2):1s.
16. MeloDA, Ribeiro E, Molina CGRC, Lieber NSR. Pharmaceutical care in primary care-beyond access to medication. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., 2016;37(1): 1-5.
17. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento JJM, Mengue SS, Álvares J, Guerra JAA et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2017; 51(Suppl 2): 3s.
18. Nakamura CA, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(5): 1565-1572.
19. Mattos L, Silva R, Chaves G, Luiza V. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. Saúde soc.2019;28(1): 287-298.
20. Azevedo ES, Ramos E, Costa JV, Nogueira MHH, Fernandes MS, Barbosa NA. Experiência de estruturação da assistência farmacêutica na atenção básica municipal. Boletim do Instituto de Saúde: BIS. 2018: 39-44.

Desafios do atendimento pré-hospitalar em primeiros socorros por equipe multidisciplinar

Beatriz Gomes Dalla Justina
Domingos Alves de Santana Neto
Mariana Evaristo Leite
Narayana Silva Paiva
Rafael Alves Carvalho

Resumo

Introdução: As diversas modalidades de Atendimento Pré-hospitalar buscam reduzir a mortalidade e sequelas, mediante agilidade e eficiência da equipe. Assim, é fundamental a análise dos desafios do APH. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo de revisão de literatura, utilizando-se das bases de dados Scielo, PubMed e Google Scholar, sendo utilizados 22 artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola. **Resultados:** Uma série de desafios são enfrentados pelas equipes de Atendimento Pré-Hospitalar, dentre eles: prevalência de níveis de estresse ocupacional entre os profissionais de APH, dificuldade em lidar com o trabalho em equipe e com profissionais de outras áreas, escassez de infraestrutura, dificuldades na acessibilidade aos locais de socorro, desvalorização salarial, carência de preparo e capacitação dos profissionais atuantes. **Discussão:** A rapidez e eficiência dos profissionais do APH são atributos que aumentam a efetividade do atendimento, além de evitar a interferência de agentes externos à equipe. Os diversos desafios apresentados no estudo reduzem a prática desses atributos, além de acarretar estresse aos profissionais da equipe. **Conclusão:** A fim de se obter melhores rendimentos nos serviços do APH, é necessário corrigir os problemas estruturais e operacionais dos agentes dessa modalidade de atendimento, além de atenuar os potencializadores de estresse nas equipes.

Palavras-chave: Atendimento Pré-Hospitalar; Equipe Multidisciplinar; Primeiros Socorros.

Introdução

Os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar (APH) surgiram em meio a necessidade de atendimentos imediatos associada ao aumento de acometimentos traumáticos de causas externas, geradas, especialmente, pela crescente violência cotidiana. Sendo assim, esses serviços buscam facilitar o acesso à intervenção precoce para reduzir os índices de mortalidade e sequelas[1].

Dentro desse contexto, o Ministério da Saúde considera como nível pré-hospitalar, na área de urgência-emergência, aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde[2]. Assim, O APH pode ser fixo ou móvel, sendo voltado a fornecer auxílio à saúde em casos de urgência e emergência. O APH móvel tem por finalidade prestar assistência para as pessoas que encontram-se fora do ambiente hospitalar, seja nas vias de trânsito, residência ou outro local. Para isso, as ambulâncias UTI móvel devem estar bem equipadas e contar com médico, técnico de enfermagem, enfermeiro e socorrista[3]. Considera-se também os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar de remoção aérea, que da mesma forma necessitam de equipamentos e de uma equipe multiprofissional, na qual cada membro possui uma função[4].

O Brasil apresenta como principais acessos de atendimento pré-hospitalar, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que segue o bem conceituado modelo francês Service d'AideMédicale d'Urgence, e o Corpo de Bombeiros[5]. No ano de 2017, o SAMU apresentava cerca de 3.408 bases nos municípios brasileiros, representando 61,18% dos municípios no geral, enquanto o atendimento feito pelo Corpo de Bombeiros cobria cerca de 95,04% dos municípios (5.294) do país, com equipes da própria localidade ou de cidades vizinhas[2].

As primeiras tentativas de regular o serviço de APH no país foram baseadas em um modelo centrado no médico, não reconhecendo a inerente natureza multiprofissional deste serviço[1]. A partir da reorganização dele, passou-se a atuar em conjunto outros profissionais da saúde, formando uma equipe multiprofissional para buscar melhor atendimento ao doente[6].

Atualmente, os profissionais das equipes de Atendimento Pré-Hospitalar enfrentam uma grande diversidade de situações e fatores que podem influenciar a qualidade do atendimento da equipe, principalmente em situações de urgência e emergência. Nesse cenário, os bombeiros e profissionais atuantes em atendimento de emergência são os principais grupos a desenvolverem stress no trabalho. Tal fato se justifica pelo envolvimento de fatores psicológicos, somado a outros biológicos[7]. Alguns estudos apontam elevados níveis de estresse ocupacional decorrente de estressores gerenciais e organizacionais, seja de maneira direta ou indireta[8].

Visando adquirir agilidade e eficiência, a equipe de APH deve agir de forma harmônica e sincronizada, além de ser necessário uma boa infraestrutura no ambiente de atendimento. Dessa forma, o trabalho desenvolvido caracteriza-se como um trabalho coletivo, cujo resultado depende das ações de cada um desses atores, que atuam de acordo com seus saberes e práticas específicos, e por todos eles no seu conjunto. As ações são desenvolvidas por vários profissionais, respeitadas as especificidades, competências e responsabilidades de cada membro da equipe[9].

Ademais, é possível perceber que o processo de tomada de decisões realizado pelos profissionais do SAMU toma como base suas experiências, conhecimentos, e valores associado às práticas da Urgência e Emergência, sendo necessária a integração dos profissionais que compõem a equipe[10, 11].

Diante desse cenário, é preciso entender como se dá a participação de cada um dos membros e como essa equipe se articula para conseguir promover o rápido cuidado. Assim, o presente trabalho tem como objetivo fazer um estudo descritivo acerca dos desafios da equipe multidisciplinar no atendimento pré-hospitalar.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo de revisão, por meio do qual se realizou buscas nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), PubMed (US National Library of Medicine) e Google Scholar com os descritivos “pre hospital care”, “challenges” e “team” para os artigos internacionais e “equipe multidisciplinar”; e “atendimento pré-hospitalar”; para os artigos nacionais. A busca compilou 35 artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, dos quais foram excluídos os que não abrangiam o tema, com base na leitura de seus resumos. Por fim, foram analisados 22 artigos. As pesquisas selecionadas foram categorizadas conforme a metodologia, os principais resultados, discussão e conclusões.

Resultados

Os artigos analisados foram publicados em periódicos nacionais e internacionais, tendo as dez obras de maior relevância dentre as vinte e duas selecionadas expostas na Tabela 1. Os resultados obtidos correspondem a uma síntese dos principais referenciais teóricos encontrados nas buscas bibliográficas deste estudo. Por fim, como exposto na tabela, a seleção contemplou artigos com publicação de autores e periódicos de diferentes nacionalidades, com predominância de obras nacionais publicadas nos últimos 10 anos.

Tabela 1. Artigos selecionados de maior relevância.

Autor, ano e período de publicação	Título do artigo	Tipo de estudo	Síntese dos resultados
Souza et al[12] (2020) Revista Enfermería Actual en Costa Rica	Perfil, dificultades y particularidades en el trabajo de los profesionales de atención prehospitalaria móvil: una revisión integradora.	Revisão integrativa de caráter descritivo, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, com artigos originais, disponíveis na íntegra, em idioma português, publicados entre os anos de 2010 a 2016. Foram incluídos nesta pesquisa 11 artigos que retratam sobre as características dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel a nível nacional e internacional,	Dificuldades prevalentes nas equipes de APHM: estresse ocupacional devido a desrespeito no trânsito, falta de estrutura nas ruas e rodovias, precariedade de recursos materiais, interação e receptividade com outras instituições e conflitos entre os próprios profissionais da equipe; solicitações de ocorrências

		relacionadas ao trabalho dos profissionais que neles atuam.	desnecessárias; dificuldade de comunicação com a Central de Regulação de Urgências (CRU) e a desvalorização salarial.
Pereira, Lima[13] (2009) Revista da Escola de Enfermagem da USP	Prehospital teamwork life support service for traffic accident victims.	Estudo descritivo exploratório, utilizando uma abordagem quantitativa como referencial metodológico. A coleta de dados foi realizada por observação participante e entrevistas semiestruturadas no SAMU em Porto Alegre.	Assistência ao acidente trânsito além do APH: agentes de transporte coletivo e a polícia militar; importância de uma equipe interdisciplinar para um atendimento pré-hospitalar efetivo; o trabalho com profissionais de outras áreas pode ser um desafio; falta de aproximação entre os serviços reguladores e de assistência.
Santana et al[14] (2014) Ciência et Praxis	A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorrespiratória: uma revisão de literatura.	Estudo exploratório e descritivo elaborado a partir de uma revisão da literatura nacional sobre a atenção multidisciplinar às pessoas em parada cardiorrespiratória nos serviços de emergência. O levantamento bibliográfico foi realizado junto aos bancos de dados do Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual da USP.	O treinamento adequado da equipe de enfermagem (UTI e Emergência) é vital para o pronto atendimento em PCR; a equipe multidisciplinar deve agir de forma harmônica e sincronizada, a recuperação do paciente depende desta atuação; boa infraestrutura; interação da equipe entre si e com o paciente.
Rajabi et al[8] (2018) EXCLI Journal	Occupational stress among nurses and pre-hospital emergency staff: application of fuzzy analytic process (FAHP) method.	Estudo transversal qualitativo, em que os fatores de estresse ocupacional em enfermeiros e equipes de APH foram identificados e classificados por 30 especialistas, utilizando o método FAHP. Fatores de estresse ocupacional foram coletados pelo General Health Questionnaire (GHQ), Job Stress Questionnaires, bem como uma revisão da literatura.	Estressores em enfermeiras e funcionários do APH: incompatibilidade entre horário de trabalho e condições de vida, crítica por superiores na presença de outros, falta de interesse em trabalhar na enfermaria atual, incapacidade de tomar decisões em situações de emergência; atendimento em condições críticas de saúde, medo de cometer um erro de plantão, intervenção de acompanhantes do paciente no atendimento de emergência, falta de oportunidade para descanso e escassez de técnicos.
Santos[5] (2020) Revista Eletrônica Acervo Saúde	Dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar	Descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa	Principais dificuldades enfrentadas por profissionais de enfermagem no APH: acessibilidade aos locais de atendimento, segurança da cena e a ocorrência de violência ocupacional contra os profissionais pelos transeuntes e pelos próprios pacientes (psiquiátricos ou indivíduos que tiveram seu nível de consciência alterado); pouco conhecimento da população acerca do papel do SAMU.
Adão et al[15] (2012)	Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel	Revisão bibliográfica qualitativa, caracterizada por descrição,	Quatro categorias temáticas: atuação do enfermeiro no suporte

Revista Mineira de Enfermagem		análise e correlação dos fatos e/ou fenômenos acerca do tema proposto.	de atendimento avançado; educação e capacitação dos recursos humanos; elaboração de protocolos de atendimento; gerência e atividades administrativas.
Bastos et al[10] (2016) Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	Saúde Mental no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: Concepções de Profissionais	Descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram 28 profissionais do SAMU com experiência mínima de seis meses.	A falta de um fluxo específico para os pacientes psiquiátricos corrobora a ideia de que o hospital psiquiátrico ainda é a preferência para o atendimento de usuários em crise psíquica e o SAMU um instrumento para direcionar esses usuários para a rede hospitalar e não para atendê-los.
Fernandes et al[16] (2018) Fisioterapia Brasil	Percepção dos profissionais de saúde sobre a inserção do fisioterapeuta no serviço de atendimento móvel de urgência	Estudo exploratório, com abordagem quantitativa e análise de prontuário. Os sujeitos foram 50 profissionais da área da saúde.	A inserção do fisioterapeuta na equipe de APH foi considerada de extrema relevância pela maioria dos profissionais participantes do estudo.
Braga et al[17] (2019) Revista Eletrônica Acervo Saúde	Principais dificuldades do atendimento pré-hospitalar descritas pela produção científica nacional	Revisão integrativa da literatura. Foram encontrados 299 artigos, sendo que 9 foram elegíveis.	A principal dificuldade apontada estava relacionada a integração entre os serviços de saúde.
Mendes et al[7] (2011) Estudos de psicologia	Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel	Descritivo, transversal e quali-quantitativa. A amostra foi composta por 63 profissionais de diferentes cargos.	Observa-se que 31,7% das pessoas apresentaram sintomas de stress e 68,3% não apresentaram. Em relação à idade, nota- se maior incidência entre os sujeitos de 30 a 39 anos (12,7%).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Pode-se perceber que existem diversos fatores que se configuram como um desafio para as equipes de Atendimento Pré-Hospitalar. Destacam-se pontos de extrema relevância nos artigos analisados como: prevalência de níveis de estresse ocupacional entre os profissionais de APH, dificuldade em lidar com o trabalho em equipe e com profissionais de outras áreas, escassez de infraestrutura, dificuldades na acessibilidade aos locais de socorro, desvalorização salarial, falta de um fluxo específico para atendimento de pacientes psiquiátricos e carência de um preparo e capacitação dos profissionais que atuam na área. Esse último resulta em fatores ainda mais estressores como medo de cometer um erro em plantão e de receber críticas de seus superiores, além de incapacidade de tomar decisões em situações de emergência.

Além disso, os artigos 4 e 5 apontam para a dificuldade em lidar com a população leiga, que muitas vezes desconhece o papel do APH e acaba por solicitar o serviço em ocorrências desnecessárias, além de intervir em situações de emergência, seja enquanto acompanhantes do paciente ou transeuntes que estavam presentes em uma situação de urgência.

Por fim, foi evidenciado nos artigos que, embora existam dificuldades no trabalho em equipe, é muito importante que a composição de um serviço de APH seja feita por um time multidisciplinar. O profissional de enfermagem é apontado como protagonista em diversas situações, tais como, no suporte de atendimento avançado, na educação e capacitação dos recursos humanos na elaboração de protocolos de atendimento e na gerência e atividades administrativas[15]. Além disso, o artigo 8 aponta para a inserção do fisioterapeuta na equipe de APH, profissional que contribuiria de forma satisfatória no serviço. É válido ressaltar também o papel dos motoristas que fazem o transporte de emergência e possibilitam um atendimento eficiente.

Discussão

Afirma-se que o atendimento pré-hospitalar deve ser implementado da forma mais rápida possível, para que seja, de fato, eficiente. Isso é importante, pois, além de ajudar na efetividade do atendimento, corrobora para que outros serviços como o Corpo de Bombeiros e a Polícia Militar possam atuar de maneira assertiva e para que os transeuntes não interfiram no paciente, pois essa atitude pode causar transtornos[17]. Para isso, seria importante educar a população acerca dessa temática, a fim de que lesões secundárias possam ser evitadas.

Existem também, enquanto desafio para o estudo do APH, dificuldades em se realizarem pesquisas nessa área, a fim de melhorar as condições de preparo e trabalho para esses profissionais. O cuidado pré hospitalar difere muito do cuidado hospitalar. Há desafios que não estão presentes neste último, como a necessidade de dirigir; a comunicação via rádio e o manejo de pacientes em ambientes instáveis. Por isso, há uma necessidade de pesquisas no contexto pré hospitalar, porém o próprio contexto apresenta dificuldades e obstáculos a isso. Assim, o ideal seria a existência de laboratórios baseados em simulação pré hospitalar, os quais ainda são escassos, com a finalidade de aumentar o conhecimento científico acerca desse serviço[18]. Além disso, muitas vezes, o SAMU é chamado em ocorrências desnecessárias, se deslocando para o local, o que é inconveniente, pois poderia estar socorrendo outra vítima e evitando os gastos. Entende-se por demanda não pertinente (NP) toda a situação que gera um deslocamento ou atividade que não resulta em uma ação necessária, como por exemplo os trotes, chamadas telefônicas não adequadas e outras situações[17]. Desse modo, o desnecessário deslocamento de uma viatura prejudica o serviço, causa desgaste na equipe e repercute negativamente na qualidade do atendimento[12]. Outro ponto que pode contribuir para um transtorno no atendimento é a falha na integração entre os serviços de uma Unidade Básica de Saúde e o SAMU. Quando um paciente em crise aguda, por exemplo, é admitido em uma UBS há problemas em estabilizá-lo por falta de estrutura e aparato tecnológico o que leva à necessidade de transferência e remoção e neste momento pode ser difícil estabelecer as ações e condutas adequadas àquela situação[17]. Nesse contexto, constatou-se que os profissionais sustentam a concepção biomédica de organização do trabalho e priorizam o atendimento aos usuários com problemas graves, dificultando, assim, a integração com outros serviços de saúde[19]. O local do atendimento também pode ser considerado um desafio para a equipe de pré-atendimento. O primeiro entrave é a velocidade em que o veículo tem que se locomover e isso leva a um maior risco de acidentes. Essa alta velocidade está associada ao fato de que quanto mais rápido o paciente for atendido, melhor é o seu prognóstico. Porém o desrespeito no trânsito, a falta de sinalização e os buracos nas ruas e rodovias acabam por prejudicar esse deslocamento e são um fator estressor para os profissionais do APH[2]. O segundo entrave é o fato de que esse lugar pode não ser seguro para o atendimento, o que acaba por colocar a vida da equipe em risco[20]. Outro fator apontado pelos participantes de um dos estudos analisados como entrave para o atendimento é a ocorrência de violência ocupacional contra a equipe de socorristas, que se reflete por meio da constante exposição da integridade física, moral e psicológica dos profissionais do SAMU. Os cenários são diversos e vão desde a divulgação de sua imagem através de registros fotográficos por parte da população, até o risco de lesão corporal[2]. O estresse ocupacional foi evidenciado como um fator prejudicial à saúde desses trabalhadores, uma vez que pode resultar em uma disfunção no organismo. Os fatores que podem desencadear essa patologia são: a precariedade de recursos materiais, a interação e receptividades do serviço com outras instituições e os conflitos entre os próprios profissionais da equipe[12]. Um dos estudos mostrou que existem dificuldades encontradas entre paramédicos e enfermeiros dentro de uma equipe de APH. Contudo, apesar da rivalidade, o trabalho entre esses grupos se somam, gerando a troca de saberes entre eles, o que garante o aumento da qualidade e eficiência da equipe[21]. Ainda com relação à saúde dos componentes da equipe do APH, um dos artigos demonstrou que em uma amostra de 50 profissionais composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a maioria deles relatou ter sofrido algum tipo de lesão durante a prestação de serviço. Isso ocorre, pois em muitas ocasiões é exigida certa agilidade na realização dos procedimentos, ocasionando a adoção de posturas inadequadas e sobrecarga na musculatura devido a pacientes pesados[16]. Além disso, nesse mesmo estudo, percebeu-se que o profissional da fisioterapia, muitas vezes, possui maior afinidade para a realização de procedimentos e manobras respiratórias, além do manuseio de aparelhos ventilatórios, do que os outros

profissionais da equipe de APH[16]. Nesse sentido, ressalta-se a importância da inserção do fisioterapeuta no serviço, seja para a realização de exercícios laborais junto à equipe ou para o auxílio em determinados procedimentos, o que poderia beneficiar o atendimento. É válido ressaltar, também, um outro fator que dificulta o trabalho dos enfermeiros no APH: o estresse em decorrência de atendimento em condições críticas de saúde, medo de cometer um erro de plantão e incapacidade de tomar decisões em situações de emergência e parada cardiorrespiratória de pacientes[8]. Por esse motivo, o treinamento adequado da equipe de enfermagem, em especial daquela que atua em UTI e Emergência, é de extrema importância para o pronto atendimento.

Por fim, um dos estudos identificou as principais características de liderança que poderiam ser benéficas para um melhor preparo dos profissionais do APH[22]. Elas se relacionam com habilidades como consciência situacional, gerenciamento de tarefas, reconciliação de informações incongruentes, tomada de decisão e comunicação. Ressalta-se, portanto, a necessidade de se estimular essas características desde cedo na formação de profissionais de saúde sendo parte dos programas de treinamento, visto que, a prática do trabalho, exige o esforço coordenado de equipes multidisciplinares. Portanto, a equipe multidisciplinar deve agir de forma harmônica e sincronizada, tendo a consciência das etapas do atendimento, pois a recuperação do paciente depende desta atuação[14].

Conclusão

Em suma, fica evidente que as equipes de Serviços de Atendimento Pré-hospitalar possuem uma série de desafios que comprometem a qualidade dos serviços das equipes. Muitos dos fatores limitantes mencionados na revisão são, por sua vez, potencializadores de outros fatores estressores, o que acarreta um círculo vicioso de estresse entre os profissionais do Serviços de Atendimento Pré-hospitalar. Seguindo essa linha, é de grande importância a correção dos fatores que representam um desafio ao desempenho operacional das atividades prestadas por esses profissionais, no qual o diálogo entre a equipe e investimentos na correção estrutural de equipamentos e veículos de transporte, se fazem necessários, a fim de garantir a eficiência e agilidade dos serviços dessas equipes. Além disso, combater os fatores que potencializam os níveis de estresse entre esses profissionais, se torna fundamental para a manutenção de uma rotina sem conflitos entre os membros das equipes de atendimento pré- hospitalar, no intuito de conferir uma melhor qualidade vida aos profissionais envolvidos. Por fim, é válido apontar para a importância de uma equipe multidisciplinar, a qual tenha uma boa integração entre seus componentes e com outros serviços que possam interferir no atendimento.Assim, a inserção de outros profissionais na equipe, como o fisioterapeuta, além da valorização de técnicos, enfermeiros e motoristas pode ter efeitos benéficos no APH e, consequentemente, na sociedade.

Referências

1. Martins PP, Prado ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. Revista Brasileira de Enfermagem. 2003 ;56(1):71-5.
2. de Almeida RB, Álvares ADCM. Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura. Revista de Iniciação Científica e Extensão. 2019; 2(4):196-207.
3. da Silva Souza CF, do Carmo FJ. O Papel da Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Móvel de Urgência e Emergência. Revista Enfermagem e Saúde Coletiva. 2020;3(2):40-47.
4. Rocha PK, Prado MLD, Radünz V, Wosny ADM. Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica. Revista Brasileira de Enfermagem. 2003; 56(6):695-698.
5. 5 - dos Santos AP, Ferreira RB, Fonseca ED, Guimarães CF, de Carvalho LR, Oliveira RF, da Silva Oliveira E. Dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem no atendimento pré hospitalar. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2020 Jul 9(51):e3598.
6. 6- PRÉ-HOSPITALAR EN. Trauma cranioencefálico: intervenções do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar. Revista Recien. 2019;9(27):46-53.
7. - Mendes SS, Ferreira LRC, de Martino MMF. Identificação dos níveis de stress em equipe de

atendimento pré-hospitalar móvel. Estudos de Psicologia (Campinas).2011,28(2),199-208.
8. Rajabi F, Jahangiri M, Molaeifar H, Honarbakhsh M, Farhadi P. Occupational stress among nurses and pre-hospital emergency staff: application of fuzzy analytic hierarchy process (FAHP) method. Excli journal. 2018, 17: 808.
9. - Fortes AFA, Pires AO, Alkmin TB. Atuação nas bases operacionais de atendimento pré hospitalar: significados e sentimentos da equipe médica e de enfermagem. Enfermagem Brasil. 2020;10(2): 77-84.
10. - Bastos FJ, Dutra CD, Silva JL, Pacheco KC, Silva TN. Saúde mental no atendimento pré hospitalar móvel: Concepções de profissionais. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2016;(SPE4):17-24.
11. - Lopes WS. A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorespiratória: uma revisão de literatura. Ciência ET Praxis. 2018; 7(13):49-54.
12. - Sousa BVN, Teles JF, Oliveira EF. Perfil, dificultades y particularidades en el trabajo de los profesionales de atención prehospitalaria móvil: una revisión integradora. Revista Enfermería Actual. 2020;(8).
13. Pereira WADP, Lima MADDS. Prehospital teamwork life support service for traffic accident victims. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2009; 43(2): 320-327.
14. Santana LS, Lopes WS, Queiroz V. A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorrespiratória: uma revisão de literatura. Ciênc Praxis. 2014; 7(13):49-54.
15. Adão RDS, Santos MRD. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. Revista Mineira de Enfermagem. 2012;16(4):601-608.
16. - Fernandes JIP. Percepção dos profissionais de saúde sobre a inserção do fisioterapeuta no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Fisioterapia Brasil. 2018;19(5):242-251.
17. -Braga MDX, Ribeiro FMS, Roque SMB, de Moraes FV, de Santana, LWP, Lima, VS. Principais dificuldades do atendimento pré-hospitalar descritas pela produção científica nacional. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2019; (22): e703-e703.
18. Söderholm HM, Andersson H, Hagiwara MA, Backlund P, Bergman J, Lundberg L, Sjöqvist BA. Research challenges in prehospital care: the need for a simulation-based prehospital research laboratory. Advances in Simulation. 2019; 4(1):1-6.
19. - Garlet ER, Lima MADDS, Santos JLGD, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Texto & Contexto-Enfermagem. 2009;18(2):266-272.
20. Brown J, Sajankila N, Claridge JA. Prehospital assessment of trauma. Surgical Clinics. 2017;97(5):961-983.
21. Suserud BO, Haljamae H. Role of nurses in pre-hospital emergency care. Accident and Emergency Nursing. 1997; 5(3):145-151.
22. Crowe RP, Wagoner RL, Rodriguez SA, Bentley MA, Page D. Defining components of team leadership and membership in prehospital emergency medical services. Prehospital Emergency Care. 2017; 21(5):645-651.

ÍNDICE REMISSIVO

A

absenteísmo, 231, 247, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342
abusivos, 209, 210, 214, 215, 216
acadêmicos, 35, 70, 99, 102, 103, 104, 105, 106, 111, 125, 136, 137, 142, 145, 148, 150, 164, 181, 229, 231, 247, 261
acessibilidade, 32, 33, 34, 41, 96, 117, 170, 188, 301, 302, 329, 344, 348, 351, 353, 354
acessível, 18, 47, 73, 166
acesso, 5, 15, 18, 19, 24, 28, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 47, 50, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 101, 103, 114, 115, 116, 117, 124, 125, 126, 127, 132, 133, 160, 162, 163, 165, 166, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 224, 227, 241, 242, 243, 245, 266, 267, 269, 270, 273, 274, 275, 276, 281, 282, 284, 291, 292, 295, 299, 301, 303, 305, 310, 311, 316, 324, 325, 328, 329, 331, 332, 333, 343, 345, 347, 348, 351
acolhimento, 71, 72, 74, 95, 96, 145, 146, 147, 148, 149, 153, 159, 170, 174, 178, 180, 182, 188, 190, 191, 194, 195, 198, 199, 200, 203, 205, 206, 207, 214, 256, 266, 270, 288, 289, 290, 298, 299, 301, 302, 304, 309, 325, 348
AD, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 97, 156, 201, 277, 279, 296
adoecimento, 68, 90, 107, 108, 137, 155, 157, 170, 183, 189, 197, 285, 336, 339, 340, 341
adolescência, 76, 265
amostra, 32, 47, 78, 79, 88, 100, 101, 102, 103, 106, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 152, 164, 181, 219, 237, 243, 253, 269, 274, 275, 281, 308, 313, 343, 344, 345, 354, 355
amparo, 71, 73, 75, 214, 284, 290, 299, 300, 304, 324
ansiedade, 27, 76, 117, 129, 131, 133, 136, 154, 155, 163, 167, 181, 187, 213, 220, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 259, 261, 266, 267, 269, 280, 284, 292, 293, 294, 295, 316, 322, 336, 339, 341
antirretroviral, 15, 77, 81, 85, 86
APS, 38, 45, 50, 67, 114, 116, 119, 125, 126, 127, 190, 191, 227, 241, 244, 306, 312, 313, 315, 317, 318, 343, 345
arteterapia, 129, 130, 131, 133
assistência, 15, 16, 20, 27, 41, 44, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 59, 61, 64, 65, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 84, 85, 90, 91, 95, 97, 98, 105, 114, 116, 117, 118, 120, 124, 126, 131, 149, 150, 162, 163, 164, 174, 178, 181, 182, 188, 190, 191, 198, 204, 205, 207, 214, 217, 218, 219, 222, 231, 244, 247, 259, 262, 268, 273, 274, 276, 277, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 288, 289, 291, 295, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 306, 311, 313, 325, 332, 336, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 353
atendimento, 15, 16, 22, 27, 28, 32, 34, 37, 38, 39, 40, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 61, 68, 70, 71, 72, 74, 77, 78, 93, 94, 95, 96, 97, 114, 115, 116, 117, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 145, 146, 147, 148, 149, 158, 160, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 179, 180, 181, 182, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 198, 200, 201, 204, 205, 206, 218, 219, 220, 221, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 241, 242, 244, 256, 257, 258, 259, 260, 265, 266, 267, 268, 269, 277, 280, 282, 284, 285, 288, 289, 290, 301, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 312, 313, 319, 329, 336, 337, 340, 345, 348, 349, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357
ator, 145
autismo, 129, 131, 132, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327
autoconhecimento, 109, 129
autocuidado, 51, 77, 83, 84, 324, 325
automedicação, 15, 136, 141, 142, 143, 182, 259, 275, 276
autonomia, 33, 37, 44, 57, 66, 67, 68, 69, 75, 78, 110, 129, 131, 133, 173, 174, 178, 199, 205, 259, 274, 276, 284, 285, 288, 303, 304, 306, 319, 325, 339
autora, 5

C

carcerário, 87, 88, 89, 90, 91
cardíacas, 260, 312, 316
cardiovasculares, 25, 28, 187, 232, 241, 248, 260, 312, 317
carentes, 25, 32, 124
cidadania, 18, 57, 58, 61, 62, 65, 102, 171, 175
cidadão, 28, 42, 43, 50, 53, 60, 68, 99, 102, 166, 167, 313, 317
cidadãos, 26, 32, 42, 45, 58, 75, 93, 94, 95, 96, 127, 166, 173, 178, 206, 273, 284, 301, 331, 341
cinésica, 217, 218, 220
cirurgias, 95, 165, 166, 170, 174, 179, 182, 203, 205
clínico-epidemiológicas, 47
cognitivas, 117, 129, 132, 153
colonialismo, 65, 68
comunicação, 44, 45, 51, 65, 67, 78, 110, 114, 117, 118, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 132, 133, 146, 148, 150, 159, 160, 165, 190, 213, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 226, 227, 228, 229, 236, 241, 244, 252, 260, 280, 284, 291, 298, 302, 303, 313, 321, 322, 323, 324, 325, 348, 352, 355, 356
comunidade, 25, 35, 41, 49, 50, 53, 66, 68, 90, 95, 99, 100, 101, 102, 104, 153, 155, 162, 163, 166, 173, 178, 180, 182, 183, 187, 188, 190, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 204, 205, 209, 211, 213, 214, 226, 227, 230, 241, 261, 265, 268, 270, 282, 306, 309, 332, 333, 343
comunidades, 25, 28, 67, 87, 99, 102, 259, 265, 329, 331, 332, 333
conflitos, 28, 68, 104, 107, 109, 110, 111, 266, 283, 285, 287, 306, 309, 311, 340, 352, 355, 356
contingência, 118, 124
coronavírus, 114, 115, 119, 240, 241, 242, 244, 256, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 333
Covid, 16, 25, 28, 119, 241, 245, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 328, 329, 333, 334
COVID-19, 16, 106, 114, 116, 117, 118, 119, 126, 127, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 251, 252, 253, 254, 255, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335
crenças, 59, 65, 66, 152, 153, 154, 155, 157, 160, 210, 212, 284
crise, 15, 23, 28, 114, 119, 235, 236, 240, 241, 242, 243, 244, 251, 252, 257, 354, 355

critérios, 33, 38, 48, 59, 72, 76, 88, 115, 121, 124, 129, 130, 158, 162, 164, 174, 187, 195, 196, 200, 204, 210, 211, 217, 218, 225, 257, 266, 267, 274, 281, 293, 299, 300, 307, 308, 319, 321, 322, 323, 325, 329, 330, 337, 343, 344, 345
crônica, 21, 50, 83, 268, 275, 292, 295, 302, 303
cuidador, 59, 220, 221, 256, 261, 324
cultura, 23, 25, 29, 42, 59, 63, 65, 66, 67, 68, 87, 95, 131, 157, 173, 211, 221, 331, 332
culturais, 18, 62, 63, 66, 68, 69, 78, 95, 105, 153, 166, 190, 191, 198, 328, 329, 330, 332, 333
cultural, 32, 42, 57, 65, 67, 68, 69, 109, 129, 168, 173, 180, 190, 328
curativas, 18, 94
cursos, 99, 100, 111, 116, 120, 121, 125, 131, 137, 146, 180, 206, 221, 340

D

demandas, 18, 21, 22, 28, 33, 37, 38, 40, 58, 74, 95, 110, 116, 120, 163, 164, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 179, 180, 182, 190, 195, 198, 224, 229, 284, 301, 302, 328, 345
democráticos, 18
demografia, 32, 33, 318
demográfica, 21, 47, 87, 273
depressão, 27, 74, 76, 117, 129, 131, 133, 136, 153, 154, 155, 159, 160, 163, 167, 173, 179, 187, 189, 213, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 261, 266, 269, 284, 292, 294, 295, 311, 322, 332, 336, 339, 341
depressivos, 138, 139, 142, 146, 159, 168, 231, 235, 236, 237, 242, 247, 251, 252, 253, 294
dermatose, 292
descentralizado, 39, 47
desiguais, 32, 67
desinformação, 124, 127
desorganização, 18, 20
despreparo, 74, 93, 162, 168, 186, 187, 188, 189, 191, 220, 283
diagnósticas, 312, 318, 319
dignidade, 28, 74, 75, 178, 179, 280, 285, 325
direitos, 5, 17, 25, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 67, 71, 72, 73, 74, 75, 93, 95, 96, 162, 165, 166, 171, 173, 174, 175, 179, 183, 188, 190, 191, 193, 195, 197, 198, 201, 203, 204, 206, 207, 224, 245, 246, 284, 301, 321, 324, 325, 333, 337
diretrizes, 21, 22, 54, 62, 65, 67, 97, 98, 124, 166, 170, 173, 177, 187, 197, 198, 204, 206, 212, 224, 229, 269, 301, 302, 306, 307, 310, 312, 315, 319, 331, 349
distanciamento, 22, 42, 44, 105, 173, 187, 189, 224, 225, 229, 231, 232, 233, 234, 235, 240, 241, 242, 243, 247, 248, 249, 250, 251, 328, 329
doença, 24, 53, 59, 61, 65, 66, 67, 68, 69, 80, 81, 82, 83, 87, 88, 89, 90, 91, 94, 95, 96, 105, 107, 108, 110, 111, 115, 116, 125, 132, 133, 134, 145, 147, 151, 152, 154, 155, 157, 159, 160, 162, 163, 166, 170, 173, 182, 183, 188, 189, 198, 200, 211, 212, 221, 224, 228, 232, 235, 240, 241, 242, 243, 244, 248, 251, 256, 259, 260, 262, 268, 275, 276, 280, 284, 285, 288, 290, 292, 293, 294, 295, 309, 312, 323, 325, 328, 329, 331, 332, 336, 338, 339, 340, 341, 342
doenças, 19, 20, 21, 27, 30, 42, 47, 50, 51, 52, 58, 65, 73, 84, 85, 89, 94, 95, 98, 100, 107, 115, 120, 130, 132, 133, 151, 152, 155, 159, 163, 167, 173, 180, 182, 183, 187, 189, 190, 191, 195, 204, 224, 232, 234, 240, 241, 243, 244, 248, 249, 250, 256, 261, 266, 268, 269, 270, 273, 275, 276, 280, 288, 289, 292, 294, 312, 317, 322, 328, 329, 330, 331, 332, 336, 338, 339, 340, 341, 342
domiciliar, 15, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 68, 100, 103, 118, 156, 235, 251
dor, 16, 109, 110, 111, 145, 149, 219, 266, 268, 280, 282, 283, 284, 286, 312, 313, 315, 316, 317, 318, 319
doutor, 108, 145

E

educação, 15, 25, 27, 28, 29, 37, 38, 45, 50, 71, 91, 93, 102, 103, 104, 105, 110, 112, 114, 116, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 134, 161, 166, 175, 177, 178, 181, 186, 191, 192, 198, 200, 203, 221, 224, 228, 229, 235, 251, 258, 260, 261, 266, 276, 277, 286, 289, 290, 291, 298, 299, 300, 301, 303, 304, 305, 323, 324, 325, 328, 329, 331, 343, 353, 354
elite, 23, 56, 58, 60
emergência, 28, 51, 88, 109, 116, 119, 213, 244, 262, 263, 266, 268, 271, 312, 313, 315, 316, 317, 318, 319, 328, 338, 342, 351, 352, 353, 354, 356, 357
emergencial, 38, 312, 316
emocional, 48, 53, 103, 105, 109, 110, 113, 129, 130, 131, 132, 148, 152, 162, 163, 194, 212, 214, 219, 220, 221, 231, 235, 236, 245, 247, 251, 252, 256, 261, 262, 268, 276, 283, 284, 298, 323, 339, 341
emprego, 37, 71, 73, 75, 127, 172, 218, 331, 349
enfermagem, vi, ix, xi, 16, 23, 49, 50, 51, 54, 63, 86, 90, 95, 121, 123, 126, 150, 174, 224, 258, 266, 268, 280, 282, 284, 285, 286, 288, 289, 290, 291, 307, 311, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 350, 351, 353, 354, 355, 356, 357
enfermarias, 51, 145, 242
enfermeiros, 20, 33, 37, 38, 52, 84, 95, 154, 218, 222, 224, 256, 258, 261, 262, 280, 283, 284, 287, 288, 290, 309, 315, 319, 353, 355, 356
enfermidades, 25, 28, 108, 231, 237, 247, 253
ensino, 19, 51, 70, 71, 75, 99, 103, 112, 122, 123, 125, 134, 147, 149, 158, 164, 168, 171, 180, 183, 191, 291, 301, 302, 304, 316, 325, 348
epidemias, 18, 19, 29, 328, 329, 332
epidemiológico, 25, 35, 84, 85, 91, 133, 137, 165, 224, 269, 331
equidade, 18, 21, 32, 34, 38, 40, 43, 44, 61, 67, 68, 72, 74, 76, 116, 117, 120, 145, 169, 170, 171, 173, 183, 184, 186, 188, 190, 191, 199, 201, 207, 224, 273, 288, 302, 306, 309, 313
escolares, 134, 265
espirituais, 147, 155, 159, 160, 280
espiritual, 59, 68, 108, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 159, 160, 235, 251, 280, 283, 284, 285
espiritualidade, 15, 133, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 235, 251, 283, 284
esquizofrenia, 129, 131, 132
estereotipados, 298, 303, 321, 323
estereótipos, 65, 66, 122, 182, 199, 204
estratégias, 15, 33, 36, 40, 44, 46, 47, 52, 65, 76, 77, 84, 87, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 103, 105, 114, 115, 119, 133, 136, 137, 143, 152, 181, 197, 204, 209, 228, 229, 231, 236, 237, 241, 247, 252, 253, 259, 269, 279, 295, 299, 303, 306, 313, 324, 325, 336, 340, 343, 344

estresse, 27, 94, 95, 107, 117, 132, 137, 145, 154, 155, 167, 231, 232, 235, 236, 242, 243, 244, 247, 248, 251, 252, 259, 261, 262, 270, 284, 290, 292, 294, 295, 322, 336, 339, 341, 351, 352, 353, 354, 355, 356
estudantes, 15, 16, 36, 39, 40, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 119, 121, 132, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 158, 165, 166, 173, 180, 181, 191, 206, 218, 221, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 258, 260, 270, 324
estudos, 33, 36, 44, 51, 69, 71, 72, 77, 79, 82, 83, 84, 87, 88, 91, 93, 94, 96, 101, 102, 109, 116, 122, 125, 127, 137, 143, 146, 151, 152, 158, 159, 160, 162, 164, 166, 168, 174, 178, 180, 183, 190, 192, 195, 196, 204, 214, 215, 218, 219, 220, 221, 226, 232, 235, 236, 237, 241, 248, 251, 252, 253, 256, 257, 258, 259, 262, 266, 269, 274, 275, 281, 283, 292, 293, 294, 295, 298, 299, 300, 307, 308, 313, 314, 318, 323, 328, 329, 330, 331, 333, 337, 341, 344, 345, 352, 355, 356
étnicas, 18, 68, 153
exclusão, 18, 26, 47, 48, 56, 57, 59, 62, 73, 88, 94, 96, 109, 115, 130, 158, 162, 164, 166, 175, 182, 189, 190, 194, 195, 196, 198, 199, 204, 210, 211, 213, 217, 225, 257, 267, 274, 293, 300, 307, 308, 337, 343, 344, 345
execução, 28, 42, 44, 45, 65, 67, 94, 116, 131, 195, 200, 214, 229, 282, 300, 309, 332, 339, 340, 343, 344, 349
extensão, 42, 51, 99, 101, 103, 125, 126, 344, 348

F

família, 19, 28, 29, 35, 39, 41, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 64, 85, 95, 107, 109, 122, 128, 133, 151, 159, 175, 183, 189, 190, 201, 205, 212, 219, 226, 227, 230, 235, 240, 243, 251, 256, 261, 265, 266, 268, 270, 276, 280, 282, 283, 284, 285, 287, 301, 303, 304, 306, 307, 309, 319, 321, 323, 324, 325, 326, 339
farmacêuticos, 16, 256, 258, 259, 288, 343, 345, 346, 347, 348, 349, 350
feminino, 36, 60, 73, 82, 100, 136, 138, 139, 142, 143, 158, 172, 174, 180, 189, 194, 199, 206, 209, 233, 249, 273, 275, 295, 339
financeiros, 32, 34, 37, 40, 42, 43, 45, 172, 212, 290, 303, 340, 344, 349
física, 5
fisioterapeutas, 52, 256, 258, 259, 260, 284, 288, 321, 324
fonoaudiólogos, 321

G

gênero, 26, 64, 85, 100, 162, 163, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 191, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 209, 214, 215, 266, 269, 295, 339
gestantes, 37, 38, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 85, 110, 261, 348
governantes, 19, 25, 29, 39, 44
grave, 27, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 240, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 256, 261, 267, 309, 312, 322
gravidade, 117, 118, 235, 240, 251, 261, 289, 298, 312, 322

H

habilidades, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 120, 122, 129, 133, 145, 146, 148, 149, 150, 159, 160, 235, 251, 290, 298, 303, 304, 307, 321, 322, 323, 324, 356
heteronormativo, 170, 211
higiene, 19, 23, 26, 73, 87, 89, 90, 94, 220, 244, 259, 290, 303, 331, 332
histórico, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 53, 57, 62, 64, 66, 129, 167, 190, 195, 224, 237, 253, 267, 268, 269, 270, 281, 316
HIV, 15, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 90, 156, 162, 163, 165, 166, 167, 171, 186, 189
holística, 65, 104, 152, 155, 157, 159, 160, 309, 319, 343
hospitais, 19, 20, 26, 27, 47, 56, 61, 62, 63, 106, 109, 110, 146, 205, 219, 266, 268, 315, 316, 317, 318
hospital, 15, 35, 47, 51, 52, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 110, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 218, 219, 226, 227, 266, 271, 276, 278, 288, 289, 290, 315, 317, 318, 338, 341, 342, 352, 353, 354, 357
hospitalar, 16, 41, 47, 48, 49, 51, 53, 61, 66, 108, 145, 146, 148, 149, 174, 179, 181, 185, 205, 245, 259, 260, 266, 267, 271, 276, 288, 289, 291, 301, 337, 338, 341, 342, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357
hospitalização, 145, 256, 312
hostilidade, 93, 94, 188, 198, 200
humanização, 48, 50, 61, 104, 105, 111, 145, 146, 147, 149, 153, 154, 156, 163, 170, 179, 191, 194, 198, 203, 206, 219, 282, 286, 346
humanizar, 104, 147, 306
humanos, 32, 37, 38, 40, 58, 71, 72, 75, 79, 110, 152, 171, 173, 178, 183, 201, 203, 207, 219, 226, 228, 244, 245, 246, 256, 330, 334, 343, 345, 347, 348, 349, 353, 354

I

idiossincrasia, 65, 68
implementação, 18, 38, 43, 45, 47, 91, 97, 122, 132, 170, 181, 186, 190, 198, 201, 225, 227, 230, 231, 236, 247, 252, 282, 283, 287, 288, 290, 308, 309, 333, 344, 348, 349
imunológica, 77, 328, 331
inclusão, 15, 16, 26, 33, 47, 48, 50, 61, 67, 68, 72, 88, 93, 115, 121, 129, 130, 131, 132, 133, 143, 158, 162, 164, 171, 172, 181, 187, 195, 196, 197, 198, 203, 204, 206, 210, 211, 217, 218, 225, 237, 253, 257, 266, 267, 274, 281, 293, 300, 302, 303, 304, 305, 307, 308, 321, 324, 330, 337, 343, 344, 345
inclusivo, 17, 47, 53, 149, 192, 198, 280, 290
indígena, 15, 16, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 328, 329, 330, 331, 332, 333
indígenas, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 328, 329, 330, 331, 332, 333
ineficazes, 18, 199, 302
ineficiência, 18, 53, 71, 190, 339
infância, 29, 66, 67, 265, 268, 270, 298, 321
inflamatória, 260, 292
integralidade, 18, 21, 32, 42, 43, 45, 47, 54, 61, 120, 125, 147, 152, 156, 162, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 184, 188, 190, 191, 199, 201, 207, 220, 224, 226, 229, 273, 277, 284, 288, 291, 302, 306, 307, 309, 313, 349
integralização, 47, 48
integrativa, 15, 16, 32, 33, 54, 69, 83, 84, 87, 88, 91, 97, 105, 118, 119, 130, 151, 156, 184, 195, 208, 217, 256, 257, 262, 265, 266, 281, 282, 283, 286, 298, 299, 300, 303,

304, 312, 318, 320, 327, 336, 337, 341, 343, 344, 345, 350, 352, 354
intelectual, 56, 130, 322, 323
internação, 15, 53, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 66, 153, 242, 267, 275, 276, 288, 290
internações, 35, 53, 56, 62, 63, 310
interpessoais, 59, 108, 129, 133, 219
intervenção, 56, 83, 129, 132, 146, 153, 160, 172, 180, 199, 226, 228, 240, 241, 244, 261, 265, 266, 267, 268, 270, 302, 313, 321, 322, 323, 324, 351, 353
isolamento, 19, 57, 58, 61, 62, 63, 95, 114, 117, 118, 119, 187, 213, 231, 232, 233, 234, 235, 240, 241, 242, 243, 244, 247, 248, 249, 250, 251, 290, 292, 328, 329, 330, 331, 332

J

jovens, 25, 26, 29, 82, 99, 100, 101, 102, 103, 136, 165, 166, 167, 183, 235, 251, 267, 270, 295, 299, 302, 324, 327

L

legislação, 18, 45, 61, 168, 170, 183
lésbicos, 209, 210, 211, 212, 214
LGBT, 15, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 179, 184, 187, 190, 192, 193, 197, 198, 200, 201, 203, 205, 207
LGBTQIA+, 15, 179, 180, 182, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201
loucura, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64

M

médica, 16, 20, 23, 32, 33, 39, 41, 59, 65, 67, 68, 69, 71, 78, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 112, 113, 116, 117, 124, 129, 136, 137, 142, 143, 144, 147, 148, 149, 151, 152, 154, 157, 158, 159, 160, 163, 166, 168, 177, 178, 181, 182, 183, 189, 191, 194, 195, 197, 198, 202, 204, 205, 222, 228, 244, 266, 268, 288, 289, 290, 291, 295, 299, 323, 357
medicamentos, 39, 51, 65, 77, 83, 84, 87, 90, 137, 138, 143, 163, 166, 232, 242, 244, 248, 259, 261, 269, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 285, 301, 302, 325, 343, 344, 345, 347, 348, 349
medicina, vi, viii, ix, x, xi, xii, xiii, xiv, 15, 18, 19, 27, 28, 36, 39, 47, 49, 65, 104, 106, 107, 112, 113, 115, 116, 119, 121, 123, 129, 130, 131, 134, 136, 137, 138, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 152, 154, 155, 157, 158, 159, 164, 180, 181, 183, 191, 202, 207, 218, 219, 226, 236, 237, 246, 252, 253, 257, 258, 260, 261, 262, 264, 273, 274, 303
Medicina, vi, 7, viii, ix, x, xi, xii, xiii, xiv, 15, 19, 22, 41, 89, 91, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 117, 119, 123, 124, 127, 137, 143, 144, 146, 149, 150, 158, 173, 174, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 187, 191, 203, 206, 207, 230, 240, 241, 244, 246, 264, 291, 310, 311, 315, 341
médicos, 19, 20, 23, 27, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 52, 59, 60, 65, 66, 67, 68, 90, 95, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 119, 122, 125, 126, 127, 128, 147, 154, 157, 159, 160, 164, 165, 173, 175, 181, 189, 191, 195, 198, 201, 202, 204, 207, 219, 224, 230, 244, 256, 261, 262, 269, 280, 283, 285, 288, 289, 290, 292, 308, 309, 315, 316, 321, 325, 331, 355
mental, 15, 16, 27, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 76, 90, 93, 94, 95, 112, 117, 119, 131, 136, 138, 143, 156, 157, 161, 172, 178, 179, 184, 213, 215, 226, 227, 230, 231, 232, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 247, 248, 251, 252, 253, 254, 255, 259, 262, 263, 264, 268, 269, 270, 271, 290, 292, 295, 296, 300, 301, 302, 304, 316, 323, 326, 331, 335, 339, 357
mídias, 231, 232, 247, 248
minorias, 25, 26, 56, 57, 59, 60, 62, 180, 187, 195, 328
monitoramento, 34, 87, 93, 116, 117, 118, 180, 198, 244, 258, 259, 260, 267, 333
moradia, 47, 71, 87, 93, 243, 301
mortalidade, 25, 28, 73, 84, 90, 160, 240, 258, 267, 276, 331, 351
mortes, 19, 25, 27, 30, 117, 130, 189, 236, 237, 242, 252, 253, 265, 266, 268, 328, 329, 332
mulheres, 35, 60, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 82, 83, 99, 110, 142, 143, 144, 165, 167, 175, 181, 182, 187, 189, 193, 196, 197, 199, 200, 205, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 222, 226, 227, 243, 260, 266, 269, 270, 275, 292, 294, 295, 315, 348
multidisciplinar, 15, 16, 17, 32, 47, 51, 53, 93, 94, 95, 96, 120, 121, 124, 126, 148, 149, 157, 158, 170, 173, 174, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 206, 217, 218, 219, 222, 225, 226, 227, 229, 231, 237, 240, 241, 243, 244, 247, 253, 256, 257, 258, 261, 262, 266, 267, 270, 273, 276, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 288, 289, 290, 292, 293, 295, 298, 299, 300, 302, 303, 304, 305, 307, 312, 313, 317, 318, 321, 322, 323, 325, 333, 349, 351, 352, 353, 354, 356, 357
multidisciplinaridade, 15, 16, 194, 195, 196, 240, 241, 242, 257, 265, 273, 277, 284, 300, 321
multiprofissional, 16, 33, 68, 69, 96, 120, 121, 122, 124, 132, 134, 160, 179, 196, 217, 219, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 235, 251, 257, 262, 265, 266, 277, 280, 281, 282, 284, 286, 288, 289, 290, 291, 301, 319, 351
música, 15, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 148, 303
musicoterapia, 129, 130, 131, 132, 133, 299

N

negras, 25
neoplasias, 25, 28
neurobiológico, 321
neurociência, 129, 130, 131, 134
neurocientíficos, 129, 130
neuroplasticidade, 129, 131, 132, 133
neuropsiquiátrico, 298

O

ocupacionais, 231, 237, 247, 253, 256, 258, 259, 325, 336, 337, 338, 339, 341
orçamento, 20, 25, 29

P

paciente, 15, 16, 39, 43, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 59, 65, 66, 67, 68, 69, 78, 79, 82, 83, 90, 96, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 115, 116, 117, 118, 120, 125, 127, 131, 132, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 163, 165, 166, 167, 173, 177, 179, 181, 182, 188, 189, 195, 200, 203, 204, 205, 217,

218, 219, 220, 221, 222, 228, 231, 240, 247, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 264, 266, 269, 270, 273, 274, 276, 277, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 288, 289, 290, 292, 294, 295, 298, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 312, 313, 315, 316, 317, 319, 321, 323, 324, 325, 336, 337, 338, 342, 353, 354, 355, 356
pacientes, 15, 29, 47, 51, 52, 54, 58, 59, 61, 66, 67, 70, 77, 78, 83, 85, 95, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 125, 126, 128, 129, 132, 133, 134, 136, 138, 145, 146, 147, 148, 149, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 164, 165, 167, 168, 170, 173, 175, 180, 181, 182, 186, 187, 189, 191, 195, 198, 199, 200, 203, 204, 205, 206, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 226, 228, 229, 232, 236, 240, 241, 242, 244, 248, 252, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 274, 275, 276, 277, 280, 282, 283, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 299, 300, 301, 302, 304, 312, 315, 316, 317, 318, 319, 321, 322, 324, 325, 331, 339, 341, 345, 348, 353, 354, 355
palhaço, 145, 146, 147, 148, 149
paliativos, 16, 51, 150, 156, 226, 227, 230, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287
pandemia, 16, 25, 28, 30, 106, 108, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 125, 126, 127, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 256, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 328, 329, 330, 331, 332, 333
paternalismo, 42, 65, 66, 67, 68
patologia, 56, 58, 73, 108, 112, 136, 151, 242, 323, 324, 325, 339, 355
paz, 25, 29, 153
pediátricos, 258, 280, 281, 282, 283, 285, 286, 287
perda, 67, 213, 231, 235, 247, 251, 284, 290, 322, 333, 343
pintura, 129, 130, 131, 303
polifarmácia, 273, 274, 275, 276, 277, 278
política, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 34, 42, 46, 51, 58, 62, 64, 67, 71, 74, 96, 116, 122, 153, 163, 170, 171, 180, 190, 191, 197, 198, 201, 207, 224, 236, 252, 301, 303, 304, 306, 311, 328, 334
políticas, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 29, 33, 34, 36, 42, 43, 45, 51, 52, 53, 57, 65, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 85, 88, 90, 93, 94, 96, 101, 131, 147, 162, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 175, 183, 186, 190, 191, 194, 195, 196, 197, 199, 201, 204, 205, 207, 229, 243, 276, 298, 299, 300, 304, 309, 328, 331, 332, 333, 344, 348, 349
população, 15, 16, 19, 21, 22, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 47, 48, 50, 51, 53, 56, 57, 65, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 100, 124, 131, 137, 143, 153, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 214, 224, 227, 232, 235, 236, 237, 240, 241, 242, 243, 244, 248, 251, 252, 253, 256, 259, 260, 262, 265, 266, 268, 270, 273, 274, 275, 276, 277, 282, 289, 292, 294, 295, 300, 302, 306, 308, 312, 318, 319, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 336, 340, 343, 347, 348, 353, 354, 355
precária, 93, 165, 303, 339, 340
precoce, 36, 52, 73, 77, 88, 90, 111, 116, 126, 136, 137, 143, 260, 265, 280, 285, 292, 298, 301, 302, 303, 305, 312, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 351
preconceito, 62, 71, 72, 73, 74, 93, 96, 162, 163, 165, 168, 170, 172, 173, 175, 179, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 203, 204, 210, 215, 299
pré-natal, 15, 42, 43, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 291
prevenção, 16, 37, 38, 47, 60, 74, 83, 84, 88, 89, 95, 96, 118, 120, 125, 126, 143, 151, 152, 166, 167, 170, 172, 179, 190, 199, 209, 214, 224, 228, 236, 240, 241, 242, 243, 244, 252, 259, 260, 265, 266, 268, 269, 270, 273, 280, 283, 284, 287, 288, 289, 290, 306, 309, 312, 313, 325, 329, 331, 332, 340, 343
preventivas, 18, 27, 37, 38, 58, 71, 213, 214, 241, 259, 277, 289
primária, 15, 16, 37, 38, 40, 41, 47, 50, 51, 53, 65, 66, 67, 69, 71, 72, 96, 114, 117, 118, 124, 125, 126, 128, 138, 170, 174, 177, 181, 183, 186, 187, 188, 192, 224, 242, 259, 261, 276, 278, 291, 306, 307, 311, 312, 313, 320, 338, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350
prisional, 15, 87, 88, 89, 90, 91, 92
profissão, 108, 110, 121, 146, 179, 224, 225, 284, 339
prognóstico, 90, 151, 167, 221, 240, 261, 266, 280, 285, 312, 313, 316, 318, 319, 322, 355
propostas, 42, 44, 45, 50, 51, 56, 60, 71, 162, 163, 167, 171, 174, 198, 209, 210, 229, 311, 333
protocolos, 51, 65, 125, 191, 192, 241, 282, 312, 313, 318, 319, 353, 354
proxêmica, 217, 218, 220, 221
psicológicos, 78, 105, 107, 117, 199, 209, 210, 212, 213, 214, 219, 224, 225, 236, 241, 242, 252, 259, 262, 280, 293, 352
psicólogos, 90, 95, 154, 173, 200, 236, 237, 241, 244, 252, 253, 256, 258, 259, 262, 280, 288, 290, 291, 295, 321, 325
psicomotricidade, 129, 131, 132, 133, 134, 327
psicopatologia, 56, 63, 235, 237, 251, 253
psicopatologias, 162, 232, 236, 248, 252
psicoses, 240, 242
psicotrópicos, 136, 137, 138, 142, 143
psiquiatria, 56, 265, 267, 298
psiquiátricas, 57, 269, 292
psiquiátricos, 16, 56, 58, 61, 62, 63, 64, 236, 252, 268, 269, 292, 293, 294, 295, 322, 353, 354
psoríase, 16, 292, 293, 294, 295
PSR, 93, 94, 95, 96

R

racismo, 25, 29, 30, 245
religião, 62, 64, 79, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 173, 180, 194, 206, 231, 232, 233, 234, 235, 247, 248, 249, 250, 251
restrições, 5, 47, 50, 51, 117, 240, 242, 257, 299, 313
restritivas, 18, 232, 248

S

sanitária, 18, 19, 22, 23, 27, 42, 240, 241, 242, 243, 244, 329, 330, 331, 343
Sars-Cov-2, 114
saúde, 5, vi, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 105, 106, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123,

124, 125, 126, 127, 128, 131, 133, 134, 136, 137, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 212, 213, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 275, 276, 277, 279, 280, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 295, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 315, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 324, 325, 328, 329, 331, 332, 333, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 347, 348, 349, 350, 351, 353, 354, 355, 356, 357
sintomas, 30, 68, 74, 77, 90, 117, 125, 126, 131, 133, 136, 137, 138, 139, 142, 144, 145, 146, 151, 153, 159, 219, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 240, 242, 243, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 256, 260, 262, 284, 289, 294, 295, 312, 315, 316, 321, 322, 323, 328, 354
sobreposição, 18, 182, 307
sociocultural, 32, 68, 129, 170, 313
sociodemográficas, 100, 231, 232, 247, 248
socioeconômicas, 34, 35, 72, 131, 144, 231, 247
socioeconômico, 18, 34, 35, 82, 294, 295, 329, 330, 348
sócio-histórica, 25
sociopolítica, 65
sofrimento, 28, 43, 61, 63, 76, 109, 110, 113, 136, 138, 144, 145, 147, 154, 155, 160, 166, 182, 183, 187, 189, 195, 197, 199, 218, 280, 284, 285, 292, 301, 313, 339, 340
sofrimentos, 90, 104, 199
suicidalidade, 265, 268, 269, 270
suicídio, 16, 179, 187, 231, 237, 242, 244, 247, 253, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271
SUS, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 61, 65, 67, 71, 72, 74, 75, 76, 88, 94, 95, 96, 97, 105, 114, 115, 117, 122, 124, 131, 134, 161, 163, 166, 168, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 224, 229, 231, 241, 245, 246, 247, 273, 277, 284, 288, 291, 298, 299, 301, 302, 306, 307, 309, 310, 313, 318, 344, 346, 347, 348, 349, 350
sustentabilidade, 47, 116, 347

T

taxas, 65, 67, 68, 90, 162, 165, 167, 173, 235, 242, 244, 251, 265, 266, 268, 269, 294, 299
taxêmica, 217, 218, 220
TEA, 132, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 321, 322, 323, 324, 325
técnica, 35, 42, 44, 45, 95, 112, 217
tecnologia, 104, 114, 117, 118, 126, 127, 176, 185, 227, 289, 332
tecnologias, 21, 42, 44, 45, 61, 114, 117, 118, 119, 124, 125, 126, 128, 172, 219, 236, 252, 344
teleconsulta, 114, 117, 118
teleconsultoria, 114, 124, 125, 126, 127, 128
telediagnóstico, 114, 124, 125, 126
teleeducação, 114
telemedicina, 15, 114, 115, 117, 118, 119, 124, 125, 126, 127, 244, 246
telemonitoramento, 114, 117, 118
telerregulação, 114
telessaúde, 114, 115, 116, 117, 118, 124, 125, 126, 127
terapeutas, 237, 253, 256, 258, 259, 325
terapêutica, 66, 68, 85, 88, 95, 106, 108, 129, 130, 131, 132, 133, 157, 174, 217, 219, 220, 221, 229, 276, 301, 324, 347, 348
terapêuticas, 95, 129, 131, 133, 174, 203, 214, 218, 280, 323
terapia, 15, 76, 77, 83, 85, 86, 97, 131, 132, 133, 146, 170, 173, 200, 218, 222, 226, 227, 230, 235, 242, 245, 251, 256, 258, 263, 282, 286, 295, 298, 299, 303, 324, 338
torácica, 16, 312, 313, 315, 316, 317, 318, 319
trabalho, 5
trans, 172, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 189, 193, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 208
transexuais, 162, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 186, 187, 188, 189, 194, 197, 199, 200, 201, 203, 204, 206, 207
transexual, 167, 170, 171, 173, 177, 178, 182, 183, 194, 204
transexualidade, 163, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 182, 185, 196, 199, 203, 204, 205, 207
transfobia, 175, 177, 182, 189, 200, 203
transgênero, 170, 171, 178, 180, 181, 184, 185, 194, 203, 204, 205, 206, 207
transgenitalização, 170, 174, 183, 199, 200, 205
transmissibilidade, 125, 240
transsexualizador, 203, 204, 205
transtorno, 16, 59, 132, 133, 142, 150, 159, 167, 172, 176, 177, 178, 182, 185, 236, 252, 259, 266, 268, 298, 299, 301, 302, 304, 305, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 355
travesti, 172, 177, 182, 183
treinamento, 20, 45, 104, 112, 117, 122, 124, 126, 127, 132, 133, 137, 164, 181, 228, 277, 309, 324, 353, 356
tristeza, 110, 149, 220, 231, 242, 247
tuberculose, 15, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94

U

universal, 17, 18, 27, 32, 43, 77, 127, 163, 178, 190, 195, 200, 206, 227, 230, 241, 273, 306, 318, 328, 331
universalidade, 18, 21, 24, 32, 42, 43, 71, 75, 94, 120, 164, 166, 167, 169, 170, 171, 173, 184, 188, 190, 197, 201, 204, 207, 224, 273, 288, 302, 306, 309
universitário, 99, 102, 142, 219, 290, 338, 341

V

vida, 19, 27, 29, 50, 53, 58, 61, 62, 65, 66, 67, 68, 73, 74, 76, 77, 82, 87, 90, 91, 93, 94, 95, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 110, 111, 120, 129, 130, 131, 132, 133, 137, 144, 145, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 159, 161, 165, 166, 171, 173, 175, 178, 189, 198, 200, 203, 207, 210, 213, 220, 222, 231, 232, 236, 237, 240, 243, 247, 248, 252, 253, 260, 265, 267, 268, 273, 274, 275, 277, 280, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 292, 294, 295, 298, 299, 301, 303, 306, 309, 312, 313, 315, 316, 321, 322, 324, 325, 331, 333, 336, 340, 353, 355, 356
violência, 15, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 49, 52, 57, 62, 63, 74, 76, 110, 165, 167, 171, 173, 175, 182, 190, 198, 199, 200,

203, 204, 206, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 226, 228, 242, 243, 244, 245, 246, 268, 306, 308, 351, 353, 355
violências, 25, 28, 57, 61, 94, 162, 168, 189, 203, 209, 210, 212, 213, 214
violentos, 16, 25, 209, 265, 266, 267, 268, 269, 270
vitalidade, 18
voluntárias, 99
vulnerabilidade, 15, 36, 38, 46, 67, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 82, 93, 94, 96, 101, 110, 111, 162, 163, 170, 171, 172, 174, 186, 190, 204, 213, 235, 243, 251, 268, 302, 328, 331, 332, 333
vulnerabilidades, 16, 72, 95, 162, 166, 167, 170, 173, 175, 190, 226, 328, 333

A saúde brasileira é única desde a sua origem. A conquista de um sistema universal, integral e igualitário foi resultante de lutas populares e reflexões de grandes sanitaristas. Contudo, esse sistema ainda possui grandes desafios em seu processo de afirmação.

O momento histórico atual exige que reflexões profundas, sobre o passado, o presente e o futuro, sejam feitas. É preciso compreender o processo de conquista de direitos e dele extrair lições para garantir que o Sistema Único de Saúde (SUS) persista forte e resistente às pressões.

Este livro, nascido do I Congresso Interdisciplinar da Área da Saúde (CIAM), busca contribuir para uma visão atemporal e multidisciplinar do SUS ao refletir sobre o histórico da saúde, as conquistas que o sistema trouxe e os desafios para conquistar o sistema desejado, pondo-se, portanto, como uma ferramenta para compreensão do presente e do futuro do sistema sanitário e, outrossim, para a sociedade brasileira.

Nós queremos um sistema de saúde multidisciplinar, inclusivo e plural e cada um desses capítulos apontam os caminhos que seguiremos.

ISBN 978-65-86212-76-1