

César Albenes de Mendonça Cruz  
Italla Maria Pinheiro Bezerra  
Janice Gusmão Ferreira de Andrade  
Roberta Ribeiro Batista Barbosa  
(Organizadores)

# POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL:

suas expressões no município  
de **Presidente Kennedy**



**Atena**  
Editora  
Ano 2024

César Albenes de Mendonça Cruz  
Italla Maria Pinheiro Bezerra  
Janice Gusmão Ferreira de Andrade  
Roberta Ribeiro Batista Barbosa  
(Organizadores)

# POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL:

suas expressões no município  
de **Presidente Kennedy**



**Atena**  
Editora  
Ano 2024

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2024 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2024 Os autores

Copyright da edição © 2024 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



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

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

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

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

**Conselho Editorial**

**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

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

Profª Drª Aline Alves Ribeiro – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
 Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade de Coimbra  
 Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
 Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
 Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
 Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí  
 Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Caroline Mari de Oliveira Galina – Universidade do Estado de Mato Grosso  
 Prof. Dr. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná  
 Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
 Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
 Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
 Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
 Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
 Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Eufemia Figueroa Corrales – Universidad de Oriente: Santiago de Cuba  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Pereira Martins – Instituto Federal do Amapá  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Geuciane Felipe Guerim Fernandes – Universidade Estadual de Londrina  
 Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
 Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
 Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco  
 Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
 Prof. Dr. Joachin de Melo Azevedo Sobrinho Neto – Universidade de Pernambuco  
 Prof. Dr. João Paulo Roberti Junior – Universidade Federal de Santa Catarina  
 Prof. Dr. Jodeylson Islony de Lima Sobrinho – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
 Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Abonizio – Universidade Federal de Mato Grosso  
 Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
 Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Farias Antero – Faculdade Maurício de Nassau  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Lisbeth Infante Ruiz – Universidad de Holguín  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre  
 Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais  
 Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Marcela Mary José da Silva – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande

- Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
- Profª Drª Mônica Aparecida Bortolotti – Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná
- Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
- Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
- Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
- Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
- Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
- Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
- Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro Oeste
- Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
- Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
- Profª Drª Vanesa Bárbara Fernández Bereau – Universidad de Cienfuegos
- Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
- Profª Drª Vanessa Freitag de Araújo – Universidade Estadual de Maringá
- Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Federal da Bahia
- Universidade de Coimbra
- Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
- Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

## Políticas públicas e desenvolvimento local: suas expressões no município de Presidente Kennedy

**Diagramação:** Nataly Evilin Gayde

**Correção:** Andria Norman

**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga

**Revisão:** Os autores

**Organizadores:** César Albenes de Mendonça Cruz  
Italla Maria Pinheiro Bezerra  
Janice Gusmão Ferreira de Andrade  
Roberta Ribeiro Batista Barbosa

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas públicas e desenvolvimento local: suas expressões no município de Presidente Kennedy / Organizadores César Albenes de Mendonça Cruz, Italla Maria Pinheiro Bezerra, Janice Gusmão Ferreira de Andrade, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.

Outra organizadora  
Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-2410-9

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.109242404>

1. Política pública - Presidente Kennedy/ES. I. Cruz, César Albenes de Mendonça (Organizador). II. Bezerra, Italla Maria Pinheiro (Organizadora). III. Andrade, Janice Gusmão Ferreira de (Organizadora). IV. Título.

CDD 351.8152

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

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



O Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES (EMESCAM) tem recebido do Município de Presidente Kennedy diversos alunos que são moradores e/ou servidores municipais, para se qualificarem. O Município conta com o PRODES (Programa de Desenvolvimento do Ensino Superior e Técnico no Município de Presidente Kennedy) que financia a formação de moradores e servidores com os recursos advindos dos royalties do Petróleo.

Sabemos que o acesso aos Programas de Mestrado e Doutorado no Brasil ainda é para poucos, pois ainda são escassos os Programas existentes; ou por serem centralizados nas capitais e em algumas cidades de médio porte em nosso país. Isso tudo torna mais difícil para pessoas do interior dos Estados poderem cursar estes Programas, isso sem contar com os problemas de deslocamento e os gastos com transporte e alimentação. Portanto, todas estas dificuldades devem ser levadas em consideração, quando constatamos o quanto foi importante para estes alunos terem cursado o Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM.

Nesse sentido, várias pesquisas foram realizadas, e algumas delas estão aqui apresentadas. Esta obra é uma contribuição destes alunos que cursaram o Mestrado, cujos resultados retornam ao município para que este pense, se organize e planeje suas ações para seguir seu desenvolvimento econômico, social e ambiental. Esperamos que o município possa oferecer cada vez mais políticas públicas de qualidade para sua população, já que que estes estudos apontaram problemas a serem enfrentados, e também propostas de melhoria das ações da gestão municipal.

Pensamos que o Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, além de ser um mestrado acadêmico comprometido com o estudo científico da realidade capixaba; precisa também contribuir para o desenvolvimento local dos municípios. Por isso, neste livro materializamos nosso compromisso acadêmico e prático com a realidade local do município de Presidente Kennedy.

O Município de Presidente Kennedy merece todo nosso agradecimento e nosso reconhecimento, por estar proporcionando a seus moradores e servidores municipais o acesso ao Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Ouso dizer, que o Município de Presidente Kennedy é um dos poucos municípios brasileiros que utilizou de maneira inteligente os seus recursos dos royalties do petróleo, investindo na qualificação de seus moradores e servidores, e pensando no seu futuro. E mais do que isso, hoje o Município de Presidente Kennedy conta com mais de 50 mestres em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, presentes nas mais diversas secretarias municipais, podendo contribuir de forma efetiva para melhorar a gestão na cidade.

Assim, esta obra é motivo de orgulho para o Município de Presidente Kennedy e também para os Professores, e a Coordenação do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento da EMESCAM.

Esperamos que o Município de Presidente Kennedy faça um bom proveito dos resultados das dissertações defendidas, e que elas ajudem a cidade a se tornar um local melhor para morar, trabalhar e viver.

**César Albenes de Mendonça Cruz**

**CAPÍTULO 1 ..... 1**

AGRICULTURA FAMILIAR E O PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY – ES

Helen Amaro Hernandez  
Helder Gomes  
Ana Maria Bartels Rezende  
Valmin Ramos da Silva  
Janine Pereira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1092424041>

**CAPÍTULO 2 ..... 11**

SÍNDROME DE BURNOUT E A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO ENTRE PROFESSORES DE UMA ESCOLA MUNICIPAL NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY


Pablo Alves de Souza  
Renato Almeida de Andrade  
César Albenes de Mendonça Cruz  
Maria Carlota de Rezende Coelho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1092424042>

**CAPÍTULO 3 ..... 21**

A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL PARA A GESTANTE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY

Gilciana Martins Benevides Machado  
Maria Helena Costa Amorim  
Valmin Ramos da Silva  
Solange Rodrigues da Costa Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1092424043>

**CAPÍTULO 4 ..... 33**

AÇÕES INTERSETORIAIS REALIZADAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM PRESIDENTE KENNEDY – ES


Zileidi Santos Faria Souza  
Maristela Dalbello-Araujo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1092424044>

**CAPÍTULO 5 ..... 48**

AÇÕES E SERVIÇOS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES EM PRESIDENTE KENNEDY

Jordana Ferraz da Silva  
Sílvia Moreira Trugilho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1092424045>


**CAPÍTULO 6 .....62****A REPRESENTAÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO PARA OS USUÁRIOS: A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY**

Bery Ornelas Porto Neto  
 Maristela Dalbello Araujo  
 Maria Ângela Carvalho Andrade  
 Valmin Ramos da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1092424046>

**CAPÍTULO 7 .....73****MORTALIDADE E ANOS POTENCIAL DE VIDAS PERDIDAS NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY (2009 a 2019)**

Bianca Nunes Burguez  
 Eliane de Fátima Almeida Lima  
 Italla Maria Pinheiro Bezerra  
 Maria Carlota de Rezende Coelho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1092424047>


**CAPÍTULO 8 .....83****SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE KENNEDY**

Keila Rossi Franzagua Machado  
 Gracielle Pampolim  
 Luciana Carrupt Machado Sogame

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1092424048>


**CAPÍTULO 9 .....95****DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO: LEIS PROTETIVAS E PROJETOS DE ACESSIBILIDADE NO MUNICÍPIO PRESIDENTE KENNEDY-ES**

Fabiana Batista Ferreira  
 Cenira Andrade de Oliveira  
 Luciana Carrupt Machado Sogame  
 Janice Gusmão Ferreira de Andrade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1092424049>

**CAPÍTULO 10..... 107****A EQUOTERAPIA NO CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA E CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Joice Kelli Mendes Viana Baiense  
 Roberta Ribeiro Batista Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.10924240410>

**SOBRE OS ORGANIZADORES .....116**

## AGRICULTURA FAMILIAR E O PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY – ES

*Data de aceite: 01/03/2024*

**Helen Amaro Hernandes**

**Helder Gomes**

**Ana Maria Bartels Rezende**

**Valmin Ramos da Silva**

**Janine Pereira da Silva**

O programa de alimentação escolar no âmbito nacional foi estruturado na década de 1950, representando importante estratégia de suplementação alimentar do governo federal, no domínio das políticas social e assistencial. Em 1979, o programa teve seu nome mudado, tornando-se Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) com objetivo de oferecer alimentação saudável e ações de educação alimentar e nutricional a estudantes da educação básica, a fim de atender as necessidades nutricionais e contribuir para o crescimento, desenvolvimento, aprendizagem e maior rendimento escolar (BRASIL, 2009).

O PNAE é o programa federal mais antigo de alimentação escolar e de

Segurança Alimentar e Nutricional, estando entre os mais abrangentes e de maior alcance de todo o mundo no atendimento de estudantes para garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Atualmente, “são mais de 50 milhões de refeições servidas diariamente para 42 milhões de alunos da rede pública da educação básica em todo país” (BRASIL, 2009).

O programa busca influir na produção, acesso e consumo, objetivando o oferecimento de uma alimentação saudável aos escolares e o estímulo da agricultura familiar em todo o país. Busca, ainda, reduzir a pobreza e a insegurança alimentar, reorganizando as comunidades e incentivando a organização e associação das famílias agricultoras, em busca de dinamizar as economias locais (MALAGUTI, 2015; BRASIL, 2016).

A conexão entre a agricultura familiar e a alimentação escolar fundamenta-se nas diretrizes estabelecidas pelo PNAE, em especial, no que tange ao emprego da alimentação saudável e adequada, o que

ocorre através da variedade e segurança dos alimentos e, ao mesmo tempo, respeitando os hábitos alimentares e apoiando o desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2009; 2016).

Apesar da amplitude econômica e social do PNAE, existem muitos desafios para as organizações produtivas da agricultura familiar para inserção e participação nesta reserva de mercado criada pela Lei Nº 11.947/09, em especial, nas regiões metropolitanas do Brasil. Isso acontece em decorrência do processo de urbanização que ocasiona menor quantitativo de agricultores familiares locais nestas regiões, além dos desafios operacionais do programa que incluem falta de conhecimento em relação ao PNAE e ao mercado, carências de estruturas e logística, ausência de articulação com outras políticas públicas, falta de vontade política dos atores governamentais, escassez de produtos na região, dentre outros (MALAGUTI, 2015).

O PNAE estimula a alimentação saudável, com alimentos *in natura*, obtidos da agricultura familiar, a fim de possibilitar não somente a melhoria das economias locais, mas também a promoção de mudanças na realidade social do país, possibilitando que as culturas sazonais, diversificadas e com vínculos regionais, desenvolvidas pelos agricultores familiares, passassem a fazer parte do consumo pelos estudantes da rede pública de todo o território nacional, através de um cardápio diversificado, desenvolvendo hábitos saudáveis de alimentação (CALIXTO *et al.*, 2021).

Esta pesquisa se justifica pela importância de se integrar as políticas públicas voltadas à criação de mercados da agricultura familiar com aquelas voltadas à inclusão social, quebrando a cadeia do agronegócio, preponderante no Brasil, e impactando favoravelmente o desenvolvimento local, ao integrar as dimensões econômicas, políticas, sociais, ambientais e de saúde (MOSSMANN *et al.*, 2017).

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar o Programa Nacional de Alimentação Escolar, na perspectiva da diversificação da produção agropecuária da agricultura familiar e da demanda do Programa de Alimentação Escolar em um município do estado do Espírito Santo.

Trata-se de estudo exploratório, descritivo-analítico, com abordagem quanti-qualitativa, utilizando como técnica a análise documental. Para identificar a demanda do Programa de Alimentação Escolar em relação aos produtos da agricultura familiar foram analisados os cardápios, no setor de alimentação escolar, e as notas fiscais da prestação de contas das verbas destinadas ao PNAE, no setor financeiro, observando os produtos constantes da agricultura familiar adquiridos ao longo dos anos de 2018 e 2019 no município de Presidente Kennedy, Espírito Santo.

Para avaliar a diversidade e a quantidade de gêneros alimentícios disponibilizados pela agricultura familiar para a alimentação escolar, realizou-se visita *in loco* ao setor de prestação de contas da Secretaria Municipal de Educação, para obtenção das notas fiscais contendo todos os gêneros alimentícios adquiridos para a alimentação escolar entre 2018 e 2019, com descrição detalhada do produto, valor unitário e total adquirido.

Os dados relativos aos repasses de verbas destinadas à alimentação escolar pelo PNAE ao município em estudo foram buscados junto ao site do Fundo nacional de Desenvolvimento de Educação (FNDE), por apresentar informações oficiais e, portanto, confiáveis.

Para identificar a diversidade e a quantidade de gêneros alimentícios disponibilizados pela agricultura familiar para a alimentação escolar é importante descrever de que forma ocorre o processo para a aquisição destes gêneros. Assim, de acordo com o setor de alimentação da secretaria municipal de educação, em uma reunião do setor de alimentação escolar com os agricultores é feito um mapeamento dos produtos oferecidos pela agricultura familiar local, a safra e o quantitativo previsto para atender o próximo ano letivo. Identificados os produtos, é elaborado o cardápio, sempre levando em conta os hábitos alimentares locais, a sazonalidade dos produtos e o segmento de ensino a ser atendido.

Os cardápios, seguindo as orientações do PNAE, são elaborados após os nutricionistas realizarem um levantamento dos produtos disponíveis pela agricultura familiar na localidade, sendo, portanto, feitos preferencialmente de acordo com os produtos disponíveis pela agricultura familiar nas safras dos anos posteriores, com discriminação de quantidade, frequência da entrega e especificação da qualidade mínima exigida, de modo a utilizar os produtos que os agricultores poderão oferecer, fomentando a demanda por gêneros alimentícios locais.

Assim, a partir da identificação dos produtos disponíveis pela agricultura familiar, os cardápios são elaborados. A identificação do quantitativo a ser adquirido pelo Programa de Alimentação Escolar em relação aos produtos da agricultura familiar é feita após a organização dos cardápios, quando a equipe de nutricionistas realiza os cálculos para identificar os produtos necessários para atender os educandos no ano letivo, considerando o número de matrículas regulares. No município, o setor de Alimentação Escolar é responsável pelo PNAE, contando com três nutricionistas responsáveis pela elaboração dos cardápios das 20 escolas municipais, que atendem cerca de 3.016 estudantes, da Educação Infantil ao Ensino Fundamental (INEP, 2019).

Vale destacar que, ao serem organizados, os cardápios levam em conta questões dietéticas e de segurança alimentar no seu aspecto quantitativo e qualitativo, garantindo o percentual mínimo necessário às crianças. Assim, ao serem elaborados, os cardápios visam a questão energética e protéica (nutricional), sanitária, operacional e sensorial.

Neste contexto, após percorrer as etapas citadas, o município adquiriu da agricultura familiar os produtos disponíveis por esses agricultores que participaram da chamada pública nos anos de 2018 e 2019. Em relação aos produtos da agricultura familiar vendidos para a alimentação escolar nos anos de 2018 e 2019, estes consistiram em frutas, hortaliças, legumes e raízes tuberosas, discriminadas na Quadro 1, de acordo com o fornecimento para a alimentação escolar feito por cada agricultor e o ano da venda.

Quadro 1 – Produtos vendidos pela agricultura familiar para a alimentação escolar em Presidente Kennedy, ES, em 2018 e 2019

Produtor	Produtos oferecidos	
	2018	2019
Produtor 1	Salsa, couve, cebolinha, coco e abobrinha verde	-
Produtor 2	Mandioca, banana e abacaxi	-
Produtor 3	Salsa, cebolinha, alface, couve, coco, banana e mandioca	-
Associação	Cebolinha, couve, coentro, salsa, alface, milho verde, abacaxi, melancia, maracujá, mamão, limão, laranja, banana, coco, acerola, abóbora madura	Cebolinha, couve, coentro, salsa, alface, milho verde, abacaxi, melancia, maracujá, mamão, limão, laranja, banana, coco, acerola, abóbora madura, tomate, pimentão, batata doce, inhame, quiabo, cenoura, batata inglesa

Fonte: Elaborado pela primeira autora a partir das notas fiscais de prestação de contas

Observa-se que em 2018 participaram da chamada pública a Associação de Pequenos Agricultores do município e três produtores independentes, enquanto no ano de 2019 todas as compras foram realizadas através da referida associação, sem a participação de agricultores individuais (quadro 1). Isso aconteceu, de acordo com a análise das notas fiscais, onde estão discriminados os produtores fornecidos através da Associação, pelo fato dos agricultores individuais terem se filiado à mesma. Esse processo contribuiu para a organização dos pequenos agricultores.

A diversidade de produtos da agricultura familiar não se estende, ainda, à produção animal, que poderia ofertar carnes, ovos, laticínios, para a alimentação escolar. Sugere-se que estudos futuros possam verificar o porquê de não ocorrer este fomento à expansão da oferta de alimentos da produção pecuária, que poderiam fornecer produtos nutritivos e diversificados.

No ano de 2018, participaram da chamada pública 23 agricultores, sendo 20 através da associação e 3 de forma independente. Em 2019, foram 27 agricultores, todos ligados à associação. Ainda chama a atenção o pequeno número de agricultores que ofereceram seus produtos para o PNAE em 2018 e 2019, apesar de dados do Censo Agropecuário de 2017 sinalizarem que Presidente Kennedy – ES possui 1.570 propriedades, sendo 1.334 (85,0%) destas voltadas à agricultura familiar (IBGE, 2017).

Em Presidente Kennedy – ES, as chamadas públicas de 2018 e 2019 incluíram informações claras e específicas sobre o tipo e quantitativo de produtos a serem ofertados, os prazos e periodicidade das entregas, além dos valores pagos, o que pode ter contribuído para aquisição dos produtos da agricultura familiar para a alimentação escolar nos anos de 2018 e 2019.

Apesar disto, ocorreram entraves administrativos que acabaram por retardar a possibilidade de venda dos produtos da agricultura familiar para o PNAE em 2018, pois o



pedido de abertura da chamada pública, feito no dia 13/12/2017 através do Requerimento Interno N° 030972/2017, apresentou grande morosidade nos trâmites internos, e o documento chegou a permanecer por 69 dias em um único setor sem o devido despacho, e apenas em 04/09/2018 o edital foi autorizado. Com isso, as compras da alimentação escolar oriundas da agricultura familiar com verbas do PNAE só se efetivaram nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2018.

Esta tramitação ocorreu de forma mais célere no ano de 2019, sendo o pedido de abertura de chamada pública divulgado em 27/11/2018, através do Requerimento Interno N° 034203/2018, e concluído em 18/06/2019, tornando possível o fornecimento dos produtos da agricultura familiar para a alimentação escolar a partir de julho de 2019. No entanto, apesar de o período de compras de 2019 ter sido maior que o período de 2018, quando se analisa o número de produtores, observa-se que em 2019 somente a associação ASPEPRU-PK participou da chamada. E em relação ao quantitativo de produtos, identifica-se, também, que alguns tiveram redução na sua aquisição entre os anos analisados, enquanto outros tiveram aumento significativo, como se pode observar no quadro 2.

Quadro 2 – Produtos vendidos pela agricultura familiar para a alimentação escolar em Presidente Kennedy-ES, em 2018 e 2019, com recursos do PNAE

Produto	Unidade de medida	Quantidade	
		2018	2019
Abacaxi	Unidade	2.878	6.189
Coco		8.226	5.349
Milho verde		1.385	1.520
Mamão	Quilo	1.736	4.950
Melancia		2.335	714
Banana		3.551	2.617
Maracujá		1.517	756
Laranja		2.296	3.012
Limão		641	410
Acerola		400	166
Banana da terra		-	38
Abóbora madura		1.490	679
Abobrinha verde		125	653
Mandioca		1.715	2.531
Tomate		-	671
Pimentão		-	22
Batata doce		-	673
Inhame		-	211
Batata inglesa		-	45
Cenoura		-	49
Quiabo		-	92

Couve	Maço	1.911	2.286
Salsa		2.051	655
Cebolinha verde		3.554	4.981
Coentro		1.237	616
Alface		1.840	2.752

Fonte: Elaborado pela primeira autora a partir das notas fiscais de prestação de contas

Em relação à quantidade de produtos adquiridos em 2018 e 2019, observa-se que as frutas foram os alimentos comprados em maior volume, seguidos de verduras, legumes e raízes tuberosas. No ano de 2019, ocorreu uma maior diversidade dos produtos adquiridos, tendo sido incluídos mais oito (tomate, pimentão, inhame, batata inglesa, banana da terra, batata doce, cenoura e quiabo) que não constavam nas compras de 2018.

Em 2019, ao se analisar a prestação de contas, observa-se que os pagamentos à agricultura familiar ultrapassaram em muito os recursos recebidos pelo FNDE, somando R\$123.014,49, um gasto de R\$45.473,79 além dos valores recebidos, ou seja, 158% do total das verbas do PNAE e 128% acima do percentual mínimo definido na Lei Nº 11.947/2009 (Tabela 1). Assim, ao se somar os recursos residuais de 2018 ao montante recebido em 2019, obtém-se o valor de R\$ 226.593,56, sobre o qual, ao se incidir o valor gasto na agricultura familiar, obtém-se o percentual de 54,3%, demonstrando que o município ultrapassou o mínimo de 30% definido na Lei Nº 11.947/2009. A fim de maior clareza nos dados, a Tabela 1 apresenta os valores separadamente e de forma unificada.

Tabela 1 – Gastos com a agricultura familiar oriundos das verbas do PNAE no município de Presidente Kennedy-ES, em 2018 e 2019.

Ano	Total de recursos do PNAE	Valor dos gastos com a agricultura familiar	Percentual
2018	266.910,40	57.386,91	21,5
2019	77.540,70	123.014,49	158
2019 + sobra de verbas do PNAE 2018	226.593,56	123.014,49	54,3

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados disponíveis no site do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

Observou-se que o número de agricultores que participaram da venda de produtos ao PNAE foi muito baixo e que ações devem ser desenvolvidas para inseri- los no programa, diversificando ainda mais a compra de produtos e, conseqüentemente, enriquecendo a alimentação escolar. Por outro lado, a oferta de uma alimentação saudável, com alimentos frescos e de boa procedência, reduz a desnutrição, o risco de doenças prevalentes em populações com baixa renda e podem ajudar a prevenir problemas graves como a

obesidade. Também pode fornecer segurança alimentar para as comunidades, garantindo acesso a alimentos frescos e saudáveis, como defendido pelo direito humano à alimentação adequada. Além disso, a venda dos produtos contribui para o desenvolvimento econômico da comunidade rural, auxiliando estes agricultores a melhorarem sua renda, a criarem empregos e fortalecerem a economia e o desenvolvimento local.

Há um número expressivo de agricultores que deixam de participar do PNAE por encontrarem dificuldades em se adequar à legislação, pela pequena gama de produtos, pois o agricultor tende a concentrar a produção em alguns alimentos cuja comercialização é mais provável, organização das operações logísticas (envolvendo principalmente o sistema de entrega dos produtos), e atividades de gestão, devido a pouca experiência que possuem com o programa (AMORIM *et al.*, 2016).

Também são considerados fatores que dificultam a participação dos agricultores familiares nas chamadas públicas para a aquisição de alimentação escolar a falta de adequação às exigências sanitárias no processamento, armazenamento e transporte destes produtos, o que afasta muitos agricultores das chamadas públicas. Portanto, é importante que haja uma interlocução entre as diferentes secretarias, especialmente a de agricultura, para que esses agricultores possam receber assistência técnica, a fim de aumentar, diversificar e melhorar a produção e oferecer produtos com a qualidade exigida pelo programa (SILVA *et al.*, 2015).

Quanto às dificuldades de ordem burocrática, os editais de convocação devem conter informações que possam minimizar possíveis dificuldades, como os tipos de alimentos necessários, as respectivas quantidades e prazos de entrega, contribuindo para que os produtores tenham clareza sobre o compromisso que deverão assumir na efetivação do contrato de venda, favorecendo o seu planejamento e organização das atividades produtivas para atendê-la. Neste sentido, um edital de convocação bem elaborado permite ao agricultor reconhecer a possibilidade de atendimento frente à autoavaliação de sua capacidade e estabilidade de produção para garantir o abastecimento de acordo com o cronograma apresentado (MOSSMANN *et al.*, 2017).

No município estudado, os editais apresentam todos os detalhes necessários para que o agricultor se informe dos produtos a serem ofertados, bem como do quantitativo necessário, prazo e periodicidade da entrega, bem como dos valores a serem pagos pelos referidos produtos, tendo sido possível observar que os referidos editais se mostram bastante claros e específicos.

Analisando os percentuais gastos na agricultura familiar para a compra de alimentação escolar e comparando tais dados ao número de produtores que responderam às chamadas públicas, é possível observar que existe a necessidade da gestão municipal detectar quais fatores podem estar influenciando a baixa procura, em busca de soluções, sejam elas de ordem logística, técnica, sanitária ou mesmo por desconhecimento dos agricultores sobre os trâmites necessários para que se habilitem a fornecer seus produtos.

Muitos agricultores não participam das chamadas públicas por acreditarem que poderão sofrer com atrasos nos pagamentos, ocasionados por demora nos repasses, por não haver uma divulgação mais ampla nos editais e por terem dificuldades para entregar os produtos aos locais indicados (CARVALHO, 2009).

Os valores dos produtos constantes nos editais acabam por sofrer mudanças ao longo do ano, tornando-se abaixo daqueles praticados. Para solucionar este problema, a entidade executora deveria realizar diversas chamadas públicas ao longo do ano, o que requer uma maior organização e planejamento criterioso, que pode ser de difícil realização especialmente em municípios pequenos, que costumam sofrer com equipes reduzidas e demora na tramitação dos processos, situação que foi observada neste estudo.

A administração municipal precisa ter em mente que o estímulo à comercialização da produção da agricultura familiar para a alimentação escolar extrapola a simples compra e venda ou os benefícios alimentares que proporciona, constituindo-se em uma oportunidade de aumentar os postos de trabalho rural, a renda desses produtores, contribuindo para o desenvolvimento do meio rural e local (VILLAR *et al.*, 2013).

O aumento da produtividade agrícola em uma sociedade rural, na qual a agricultura é o setor mais importante em termos de produção e emprego, gera um excedente econômico que é a base da economia. Além disso, o aumento da produtividade agrícola permite o emprego de mão de obra excedente no campo, aumentando a produção material e o bem-estar social de forma sustentada (PASQUALOTTO, 2019).

Políticas públicas que fortalecem a agricultura familiar, como o PNAE, são essenciais para o desenvolvimento, não somente econômico, mas também social, no sentido de fortalecimento dos agricultores familiares. Assim, não se pode alcançar os níveis de pobreza existentes na sociedade rural tradicional sem alcançar um crescimento sustentado da produtividade agrícola. Por este motivo, quando há desenvolvimento agrícola, os resultados abarcam os diferentes setores da sociedade e envolvem não somente as questões econômicas, mas também as sociais e, neste caso, a efetivação do direito humano à alimentação saudável (BEZERRA; SCHLINDWEIN, 2017).

Cruz (2017) realizou estudo sobre o processo de comercialização de gêneros alimentícios da agricultura familiar para a alimentação escolar em três municípios vizinhos (Rio Novo do Sul, Iconha e Anchieta). Em Rio Novo do Sul, os entraves iniciais se deviam à resistência da Secretaria Municipal de Educação em fortalecer estas compras e no desconhecimento dos produtores, situação que mudou após a intervenção do Incaper, com treinamentos e cursos para os agricultores, que passaram a se mobilizar em torno da participação nas chamadas públicas.

Ao se analisar os estudos citados, é possível constatar que os municípios que alcançam e até ultrapassam o percentual mínimo de 30% das compras da agricultura familiar para a alimentação escolar, foram aqueles que desenvolveram ações conjuntas com outras secretarias municipais, especialmente com a de agricultura, buscaram parcerias técnicas com órgãos responsáveis pelo desenvolvimento agrícola e principalmente ofereceram apoio técnico e informações aos agricultores, atores fundamentais deste processo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se analisar o Programa Nacional de Alimentação Escolar, na perspectiva da diversificação da produção agropecuária da agricultura familiar e da demanda do Programa de Alimentação Escolar do município, foi possível constatar que alguns entraves de ordem burocrática interna impedem que a agricultura familiar possa atender a demanda.

Dentre os entraves burocráticos, foi possível observar que o município não possui celeridade nas chamadas públicas, adquirindo produtos da agricultura familiar somente em alguns meses do ano. Tal situação acaba por desestimular os produtores, pois os contratos acabam sendo muito curtos, levando, por vezes, a compras com alto quantitativo de produtos, a fim de alcançar o percentual de 30,0%. Com isso, os agricultores podem ser excluídos da participação das chamadas públicas por não terem condições de oferecer a quantidade exigida, em um curto espaço de tempo, o que não ocorreria se a demanda fosse ao longo do ano, em quantidades menores.

Para resolver esta situação, faz-se necessário que os requerimentos para a abertura de editais de chamada pública para a compra de produtos da agricultura familiar sejam priorizados pelos setores internos da administração pública, pois nos anos pesquisados tramitaram por, no mínimo, seis meses para que fossem aprovados, impedindo que as compras fossem realizadas ao longo de todo o ano escolar.

Quanto à diversidade e a quantidade de gêneros alimentícios disponibilizados pela agricultura familiar para a alimentação escolar, constatou-se que os produtores que respondem às chamadas públicas têm sido capazes de atender a essa demanda e que tem ocorrido a diversificação da produção. Tal situação contribui efetivamente para a consolidação do direito humano à alimentação saudável, mas ainda há um caminho a se percorrer para que as conquistas deste direito sejam melhoradas e consolidadas no município.

Ao se avaliar o processo de compra e venda da agricultura familiar para o PNAE no município no ano de 2018 e 2019, considerando a Lei Nº 11.947/2009, constatou-se que o planejamento da entidade executora é deficiente, ocorrendo atrasos ou inexistência de prestação de contas, atrasos na tramitação interna dos editais, demora na assinatura dos contratos e, conseqüentemente, na chegada dos produtos da agricultura familiar à alimentação escolar. Tal situação, apesar de ter apresentado melhora, quando se comparam os dois anos analisados, ainda precisa ser aprimorada, tornando possível que os gêneros da agricultura familiar estejam presentes na alimentação dos estudantes durante todo o ano letivo.

Também se constatou que o poder público não realiza qualquer tipo de ação para auxiliar os agricultores no processo de venda para o PNAE, o que faz com que apenas a associação de agricultores se habilite para fornecer os produtos, pois os associados recebem orientações, informações, auxílio técnico e logístico para tal, enquanto os

produtores individuais não possuem qualquer suporte. Assim, aqueles agricultores que têm uma produção menor podem estar sendo excluídos do processo por falta de orientações técnicas.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, A. L. B. Et al. Acquisition of family farm foods for school meals: Analysis of public procurements within rural family farming published by the cities of São Paulo state. **Rev. Nutr.**, v. 19, n. 2, p. 297-306, 2016.

BEZERRA, G. J.; SCHLINDWEIN, M. M. Agricultura familiar como geração de renda e desenvolvimento local: uma análise para Dourados, MS, Brasil. **Interações**, v. 18, n. 1, p. 3-15, 2017.

BRASIL. **Aquisição de produtos da agricultura familiar para a alimentação escolar**. 2. ed. Brasília: FNDE, 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.947**, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nº 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2009.

CALIXTO, F. A. M. et al. Food availability and food and nutrition (in)security of families providing for the National School Feeding Program. **Rev. Nutr.**, v. 34, n. 1, p. 1-11, 2021.

CARVALHO, D. G. Licitações sustentáveis, alimentação escolar e desenvolvimento regional: uma discussão sobre o poder de compra governamental a favor da sustentabilidade. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 32, p. 115-148, 2009.

CRUZ, S. F. **Desafios e contribuições do PNAE em três organizações da agricultura familiar no Território Sul Litorâneo do Espírito Santo**. 2017. 139 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Desenvolvimento Sustentável e Extensão) – Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades e Estados**. 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/presidente-kennedy.html>>. Acesso em: 27 jul. 2019.

MALAGUTI, J. M. A. **Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE): Desafios para Inclusão dos Produtos da Agricultura familiar na Merenda Escolar de Itapeverica da Serra – SP**. 2015. 117f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas e Organizações Públicas) – Universidade Federal do Estado de São Paulo, Osasco, 2015.

MOSSMANN, M. P. *et al.* Interface Between Family Farming and School Feeding: barriers and coping mechanisms from the perspective of different social actors in Southern Brazil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, v. 55, n. 2, p. 325-342, 2017.

PASQUALOTTO, N. **Agricultura familiar e desenvolvimento rural sustentável**. Santa Maria: UFSM, 2019.

SILVA, M. G. *et al.* Mudanças organizacionais em empreendimentos de agricultura familiar a partir do acesso ao Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 53, n. 2, p. 289-304, 2015.

# SÍNDROME DE BURNOUT E A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO ENTRE PROFESSORES DE UMA ESCOLA MUNICIPAL NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY

*Data de aceite: 01/03/2024*

**Pablo Alves de Souza**

**Renato Almeida de Andrade**

**César Albenes de Mendonça Cruz**

**Maria Carlota de Rezende Coelho**

A sala de aula, como outros ambientes de trabalho, vem sofrendo uma imposição forte quanto a produtividade na sociedade moderna, cobrando, dos docentes, parâmetros de produtividade e de eficiência empresarial (FRIGOTTO, 1999). Os docentes, como trabalhadores, preocupam-se não somente com suas funções, mas também com questões baseadas na produtividade de todo um contexto educacional, desde sala de aula até aulas online, recursos técnicos, reciclagens e novas didáticas, além de terem de preocupar-se em buscar melhorar sempre sua carreira, sua segurança e seu salário (CARLOTTO, 2002a).

Esses docentes passam, além de uma sobrecarga no trabalho, que por vezes é realizado dentro e fora do ambiente escolar, a ter um tempo reduzido para aperfeiçoar-

se profissionalmente, diminuindo sua realização e desenvolvimento profissional. É evidente como o trabalho do docente tem diversos estressores que são persistentes e que podem gerar a Síndrome de Burnout, questões que, por vez entendidas, podem servir como uma grande resolução para aplicação de políticas públicas dentro e fora do ambiente escolar, podendo trazer aos docentes um ambiente de trabalho mais saudável.

Muitos docentes, que têm a Síndrome de Burnout, estão sujeitos a condições de trabalho que geram insatisfação, tensão emocional, sofrimento, irritação, insônia, envelhecimento prematuro, e aumento de doenças diversas. Identificar os sintomas e, entender o processo da doença no corpo docente, faz com que precauções e ações assertivas possam ser colocadas em prática para trazer um melhor ambiente de trabalho e valorização profissional (FRANCO, 2003; DIAS, 2000).

Dessa forma, as questões problema que serão investigadas nesse estudo são: existe indicação preliminar da síndrome de

Burnout entre os professores do ensino fundamental que atuam em regime de determinação provisória no município de Presidente Kennedy? O que pensam os professores sobre a indicação preliminar da síndrome de Burnout a flexibilização nas relações de trabalho?

O trabalho buscou analisar a indicação preliminar da Síndrome de Burnout e a flexibilização nas relações de trabalho entre os professores do ensino fundamental no município de Presidente Kennedy; caracterizar os participantes da pesquisa quanto aos dados demográficos, tempo de trabalho na docência, regime de trabalho e salário; identificar o entendimento dos professores sobre a flexibilização das relações de trabalho e a indicação preliminar da síndrome de Burnout; identificar a presença preliminar da Síndrome de Burnout entre os professores do ensino fundamental no município de Presidente Kennedy; e analisar se a flexibilização das relações de trabalho entre os professores do ensino fundamental no município de Presidente Kennedy implica na indicação preliminar da Síndrome de Burnout.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, de abordagem quantitativa e qualitativa. Na abordagem quantitativa as variáveis foram: caracterização demográfica do corpo docente; tempo de trabalho na docência; regime de trabalho; salário dos professores; e a identificação preliminar da síndrome de Burnout entre os professores. Por meio da abordagem qualitativa, a finalidade da pesquisa foi compreender como os professores, tanto os estatutários quanto os contratados por flexibilização das relações de trabalho no município da rede, entendem se esta tem implicações na presença da indicação preliminar da síndrome de Burnout, ou seja, compreender a realidade social em que se insere a flexibilização nas relações de trabalho de forma direta a partir da pesquisa de campo com os professores e de forma indireta a partir da análise de autores contemporâneos que discutem sobre o tema em questão.

O local de estudo é o município de Presidente Kennedy-ES, localizado no extremo Sul do Espírito Santo, que faz divisa com o Estado do Rio de Janeiro. A Rede Municipal de Ensino é gerida pela Secretaria Municipal de Educação e tem escolas nos principais distritos do município, sendo que, o maior quantitativo de professores e alunos é a Escola Municipal de Ensino de Educação Infantil e Fundamental Vilmo Ornelas Sarlo, que fica no Distrito Sede (Presidente Kennedy). Portanto, esta escola foi escolhida como cenário do estudo por ter o maior número de alunos e professores do Ensino Infantil e Fundamental da Rede Municipal, objetivando maior representatividade entre as demais escolas, e facilitando a coleta de dados em um único local, focando em uma maior abrangência em função das restrições de contatos sociais frente à pandemia da Covid-19. A pesquisa foi autorizada pela instituição.

Foram selecionados 45 professores que atuavam na escola no período da pesquisa e com idade superior a 18 anos, sendo excluídos 12 por não aceitarem em participar da pesquisa e não terem respondido o instrumento de pesquisa. Os instrumentos de pesquisa foram dois: um é o questionário JBEILI (2010) para identificação preliminar da Burnout,



elaborado e adaptado por Chafic Jbeili, inspirado no instrumento de Maslach Burnout Inventory – MBI. O JBEILI é um instrumento de uso apenas informativo e não deve substituir o diagnóstico da síndrome de Burnout realizado por médico ou psicoterapeuta. É composto por 20 perguntas relacionadas às características psicofísicas do trabalho, onde cada item recebe pontuação de 1 a 5, que somados geram os seguintes *scores*: de 0 a 20 pontos: nenhum indício da Burnout; de 21 a 40 pontos: possibilidade de desenvolver Burnout; de 41 a 60 pontos: fase inicial da Burnout e de 61 a 80 pontos: indicação de presença de Burnout, mas com plena condição de prevenção e de 81 a 100 pontos: fase considerável da síndrome de Burnout, necessitando de apoio profissional.

O outro instrumento que foi aplicado teve por objetivo conhecer como os professores entendem a flexibilização das relações de trabalho e as implicações desta na identificação preliminar da Burnout, bem como, a caracterização dos participantes quanto aos dados demográficos do corpo docente; tempo de trabalho na docência; regime de trabalho e salário dos professores.

O questionário preliminar de Identificação da Burnout, para avaliar indicação da síndrome de Burnout, e o questionário de dados sociodemográficos foram aplicados a partir da ferramenta do Google Forms, que compreendeu também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma vez que o professor clicava em “sim”, este era direcionado aos instrumentos de pesquisa. Após montagem do questionário no Google Forms, este foi enviado para os professores através de um *link* via aplicativo *WhatsApp*. Os dados foram coletados em abril de 2021.

Os dados, após respondidos, receberam tratamento pela estatística descritiva e dados qualitativos através da análise textual de conteúdo; o trabalho teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Dos 45 questionários enviados, 33 professores responderam, correspondendo a 73,33% do total. Dado que supera a taxa esperada de resposta para pesquisas online (EVANS; MATHUR, 2005). A maioria da amostra era composta pelo sexo feminino (84,8%), sendo que 36,36% (n=12) tinham idade entre 30 e 40 anos, a mesma proporção (36,36%) entre 41 a 50 anos, 21,21% entre 51 e 60 anos, e a minoria (6,06%) (2) acima de 60 anos.

Segundo Mariz e Renata (2016), aproximadamente 40% dos professores do ensino médio no Brasil estão em condições de aposentadoria, muitos destes sofrem por anos com a rotina do trabalho vinculado a falta de incentivo governamental, e a estafa de estar em um ambiente onde a valorização profissional não é algo evidente. O profissional que trabalha nessas condições por muitos anos sofre alta carga de estresse e, normalmente, mesmo estando em idade produtiva, na aposentadoria não pensa em prolongar os anos de serviço na docência.

Quanto ao local de residência, observa-se que 93,93% (n=31) residem no município de Presidente Kennedy, um reside no Estado do Rio de Janeiro e Marataízes, Espírito Santo,

sendo que a maioria (63,63%) apresenta um tempo de deslocamento para o trabalho em até 30 minutos, 30,3% chegam em até 1 hora e 6,06% leva de 1 a 2 horas. O deslocamento do trabalhador quanto a facilidade de acesso e menor tempo de casa para o trabalho ajuda no desempenho, tanto nas tarefas do trabalho quanto nas tarefas do lar, todavia, quando a distância é maior, pode gerar maior tempo para fazer esses deslocamentos levando à cansaço físico, mental e menos tempo disponível no seu dia para a realização de determinadas tarefas (YANG; DIEZ-ROUX, 2012; BADLAND; COL, 2007).

O tempo de trabalho na docência da amostra estudada foi de 11 a 20 anos em 36,36% dos respondentes, 30,3% de 0 a 10 anos, 24,24% de 21 a 30 anos, e 9,09% de 31 a 40 anos de docência. Segundo Reis *et al.* (2006), o professor com 5 anos ou mais de trabalho apresenta prevalência de cansaço físico e mental. Todavia, Smith e Bourke (1992) demonstram que quanto mais tempo o professor fica exposto, mais ele cria meios de defesa, onde gera um equilíbrio para a rotina diária de trabalho. Em contrapartida, Reis *et al.* (2006) relatam que, em situações muito restritivas, o tempo prolongado a agentes estressores pode impossibilitar o equilíbrio que a experiência traz ao bem-estar no trabalho.

Dos 33 professores que responderam os questionários, 66,66% (n=22) informaram atuar sob o regime de contratação temporária e 33,33% (n=11) sob o regime estatutário. A situação do município ter mais que o dobro de docentes em regime de contrato provisório é um fato que se repete em várias regiões do Brasil, indo de encontro as pesquisas de Krein, Gimenez e Santos (2018), Veiga (2018), e Severo e Souto Maior (2017). Estes autores relatam que os regimes de contratação temporária tendem a ser mais instáveis, levando a ausência de alguns direitos trabalhistas, com essa instabilidade, as relações de âmbito social acabam sendo em pequenos intervalos de períodos de contratação, onde não existe uma longevidade das relações de trabalho. Podemos afirmar que, a flexibilização das relações de trabalho, no município de Presidente Kennedy, também é elevada quanto a contratos temporários, o que, conforme se observa no Brasil como um todo, as instituições públicas se apoiam, desde a Reforma do Estado nos anos de 1990 e mais recentemente na Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017.

O padrão de salário utilizado como base foi o salário-mínimo regulamentado no Brasil. Dos 33 professores que responderam ao questionário observa-se que: 45,45% ganham entre 2 e 3 salários, 33,33% entre 4 e 5 salários e 21,21% de 1 a 2 salários.

O resultado demonstrou que, com um pequena diferença, os professores contratados tem uma maior perspectiva da Síndrome de *Burnout* do que os professores estatutários, existem algumas diferenças entre ambos que podem explicar esses resultados, como o salário do docente no Brasil, que não tem sido muito valorizado, este normalmente não é condizente a sua profissão e o professor que trabalha em regime contratado é ainda menos valorizado financeiramente, já que, alguns direitos trabalhistas não são somados aos seus vencimentos, dentre eles: ausência de quinquênio ou decênio; melhoria salarial proveniente de aperfeiçoamento profissional como, mestrado, doutorado, pós-doutorado e

ainda, este tem a facilidade de ser dispensado em tempo oportuno a instituição, sendo ela de caráter público ou privado. Diferente dos professores que atuam em regime estatutário, os contratados precisam passar por um processo de seleção quase todos os anos, tendo também que buscar possibilidades de ser docente em mais de uma instituição para ter suporte financeiro (NORONHA; ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2008).

Souza (2013) argumenta que professores concursados, em geral, têm condições salariais mais vantajosas. Entretanto, a realidade brasileira é apontada por Carvalho (2018, p. 134) quando cita que “o aumento de profissionais estatutários pode, portanto, representar custos mais altos para o poder público, o que explica, de certa forma, a manutenção de um contingente de não concursados ao longo do tempo”.

A presente pesquisa aponta que 54,54% (n=18) dos professores têm possibilidade de desenvolver a Síndrome de *Burnout*, destes: 36,36% estão em uma fase inicial, 6,06% já instalada e 3,03% pode estar em fase considerável da Síndrome. A profissão docente, por natureza, tem características altamente estressoras, que por si só predispõe a instalação da Síndrome de *Burnout* (GIL-MONTE, 2002). Os desgastes físicos e psicológicos da profissão docente, as tarefas assistenciais, a sobrecarga de trabalho produz, nos docentes, insatisfações que culminam em forte estresse, os levando a um sofrimento emocional (MORENO-JIIMENEZ *et al.*, 2002).

Entre os professores que atuam sob o regime de contratação provisória em Presidente Kennedy (n=22), observa-se que: 54,54% têm possibilidade de desenvolver a Síndrome de *Burnout*, 36,36% estão em uma fase inicial, 4,54% começa a se instalar, e 4,54% pode estar em fase considerável da Síndrome. O vínculo empregatício, como regime de contrato, tem como característica a fragilidade do professor consolidar-se no seu emprego, visto que, a qualquer momento pode ser dispensado, fragilidade salarial, pois não tem um plano de cargo de salário e também não tem a base financeira sólida por mais de dois anos, já que, normalmente, os contratos têm validade de aproximadamente dois anos. Essas características, somadas ao receio de sempre poder ficar sem seu emprego em uma renovação de contrato, excesso de atividades docentes e grande doação a alunos e instituição, provocam neste docente uma exaustão, propiciando estresse, ansiedade que, somada de outras características, propiciam a Síndrome de *Burnout* (NORONHA; ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2008).

Já os professores que atuam sob o regime estatutário (n=11), 6 (54,5%) apresentaram a possibilidade de desenvolver a Síndrome de *Burnout*, 4 (36,36%) estão em uma fase inicial, e um (9,09%) a Síndrome começa a se instalar. O vínculo empregatício como regime estatutário tem como característica todas as nuances do trabalho docente, que passa por um enredo de gestão muitas vezes centralizada, rotina de trabalho onde tem como característica a doação ao próximo, neste caso, vai do aluno até os demais funcionários da instituição escolar que trabalham (NORONHA; ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2008).

Como o regime estatutário consegue dar ao docente uma solidez financeira, pois, o mesmo somente sairia de seu vínculo empregatício com uma ação absurda contra o estatuto do servidor onde trabalha, podendo assim, ser afastado por processo administrativo. O tempo trabalhado em um lugar onde acontece situações de alunos com problemas comportamentais, estruturas inadequadas para aula, divergências com gestão, isso traz ao docente uma exaustão física e mental, sentindo-se este exaurido em muitos momentos, estressado e ansioso, podendo desencadear o surgimento do *Burnout* (MOURA, 2000).

Quanto as perguntas abertas do instrumento, os professores se manifestaram quando questionados. Qual a sua compreensão sobre a flexibilização nas relações de trabalho do professor? Um professor respondeu que

*“Toda mudança, aqui chamadas de flexibilização, requerem avaliação contínua nos seus diferentes aspectos: humanos, econômicos e em se tratando de educação, da interferência na aprendizagem dos alunos pouca compreensão sobre o assunto”* (P18).

Pelas falas dos professores, podemos observar que alguns docentes desconhecem a realidade da flexibilização das relações de trabalho entre professores ou mesmo não fazem a leitura de que esta compromete direitos, indo de encontro ao pensamento de Miguélez (2004) quando este diz que o limiar entre a flexibilização de trabalho e a relação empregado empregador pode provocar uma fragilidade em determinados direitos previdenciários, a flexibilização laboral, que dá facilidade de inserção do empregado no ambiente de trabalho com menos burocracia é a mesma que consegue fragilizar os direitos.

É possível deduzir, pela fala abaixo, que um dos docentes concorda com o modelo de flexibilização. *“Acho importante, pois diminuem a pressão sobre o professor e sua relação formal casa, escola”* (P1). Segundo o estudo de Krein, Gimenez e Santos (2018), Veiga (2018), e Severo e Souto Maior (2017), muitos defendem as mudanças, afirmando que as formas de contrato serão mais diversificadas e com menos regras que dificultem a contratação, ou menos burocratizadas. Todavia, este tipo de contratação estimula a celebração de novos contratos de trabalho com poucos direitos trabalhistas.

Por outro lado, observa-se que alguns professores entendem que a flexibilização do trabalho compromete a gestão do tempo do trabalhador, provoca sobrecarga de trabalho e aumento de lucro para as empresas, como observado na fala *“...trabalho dobrado, os profissionais têm que ter muita disciplina para dar conta, sem falar da parte burocrática que é muito chata”* (P7). O trabalhador acaba ficando sujeito a não conseguir realizar uma gestão do tempo de trabalho segundo seu corpo e sua saúde, tendo que adaptar-se às jornadas de trabalho, interrupções e aos intervalos determinados para funcionamento da atividade com maior produtividade e aumento de lucros para a empresa (BIANCO; HOLZ, 2014).

Quanto a pergunta *“Qual a sua compreensão sobre a Síndrome de *Burnout* em Professores?”* observa-se, na resposta a seguir que alguns professores têm entendimento sobre a síndrome: *“É o esgotamento emocional e físico causado por situações desgastantes*

de trabalho” (P17) e “*Li algumas matérias sobre a Síndrome e sei que tem relações com a qualidade de vida no trabalho*” (P18).

Mendes (2013) relaciona a Síndrome de *Burnout* com o esgotamento emocional e físico, onde os trabalhadores sentem-se exauridos nos trabalhos que desempenham. Vieira (2010) relaciona a qualidade de vida no trabalho como um ambiente de trabalho e suas características que podem propiciar sintomas de *Burnout*.

Já outro professor, apesar de dizer que desconhece totalmente a síndrome, a correlaciona ao excesso de trabalho ao dizer que “*nenhuma compreensão, nunca pude ter síndrome, só trabalho*” (P9). Segundo Porto (2012), o *Burnout* não é perceptível em seu início, muitos professores, tomados por suas rotinas de trabalho, passam o tempo analisando seus processos de trabalho e trabalhando em sala de aula, com acúmulo das características negativas de ambiente escolar, que propiciam estresse e não conseguem entender o início de uma Síndrome, como o *Burnout*, normalmente a rotina os consome tanto que não buscam nem informações sobre características de doenças provenientes de ambiente laboral.

O município tem uma característica encontrada em várias regiões do Brasil, onde o número de professores em regime de contrato temporário é maior que o de professores que trabalham em regime estatutário. Krein, Gimenez e Santos (2018), Veiga (2018), e Severo e Souto Maior (2017) relatam que o regime de contratação temporária leva os professores a um regime de trabalho mais instável, tendo facilidade de terem seus contratos reincididos a qualquer momento que a gestão entender que os serviços não são mais essenciais, a falta de alguns direitos trabalhistas que somente são vinculados aos estatutários.

Os resultados do trabalho demonstram que os professores contratados têm uma pequena tendência a mais que os professores estatutários no acometimento da Síndrome de *Burnout*. Conforme afirmam Noronha, Assunção e Oliveira (2008), diferenças entre professores estatutários e professores contratados são evidentes no que tange ao regime de trabalho, pois os direitos e estabilidades para ambos são diferentes, onde os professores estatutários têm mais estabilidades e direitos trabalhistas, enquanto os professores contratados têm menos direitos e estabilidade. As pontuações mais relevantes do questionário têm uma relação com características de vínculo do professor, com uma linha tênue de características profissionais e pessoais, que faz parte da identificação do processo da Síndrome de *Burnout*. As profissões que têm um trabalho de cuidado para com os outros, como é o caso dos docentes, tem uma forte característica de envolver-se profissionalmente e também emocionalmente com os seus discentes buscando, de uma maneira nobre, ajudar estes a superarem seus desafios de aprendizagem, normalmente esse envolvimento pode não ser muito bem balanceado e trazer ao docente desequilíbrio no seu exercício de trabalho (BORGES, 2002).

A dominância do gênero feminino no ambiente escolar também é um fator quanto ao cotidiano de vida profissional e familiar. Levando em consideração os dados obtidos,

associa-se que, pelo fato de a mulher no retorno para seu lar ter outras atividades domésticas para desempenhar, além de outras exigências familiares, isso demonstra uma relação do binômio de ambiente de trabalho e ambiente familiar na geração de condicionantes que podem propiciar a Síndrome de *Burnout* (SELIGMANN- SILVA, 2011).

O resultados demonstraram que o professor identifica um processo de exaustão e esgotamento no trabalho, todavia, tem pouco conhecimento sobre a Síndrome de *Burnout*, isso não é um desconhecimento somente da classe docente, é um problema também evidenciado na classe médica, que em muitos casos não consegue diagnosticar um profissional com a Síndrome (SILVA; PINHEIRO, 2013). Os resultados demonstram o professor como um grande cuidador, e esta característica intrínseca dos profissionais também serviu como embasamento para os primeiros estudos de *Burnout*, uma vez que a mesma era sinalizador de profissionais acometidos pela Síndrome (VEJA, 1997; MASLACH; JACKSON, 1999).

Dos cinco itens mais relevantes que foram observados no questionário de 20 perguntas, quatro deles estão diretamente envolvidos com o cuidado com próximo, que neste caso podem ser os integrantes da gestão, colegas de profissão, funcionários da instituição e, principalmente, os alunos; e outro item relevante, dos cinco, foi a preocupação com a valorização profissional quanto a sua remuneração, sendo este um fator muito importante como desencadeante da Síndrome de *Burnout* (NÓBREGA; BARBOZA, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que o município de Presidente Kennedy segue os determinantes da direção política nacional de precarização do trabalho do professor, muito em função da flexibilização das relação de trabalho no contexto do avanço capitalista adotado pelo modelo econômico do Brasil.

A maioria dos professores era residentes do município estudado, do sexo feminino (84,8%), com idade entre 30 e 50 anos, tem entre 11 a 20 anos de docência, com contratação sob o regime de determinação provisória. A síndrome de *Burnout* estava presente em 54,54% do total de professores, independente do regime de contratação, demonstrando sinais reais de esgotamento profissional, que pode se evidenciado frente ao estado psicológico, despersonalização e redução da realização pessoal no trabalho.

Chama a atenção que os baixos salários dos professores (maioria ganha entre 2 e 3 salários), não interferiram no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), uma vez que, a educação oferecida pela rede municipal de Presidente Kennedy é a terceira mais bem avaliada no Estado. Isto demonstra a dedicação dos professores no exercício de sua função social.

O professor, no contexto desse novo modelo, realiza a sua função submetido à lógica do capitalismo e às suas contradições que intensificam a precarização do seu trabalho e

o adoecimento destes trabalhadores. Se por um lado, as exigências na sua atuação são intensificadas pelos desafios da escola contemporânea, por outro, a valorização desse profissional parece cada vez mais longe em termos de salário e reconhecimento político e social.

## REFERÊNCIAS

BIANCO, M. F.; HOLZ, E. B. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais do trabalho. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 12, (n. esp., p. 494-512, 2014.

BORGES, L. O. et al. A Síndrome de *Burnout* e os Valores Organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicol Reflex Crit.**, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BORGES, L. O. et al. A Síndrome de *Burnout* e os Valores Organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicol Reflex Crit.**, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

CARLOTTO, M. S. A síndrome de Burnout e o trabalho docente. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-29, jan./jun. 2002a.

CARVALHO, M. R. V. de. Perfil do professor nas etapas de educação básica. *In*: INEP/MEC. **Cadernos de estudos e pesquisas em políticas educacionais** – nº 1. INEP/MEC: Brasília, 2018. Disponível em: [http://portal.inep.gov.br/informação-da-publicação/-/asset\\_publisher/6JYIsGMAMkW1/document/id/5047099](http://portal.inep.gov.br/informação-da-publicação/-/asset_publisher/6JYIsGMAMkW1/document/id/5047099). Acesso em: jul. 2019.

EVANS, J.R; MATHUR, A. The value of online surveys. **Internet res**, v. 15, n. 2, p. 195-219, 2005. Disponível em: <http://doi.org/10.1108/0662240510590360>. Acesso em: 12 mar. 2021.

FRANCO, T. **Trabalho alienado: habitus & danos à saúde humana e ambientais (o trabalho entre o céu, a terra e a história)**. 2003. Tese. (Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

FRIGOTTO, G. Educação e Formação Humana: ajuste neoconservador e alternativa democrática. *In*: GENTILI, P. A. A.; SILVA, T. T. (Orgs.). **Neoliberalismo, qualidade total e educação: visões críticas**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 31-92.

GIL-MONTE, P. R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. **Psicol Estud**, v. 7, n. 1, p. 3-10, 2002.

KREIN, J. D.; GIMENEZ, D. M.; SANTOS, A. L. **Dimensões críticas da reforma trabalhista no Brasil**. Campinas, SP: Curt Nimuendajú, 2018.

MASLACH, C.; JACKSON, S. **Maslach Burnout Inventory**, Manual. University of California, Consulting Psychologists, Palo Alto, 1999.

MENDES, René. **Patologia do trabalho**. 3. ed. v. 02. São Paulo: Atheneu, 2013.

MIGUÉLEZ, F. La flexibilidade laboral. **Trabajo: Revista andaluza de relaciones Laborales**, v. 01, n. 13, p. 17-36, 2004.

MORENO-JIMÉNEZ, B. *et al.* A avaliação do *Burnout* em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. **Psicologia em estudo**, v. 7, n. 1, p. 11-19, 2002.

MOURA, M.C. **O surdo: caminhos para uma nova identidade**. Rio de Janeiro: Reiventer, 2000.

NÓBREGA, C. B.; BARBOZA, P. O fonoaudiólogo adoece: síndrome de *Burnout* e fonoaudiologia hospitalar – uma revisão. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 3, maio/jun. 2014.

NORONHA, M. M. B.; ASSUNÇÃO, A. A.; OLIVEIRA, D. A. O sofrimento no trabalho docente: O caso das professoras da rede pública de Montes Claros, Minas Gerais. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 65-85, 2008.

PORTO, M. D. **Condições de trabalho e saúde dos professores das escolas públicas da zona sul da cidade de Manaus**. Convibra, 2012.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Docência e exaustão emocional. **Educ Soc.**, v. 27, n. 94, p. 229-53, 2006.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez; 2011.

SEVERO, V. S.; SOUTO MAIOR, J. L. (Coords.). **Resistência: aportes teóricos contra o retrocesso trabalhista**. São Paulo, SP: Expressão Popular, 2017.

SILVA, M. T.; PINHEIRO, F. G. DE M. S. Análise qualitativa da síndrome de burnout nos enfermeiros de setores oncológicos. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v. 2, n. 1, p. 37-47, 2013.

SMITH, M.; BOURKE, S. Teacher stress: examining a model based on context, workload and satisfaction. **Teaching and Teacher Education**, England, v. 8, n. 1, p. 31-46, 1992.

SOUSA, I. F. de; MENDONÇA, H. Burnout em professores universitários: impacto de percepções de justiça e comprometimento afetivo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 4, Dezembro, 2009.

YANG, Y.; DIEZ-ROUX, A.V. Walking distance by trip purpose and population subgroups. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 43, n. 1, p. 11-19, 2012.

VEIGA, M. F. C. **Reforma trabalhista e seus impactos**. São Paulo, SP: LTr, 2018.

VIEIRA, I. Conceito de *Burnout*: questões atuais de pesquisa e a contribuição clínica. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 269-276, 2010.



# A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL PARA A GESTANTE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY

*Data de aceite: 01/03/2024*

**Gilciana Martins Benevides Machado**

**Maria Helena Costa Amorim**

**Valmin Ramos da Silva**

**Solange Rodrigues da Costa Nascimento**

A saúde bucal durante anos esteve à margem das políticas públicas, porém, após a implantação Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde odontológica passou a ser direito de todos os brasileiros. Anteriormente, o acesso a esses serviços era extremamente limitado, visando assistência curativa e não preventiva, sendo a extração dentária o principal tratamento odontológico oferecido na rede pública. Com o SUS, houve, dentre outros, a redução da prevalência de cárie, o que evidencia o investimento desse sistema em ações preventivas (AGUIAR; ROCHA, 2019).

A promoção da saúde bucal em todos os ciclos de vida dos seres humanos é de grande importância. Porém, em

algumas fases, as pessoas tornam-se mais vulneráveis a desenvolver problemas odontológicos, dentre elas destaca-se o período gestacional. A gestante é considerada prioritária para a atenção odontológica devido às alterações bucais pelas quais passa nesse período, que podem comprometer a saúde não somente dela, mas também, de seu filho (CASTRO, 2016).

As alterações hormonais comuns à gestação predispõem o desenvolvimento de gengivite. Quando associadas aos enjoos matinais e às dificuldades na realização da higiene bucal, aumentam consideravelmente o risco do desenvolvimento de cáries e outras doenças bucais (LEAL *et al.*, 2013). Tais fatores corroboram a importância da promoção da saúde odontológica durante a gestação e a avaliação do profissional dentista é uma das ações indispensáveis nesse processo.

Nesse contexto, observa-se a importância do pré-natal odontológico (PNO), definido por Pereira *et al.* (2019, p.

3) como as ações de controle e proteção da saúde bucal da gestante, que contemplam “o aconselhamento para a manutenção da saúde do bebê, objetivando o cuidado com os dentes e tecidos periodontais, reabilitação oral e correto desenvolvimento craniofacial da criança”.

Acredita-se que a educação em saúde bucal na gestação seja pouco difundida, pela escassez de serviços que a ofereçam e por não haver um esclarecimento maior dos profissionais de saúde e das próprias gestantes (LOPES *et al.*, 2016). Esses fatores contribuem fortemente para a baixa adesão à assistência odontológica durante o pré-natal no Brasil.

Torna-se importante conhecer os motivos que levam a gestante a não realizar o pré-natal odontológico, sejam eles relacionados tanto à equipe de saúde e ao serviço quanto àqueles que dizem respeito à mulher e à política pública de saúde. Uma vez que no município de Presidente Kennedy existe uma baixa adesão de mulheres ao pré-natal odontológico. Assim, parece-nos importante identificar, à luz das produções científicas brasileiras, os fatores que têm contribuído para essa desassistência à mulher num período tão importante da sua vida. Espera-se, por meio deste estudo, sistematizar informações que possam contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas de assistência materno-infantil, relacionados à promoção da saúde bucal.

## **PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DURANTE A GESTAÇÃO**

A gravidez aumenta a susceptibilidade e prevalência de cárie, periodontite (inflamação destrutiva do periodonto) e gengivite (inflamação do tecido gengival superficial). O processo inflamatório pode induzir bacteremia recorrente, que indiretamente desencadeia a resposta de fase aguda hepática, resultando na produção de citocinas, prostaglandinas (PGE2) e interleucinas (IL-6, IL-8), que podem afetar o binômio materno-fetal (HUANG *et al.*, 2014), com aumento do risco de nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, manifestações clínicas de pré- eclâmpsia e aumento do desenvolvimento de cáries na primeira infância (GONÇALVES, 2016).

Metade das mulheres com gengivite preexistente apresentam exacerbações significativas durante a gravidez, em resposta a flutuações nos níveis de estrogênio e progesterona, em combinação com alterações na flora oral e diminuição da resposta imunológica. Medidas completas de higiene oral, incluindo escovação e uso do fio dental, são recomendadas (SANTOS NETO *et al.*, 2012).

Existem evidências de que práticas inadequadas de higiene oral, aumento de acidez na boca, redução na produção de saliva, alterações microbianas na flora oral, alterações da dieta diária, lanches frequentes, vômitos e o medo do tratamento odontológico (GARBIN *et al.*, 2005).

O tratamento da periodontite na gravidez é baseado no diagnóstico precoce e raspagem profunda da raiz, reduzindo, assim, as consequências desse agravo para a saúde materno infantil. Para além desta intervenção terapêutica, faz-se necessária, conscientização da paciente, em relação a alguns cuidados, tais como, a remoção regular de placas e lavagem bucal com clorexidina a fim de evitar a recorrência da inflamação do periodonto (GONÇALVES, 2016).

Os cuidados odontológicos na gestação incluem o exame oral dos dentes, gengivas, língua, palato e mucosa e orientação sobre hábitos de higiene bucal, acesso a água fluoretada, problemas bucais, uso de fio dental de rotina, evitar lanches frequentes e bebidas açucaradas, pelo menos duas escovações diárias com escova macia, uso de creme dental com flúor, enxágue com flúor (GONÇALVES, 2016; HUANG *et al.*, 2014).

A assistência odontológica para grávidas é segura, sendo muito mais arriscado para as mulheres manter uma infecção na boca. Recomenda-se que o tratamento seja realizado no segundo trimestre, pois antes disso muitas mulheres sentem náuseas, já no último trimestre, o aumento do abdômen dificulta esse processo. É importante que as mulheres façam uma avaliação e combinem com o dentista o melhor momento e o tipo de tratamento que irão receber (GONÇALVES, 2016).

No que diz respeito aos exames diagnósticos, a radiografia dentária pode ser realizada durante a gravidez para fins diagnósticos agudos. Quando possível, deve ser adiada para depois do primeiro trimestre. Os filmes atuais, o uso de aventais de chumbo e de protetores de tireoide limitam os riscos. Já a radiografia de triagem deve ser adiada para o puerpério (OLIVEIRA; HADDAD, 2018).

O uso de anestésico local, como a lidocaína, é seguro para procedimentos em gestantes, quando administrado de forma adequada. Em condições dentárias agudas, se houver celulite leve, a penicilina, a amoxicilina e a cefalexina são antibióticos de primeira linha razoáveis. A base de eritromicina ou a clindamicina podem ser usados na paciente alérgica à penicilina. Para controlar a dor dentária, são indicados o ibuprofeno e o uso limitado de oxicodona (OPPERMANN, 2013).

O atendimento odontológico de urgência pode ser realizado em qualquer idade gestacional. Quando ocorre no terceiro trimestre, devido ao desconforto posicional e o risco de compressão da veia cava, o dentista deve orientar e apoiar a gestante em seu lado esquerdo, reposicionando-a frequentemente e mantendo visitas curtas, a fim de reduzir os problemas. Adiar o atendimento odontológico para depois do parto pode ser problemático porque as novas mães se concentram nos cuidados com o recém-nascido, o que acaba agravando o problema, ocasionando até perda dentária (OPPERMANN, 2013). Portanto, condições que requerem tratamento imediato, como extrações, canais radiculares e restauração (amálgama ou composto) de cáries não tratadas, podem ser tratadas a qualquer momento durante a gravidez. Atrasar o tratamento pode resultar em problemas mais complexos. Assim, o aconselhamento deve incluir o reforço da manutenção da saúde bucal de rotina e visita preventiva ao dentista duas vezes ao ano (MAY *et al.*, 2014).

As bactérias cariogênicas orais podem ser transferidas da mãe para o bebê por meio de contato físico íntimo e hábitos alimentares, levando diretamente ao desenvolvimento de cáries dentárias na primeira infância. As crianças aprendem comportamentos de saúde bucal modelando o comportamento de seus pais. As mães têm um papel significativo na formação dos filhos, seus hábitos de saúde bucal influenciam diretamente à saúde bucal do futuro bebê. Portanto, a promoção da saúde bucal durante a gravidez é reconhecida como uma questão de grande importância (OPPERMANN, 2013).

Nesse sentido, o PNO é uma estratégia de cuidado, uma oportunidade para melhorar a atenção à saúde bucal da gestante, podendo ser implementado durante o atendimento oferecido por ginecologistas, obstetras e enfermeiras, durante o acompanhamento pré-natal. Como esses grupos de profissionais de saúde são visitados com mais frequência durante e após a gravidez, há uma oportunidade promissora durante essas visitas para o desenvolvimento desse importante trabalho de promoção da saúde.

## **FATORES ASSOCIADOS À BAIXA ADESÃO DE GESTANTES AO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO**

É consenso a baixa utilização dos serviços odontológicos pelas grávidas, no Sistema Único de Saúde. Essa situação tem sido motivada pela existência de várias barreiras. As principais são aquelas relacionadas à política pública, aos serviços, ao profissional de saúde e à gestante (NEVES, 2013; PINTO, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016; NOGUEIRA, 2018; FAQUIM *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018; MARTINELLI *et al.*, 2020).

Em relação à gestante, observa-se a existência de desconhecimento sobre as consequências da não realização do pré-natal odontológico, tanto para a sua saúde quanto para a saúde da criança, bem como os riscos à longo prazo associado à má higiene bucal durante a gravidez.

Assim, movidas principalmente pelo receio de realizarem qualquer tipo de tratamento odontológico durante a gravidez, grande parte das mães não procura tratamento dentário durante a gestação, a menos que tenham algum problema agudo. Essa atitude acaba por favorecer o aparecimento de afecções bucais, cáries e gengivites que, se não tratadas a tempo, podem causar complicações que afetam o estado geral da gestante e do bebê (MARTINELLI *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

Dessa forma, uma barreira importante que têm levado as gestantes a não buscarem o pré-natal odontológico é a falta ou o reduzido conhecimento sobre as implicações dos problemas bucais comuns associados à gravidez para a saúde materno infantil. Há ainda limitada percepção da necessidade e importância do acompanhamento odontológico durante a gravidez (MOURA, 2015; BERNARDI *et al.*, 2019; SCHWAB *et al.*, 2021).

O desconhecimento contribui também para que a gestante tenha preocupações sobre a segurança fetal durante os procedimentos odontológicos, crenças e mitos sobre os

efeitos inevitáveis da gravidez na saúde bucal e a falta de consciência da importância de uma boa saúde bucal para a gestação (PINDARILHO, 2011; NEVES, 2013; PINTO, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016; NOGUEIRA, 2018; FAQUIM *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018; MARTINELLI *et al.*, 2020).

Variáveis socioeconômicas, como escolaridade e renda, também têm contribuído para essa baixa adesão. Sendo assim, quanto maior o grau de instrução e maior a renda salarial, maiores são as chances de a mulher buscar o serviço odontológico ao longo da vida, incluindo aí o período gestacional. As disparidades sociais influenciam a saúde bucal das mulheres, independente da gestação (PINTO, 2015; SCHWAB *et al.*, 2021).

Sendo a gravidez é um momento propício para o exercício da educação em saúde, torna-se necessária a inclusão de questões relacionadas à saúde bucal nesse processo. Para melhorar o uso dos serviços odontológicos, é recomendado que todas as mulheres tenham acesso aos serviços de promoção da saúde bucal, bem como à avaliação odontológica. Entende-se que o alcance dessa meta é responsabilidade de todos os profissionais que realizam assistência pré-natal.

A falta de ações educativas e orientações às gestantes foi apontada por Ferreira *et al.* (2016) como uma das principais barreiras à adesão das gestantes ao pré-natal odontológico, pois tais ações podem desmistificar os medos e ansiedades quanto ao tratamento.

A promoção da saúde comunitária é considerada essencial e ênfase especial deve ser colocada na remoção dos medos e tabus sobre a gravidez e tratamentos orais. O reconhecimento da importância da avaliação odontológica para o acompanhamento pré-natal torna-se imprescindível (NEVES, 2013; NOGUEIRA, 2018; BERNARDI *et al.*, 2019).

É indiscutível a importância da inserção da saúde bucal nas atividades de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional ao longo do acompanhamento pré-natal. Na perspectiva do cuidado integral para a realização de uma assistência humana e adequada, é necessário apoiar a mulher para que ela possa lidar com a labilidade emocional e as pressões socioeconômicas e culturais que a cercam, além das mudanças fisiológicas inerentes à gravidez (SANTOS NETO *et al.*, 2012; FAQUIM, 2016; SCHWAB *et al.*, 2021).

Ainda em relação às barreiras que se impõem ao pré-natal odontológico, é importante destacar algumas delas estão relacionadas ao próprio dentista. Uma vez que os objetivos dessa assistência são motivar e informar as gestantes sobre a importância de cuidar de sua saúde bucal, promover higiene e hábitos alimentares saudáveis, aplicar medidas preventivas específicas, detectar sinais ou sintomas indicativos de doença oral atual ou futura, realizar o tratamento de processos específicos e fornecer informações adequadas aos pais sobre os cuidados bucais de seu futuro filho, o profissional precisa estar atualizado em relação a essas questões (NEVES, 2021; ESPOSTI, 2015; BERNARDI *et al.*, 2019; MARTINELLI *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

Dessa forma, o odontólogo necessita ter conhecimento sobre as mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher durante a gravidez e sobre as questões inerentes ao tratamento odontológico durante o pré-natal. Esse entendimento auxilia o desenvolvimento do plano de tratamento e o aconselhamento odontológico e dietético para a gestante. Ao profissional que atua na Atenção Primária à Saúde compete reconhecer as peculiaridades das gestantes ao prestar o atendimento a elas, o que nem sempre ocorre (BERNARDI *et al.*, 2019; MARTINELLI *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

É provável que muitos dentistas não tenham o conhecimento necessário da importância do tratamento odontológico durante a gestação. Essa situação é decorrente, principalmente, às falhas no processo de formação, pois muitos profissionais recebem orientações escassas durante a graduação. Não recebem ainda, em muitos casos, qualquer tipo de capacitação ao ingressarem nas unidades de saúde, o que contribui fortemente para a insegurança na realização de assistência odontológica para gestantes (MARTINELLI *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

De acordo com Faquim (2016), a oferta de apoio à gestante e o adequado monitoramento são essenciais e o cirurgião-dentista deve se atentar a essas questões, para prestar cuidados preventivos e terapêuticos que não só contemplem os aspectos estomatológicos, mas que também envolvam e ampliem a sua perspectiva de assistência perinatal qualificada.

Há ainda a falta de interação do dentista com os demais profissionais, o que prejudica o acompanhamento mais próximo das necessidades da gestante, além de demonstrar fragilidades da equipe no atendimento integral (PINGARILHO, 2011; ESPOSTI, 2015; MOURA, 2015).

Em relação ao conhecimento insuficiente dos profissionais sobre cuidados pré-natais em saúde bucal, a educação permanente e a educação continuada, bem como os treinamentos em serviço são muito importantes nesse processo. Muitos prestadores de cuidados pré-natais não têm certeza da segurança dos procedimentos odontológicos durante a gravidez e hesitam em encaminhar ou tratar gestantes, apesar das diretrizes indicarem a segurança dos procedimentos odontológicos em todos os trimestres gestacionais.

Sendo assim, a incorporação de oportunidades educacionais mais consistentes para cuidados bucais durante a gravidez nos cursos de formação, especialmente em medicina, enfermagem e odontologia, se revestem de importância. Tais condutas podem eliminar as crenças entre os profissionais médicos e enfermeiros de que o encaminhamento para atendimento odontológico durante a gravidez não são sua principal tarefa e ampliar a visão deles sobre a integralidade do cuidado.

Sobre as barreiras relacionadas aos profissionais médicos e enfermeiros, acredita-se que esses profissionais de saúde têm o conhecimento da importância do pré-natal odontológico para a saúde da gestante. Entretanto, muitos deles não realizam informações e aconselhamentos sobre essa questão durante o acompanhamento pré-natal (SANTOS NETO *et al.*, 2012; MOURA, 2015; PINTO, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Segundo Nogueira (2018), muitos ginecologistas obstetras acreditam erroneamente que a radiografia e a anestesia dentária local são inseguras para a gestação. Para Esposti (2015), Gonçalves *et al.* (2020) e Schwab *et al.* (2021) a falta de conhecimento, de treinamento formal e as questões relacionadas à educação em saúde bucal são lacunas a serem preenchidas nos cursos de medicina para que esses profissionais motivem as gestantes a realizarem o pré-natal odontológico.

De acordo com Ferreira *et al.* (2016), a crença de que a saúde bucal não é uma questão de grande importância para a saúde da gestante leva muitos profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal a darem pouca importância a essa questão. Resulta ainda em não assumirem para si a responsabilidade de incluírem em seu plano de cuidados a realização de aconselhamento e orientações sobre saúde bucal.

Pingarilho (2011), Neves (2013), Moura (2015), Gonçalves *et al.* (2020) e Schwab *et al.* (2021) observam que a falta de encaminhamento da gestante ao dentista, está relacionada à falta de conhecimento e à pouca importância dada à saúde bucal pelo profissional médico.

Ademais, Faquim (2016) e Faquim *et al.* (2018) alertam para o fato de que a hierarquização dos profissionais e o modelo de assistência pré-natal centrado no médico, aliado ao pouco conhecimento desse profissional e dos enfermeiros sobre o pré-natal odontológico, contribuem para o pouco direcionamento da mulher ao dentista e, conseqüentemente, à baixa adesão da gestante à assistência odontológica. Sendo assim, as atitudes e crenças sobre o processo saúde-doença são influenciadas pela cultura médica vigente, pois as gestantes respondem, em geral, positivamente às indicações do profissional que realiza o controle pré-natal.

Há consenso de que a oferta de cuidados bucais preventivos durante a gravidez reduz a incidência e a gravidade das doenças bucais, tendo um impacto positivo na saúde bucal, no bem-estar e na qualidade de vida das gestantes. Entretanto, os achados deste estudo apontam para a realidade de que muitas brasileiras não procuram ou não recebem qualquer cuidado bucal durante a gravidez, apesar de uma parcela considerável delas apresentarem sintomas ou sinais de doença bucal (FERREIRA *et al.*, 2016; BERNARDI *et al.*, 2019).

Tal situação decorre principalmente devido à falta de planejamento conjunto da equipe multiprofissional que atua na assistência pré-natal. De acordo com Esposti (2015), é de grande importância, durante a gravidez, o cuidado integrado centrado nas necessidades das gestantes. Essa integração ocorre quando há comunicação entre profissionais e encaminhamentos adequados de pacientes, além do compartilhamento de informações clínicas e do gerenciamento do seguimento dessas usuárias.

Nesse processo, há de se valorizar a questão da vinculação das consultas médicas e de enfermagem às odontológicas. Para muitas mulheres, é difícil comparecer ao serviço de saúde somente para a avaliação dentária. Dessa forma, conciliar a consulta desses

profissionais com o atendimento odontológico potencializa a adesão (PINGARILHO, 2011; FERREIRA *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Somente com o fortalecimento e qualificação da assistência pré-natal a saúde oral se tornará parte desses cuidados (GONÇALVES *et al.*, 2020). O atendimento preventivo e curativo só se torna possível quando todos os profissionais trabalham em conjunto, com os mesmos objetivos e compreendendo a importância da assistência integral, incluindo aí a saúde bucal (PINTO, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016; VIANA, 2017; FAQUIM *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018; BERNARDI *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

Em relação às barreiras promovidas pelos serviços de saúde que contribuem para a baixa adesão ao pré-natal odontológico, destaca-se a falta de desenvolvimento integrado do cuidado ofertado nos serviços de saúde. Essa dificuldade de realização do trabalho colaborativo, promove, além do isolamento profissional, a falta de referência e contrarreferência e, conseqüentemente, a falta da oferta do cuidado com mais qualidade (FAQUIM, 2016; FERREIRA *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018).

O pré-natal odontológico centrado na gestante, é preconizado para a Atenção Primária à Saúde. Para tanto, é necessário que a mulher seja referenciada ao dentista na primeira consulta pré-natal. Porém, essa conduta entre os profissionais de saúde ainda é precária, comprometendo, dessa forma, a adequada assistência à gestante (SANTOS NETO *et al.*, 2012; NEVES, 2013; FAQUIM, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018).

A dificuldade de acesso de gestantes aos serviços odontológicos foi relatada nos estudos de Ferreira *et al.* (2016) e de Viana (2017), que destacam que algumas unidades de saúde não priorizam o atendimento a gestantes, sendo essa uma barreira importante e preocupante.

Essa dificuldade também foi observada por Nogueira (2018), Gonçalves *et al.* (2020) e Martinelli (2020). No Brasil, muitas unidades de saúde não reconhecem a necessidade da oferta desse atendimento de forma preferencial às gestantes. Tal situação ocasiona desigualdade no acesso ao cuidado adequado, especialmente para as gestantes com menor poder aquisitivo, que não têm renda suficiente para buscar atendimento privado.

A falta de recursos formais destinados ao pré-natal odontológico, bem como questões organizacionais envolvendo os gestores das unidades de saúde são também responsáveis pelas barreiras de acesso e levam a uma maior dificuldade ou pouco envolvimento entre os profissionais e as usuárias (FAQUIM, 2016; VIANA, 2017; SCHWAB *et al.*, 2021).

Por último e não menos importante está a barreira relacionada às políticas públicas de saúde que prejudicam a adesão à assistência odontológica durante a gravidez. Nesse sentido, destaca-se a importância da Educação Permanente em Saúde, especialmente na Atenção Primária, que é a ordenadora do cuidado (NEVES, 2013; FERREIRA *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Para além disso, está a necessidade de maior aporte de financiamento em saúde para o estabelecimento de sistemas integrados de saúde em todo o país. Outras questões



também emergem nesse processo, pois ao se examinar o sistema de saúde brasileiro, algumas soluções para abordar a saúde bucal durante a gravidez já foram incorporadas, mas não são amplamente divulgadas nem percebidas como serviços essenciais e disponíveis (NOGUEIRA, 2018).

Estratégias adicionais para promover a implementação da saúde bucal durante a gravidez na atenção básica são necessárias e podem ser alcançadas através de modificações no modelo organizacional dos serviços com a consolidação das linhas de cuidado (MOURA, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016; VIANA, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2020; SCHWAB *et al.*, 2021).

A integralidade do cuidado, apesar de ser parte importante das políticas públicas e das diretrizes de atendimento, ainda não ocorre na prática, dificultando as ações do pré-natal de modo geral e afetando de forma ainda mais consistente o pré-natal odontológico e, conseqüentemente, a prevenção e o tratamento de doenças bucais (FAQUIM *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2020).

Para que as políticas públicas de saúde sejam implementadas, é necessário o adequado dimensionamento de recursos humanos. No Brasil, existe uma distribuição desigual de profissionais, seja quando comparados aos profissionais médicos ou quando se trata de questões regionais, havendo muitas unidades que ainda não possuem equipe odontológica, especialmente em municípios menores, o que tem como consequência a dificuldade ao acesso e utilização dos serviços odontológicos de forma universal e igual entre as pessoas (ESPOSTI, 2015; VIANA, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2020).

Os protocolos clínicos são de grande importância para a qualidade da assistência e, conseqüentemente, para a melhor adesão ao pré-natal odontológico (ESPOSTI 2015). Faquim (2016) e Martinelli *et al.* (2020) alertam para o fato de que essa melhoria só será alcançada se forem criados protocolos de atendimento que incluam os serviços odontológicos. Uma atenção integralizada e articulada também é necessária, onde haja trabalho colaborativo entre os profissionais que compõem a equipe de assistência à gestante.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das produções científicas nacionais sobre a baixa adesão de gestantes ao Pré-Natal Odontológico (PNO) aponta fatores que dificultam a promoção da saúde bucal durante a gestação. Em relação à mulher, identifica-se barreiras de desconhecimento, falta de necessidade percebida, crenças, mitos, tabus e falta de informações. A dificuldade de acesso ainda ocorre em muitos municípios brasileiros. Sobre o profissional odontólogo, constata-se como barreiras a falta de formação profissional, de capacitação para inserção na atenção básica em saúde, de educação permanente em serviço e de integração com os demais membros da equipe de saúde.

No que diz respeito aos demais profissionais pré-natalistas, verifica-se que a falta de conhecimento, aliada à pouca importância dada à saúde bucal, são os principais fatores que levam esse profissional a não encaminhar todas as gestantes sob seus cuidados ao pré-natal odontológico. Os serviços de saúde, por sua vez, colaboram para essa baixa adesão, devido a fatores que perpassam a organização dos processos de trabalho, ao pouco reconhecimento pelas unidades de saúde da importância de priorizar esse tipo de atendimento para as gestantes, bem como a falta de recursos humanos e materiais. Em relação às políticas públicas de saúde, observam-se barreiras relacionadas à educação permanente, ao financiamento, à consolidação da linha de cuidado à gestante e à efetiva implementação das políticas existentes.

Ao especificar essas barreiras e relacioná-las com aquelas possivelmente existentes no município de Presidente Kennedy, é possível identificar ações capazes de potencializar a adesão ao PNO nesse município, tais como, melhor investimento em promoção da saúde bucal, tanto de forma coletiva quanto individual; organização dos serviços de atenção básica à saúde onde a gestante tenha a possibilidade de realizar a consulta odontológica no mesmo dia em que realiza o acompanhamento pré-natal e a estruturação de um programa de educação permanente que contemple a saúde materno infantil, incluindo a saúde bucal da gestante.

Uma vez que o Estado do Espírito Santo está em processo de consolidação da Rede de Atenção à Saúde Bucal, torna-se necessário, maior e melhor articulação entre o município de Presidente Kennedy e a Secretária Estadual de Saúde no sentido de compartilhar informações que possam subsidiar a construção de protocolo clínico para a saúde bucal desse município. Assim, será possível, padronizar capacitações para a equipe e, também as condutas e procedimentos a serem ofertados à população.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, S.F.A.; ROCHA, M.P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil: Mudanças a Partir de 1988. **Revista de Psicologia**, v. 13, n. 45, 2019, p. 488-501.

BERNARDI, C. et al. Assistência odontológica à gestante: conhecimento e prática de dentistas da rede pública e seu papel na rede cegonha. **Arq Odontol**, v. 55, n. 18, 2019, p. 1-11.

CASTRO, R.T.C. **Alteração hormonal durante a gravidez e possível impacto no periodonto**. 2016. 19f. Artigo [graduação]. Porto Velho: Faculdade São Lucas, 2016.

COSTA, J.A. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 11, n. 2, 2010, p. 86-93.

ESPOSTI, C.D.D. **Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. 2015. 201 f. Tese [doutorado] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

- FAQUIM, J.P.S. **Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal**. 2016. 167f. Tese [doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016.
- FAQUIM, J.P.S. et al. O método ZOPP e a organização do trabalho interprofissional voltado à atenção ao pré-natal em duas unidades de atenção básica. **Saúde em Debate**, 42, n. 117, 2018, p. 392-407.
- FERREIRA, S.M.S.P. et al. Pré-natal odontológico: acessibilidade e ações ofertadas pela atenção básica de Vitória da Conquista-BA. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 26, n. 2, 2016, p. 3-16.
- GARBIN, C.A.S. et al. A percepção de gestantes em relação à assistência odontológica. **Rev Int Odontol Psicol Odontol Pacientes Espec**, v. 1, n. 3-4, 2005, p. 82-87.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GONÇALVES, K.F. **Cuidado odontológico no pré-natal na atenção primária** à saúde: dados do PMAQ-AB. 2016. 73 p. Dissertação [mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.
- HUANG, X. et al. Maternal periodontal disease and risk of preeclampsia: a meta- analysis. **J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci**. v. 34, n. 5, 2014, p. 729-735.
- LEAL, A.O. et al. Estudo dos parâmetros salivares de gestantes. **Odontol. Clin. Client**, v. 12, n. 1, 2013, p. 39-42.
- LOPES, F.F. et al. Conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias dos serviços de saúde em São Luís, Maranhão, 2007-2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, 2016, p. 819-826.
- MARTINELLI, K.G. et al. Fatores associados ao cuidado de saúde bucal durante a gravidez. **Arquivos em Odontologia**, v. 56, n. 16, 2020, p. 1-9.
- MAY, L. et al. Pregnant patient knowledge of and obstetric provider advice on oral health. **J Dent Oral Disord Ther**, v. 2, n. 1, 2014, p. 1-6.
- MOURA, L.M. **Construção e validação do instrumento de investigação do conhecimento de gestantes sobre sua saúde bucal e a do seu bebê: perspectiva do cuidado em saúde**. 2015. 86f. Tese [doutorado] Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.
- NEVES, T.M.A. **Conhecimento de gestantes sobre atendimento odontológico durante a gravidez**. 2013. 81f. Dissertação [mestrado] Teresina: Centro Universitário UNINOVAFAP, 2013.
- NOGUEIRA, P.M. **O cuidado odontológico à gestante na rede pública de atenção primária de Belo Horizonte**. 2018. 105f. Dissertação [mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.
- OLIVEIRA, E.F.; HADDAD, A.E. **Saúde Bucal da Gestante: acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera**. São Luís: EDUFMA, 2018.
- OPPERMANN, R.V. et al. **Periodontia para todos: da prevenção ao implante**. São Paulo: Napoleão, 2013.

PEREIRA, R. et al. Saberes e práticas de médicos e enfermeiros relativos ao pré-natal odontológico. **JMPHC Journal of Management & Primary Health Care**, v. 10, n. 18, 2019, p. 1-19.

PINGARILHO, C.C. **Atenção à saúde bucal no pré-natal**: análise do acompanhamento de gestantes pelas equipes de Saúde Bucal na unidade de Saúde da Família de Jardim Gramacho, Duque de Caxias, RJ. 2011. 84f. Dissertação [mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2011.

PINTO, C.C.F. **Programa de Atenção Odontológica Materno-Infantil**: Avaliação do Impacto na Saúde Bucal na Primeira Infância. 2015. 105f. Tese [doutorado] Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2015.

RODRIGUES, L.G. et al. Pré-natal odontológico: assistência às gestantes na rede pública de atenção básica em saúde. **Arq Odontol**, v. 54, n. 20, 2018, p. 1-10.

SANTOS NETO, E.T.S. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 11, 2012, p. 3057- 3068.

SCHWAB, F.C.B.S. et al. Fatores associados à atividade educativa em saúde bucal na assistência pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, 2021, p. 1115- 1126.

VIANA, I.B. **Qualidade da assistência em saúde bucal na atenção primária em Pernambuco**. 2017. 114f. Dissertação [mestrado] Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

# AÇÕES INTERSETORIAIS REALIZADAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM PRESIDENTE KENNEDY – ES

*Data de aceite: 01/03/2024*

**Zileidi Santos Faria Souza**

**Maristela Dalbello-Araujo**

A intersectorialidade em saúde é entendida como um processo de construção compartilhada, envolvendo diversos setores, implicando no estabelecimento de corresponsabilidade e cogestão, com vistas a melhoria da qualidade de vida da população. No campo da saúde se insere o Agente Comunitário de Saúde (ACS), como trabalhador exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS), que exerce sua prática atuando como o elo que liga os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a comunidade, que deve ter sua prática orientada por uma perspectiva intersectorial, conforme previsto na Lei nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

O capítulo trata da pesquisa que visou investigar quais ações intersectoriais são desenvolvidas pelos ACS no município de presidente Kennedy – ES, segundo as perspectivas dos mesmos. Trata-se de um estudo descritivo exploratório

de abordagem qualitativa que foi realizada no Município de Presidente Kennedy, localizado no sul capixaba, sendo contemplados os ACS através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Buscou-se estudar a intersectorialidade entre as Políticas Públicas e a Política de saúde com o objetivo de identificar quais ações intersectoriais são desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde no município de Presidente Kennedy – ES, segundo a perspectiva dos mesmos.

Participaram 05 ACS atuantes no município há pelo menos um (01) ano. Cada um destes respondeu às perguntas representando os demais integrantes de sua equipe, no período de agosto e setembro de 2020, sendo gravadas em áudios, após comunicação e obtenção da autorização pelos entrevistados. Posteriormente foram transcritas para melhor tratamento dos dados e análises do seu conteúdo, por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011).

## AÇÕES REALIZADAS

A partir das entrevistas realizadas, tornou-se possível perceber que a atuação dos profissionais ACS no município pesquisado tem como foco a prevenção e promoção à saúde que se dá, principalmente, por meio de visitas domiciliares, estando em consonância com o previsto na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

*“Acompanho as famílias da minha microárea, trabalhando com a promoção e prevenção à saúde, faço mapeamento da microárea e demais afazeres dos ACSs” (EQUIPE 3).*

Abordando de forma específica o fazer destes profissionais no município em questão, foram destacadas práticas como cadastramentos, monitoramento das famílias, realização de palestras com a equipe da ESF numa perspectiva de educação em saúde, pesagem para coleta de dados para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e monitoramento das condicionalidades do PBF, na qual inclui o controle do cartão de vacina.

*“Faço acompanhamento domiciliar através das visitas a todos os usuários, cadastramentos e monitoramento aos cuidados em família. Ações de prevenção, orientação e promoção de saúde, através de informações e palestras com a equipe sobre educação em saúde” (EQUIPE 4).*

Achados similares aos resultados acima, foram identificados na pesquisa conduzida por Pedraza e Santos (2017), que constaram que a visita domiciliar, o acompanhamento do controle vacinal, ações de educação em saúde, o cadastramento dos usuários e acompanhamento de indivíduos que pertenciam ao grupo de risco se constituíam enquanto as principais atividades desenvolvidas pelos ACS's pesquisados.

Conforme exposto acima, a pesagem do SISVAN também é uma das atividades desenvolvidas pelos ACS's. O SISVAN é um programa inserido na Atenção Básica que tem por objetivo combater as carências nutricionais no Brasil, sendo o ACS um agente importante nas ações de acompanhamento do estado nutricional dos usuários, por intermédio da aferição do peso, da medição da altura e da transmissão de orientações nutricionais para estes usuários (ALVES *et al.*, 2018).

Assim, o MS atribui aos profissionais de enfermagem, principalmente aos ACS, o acompanhamento do estado nutricional dos usuários por meio da medição de peso e altura e orientações nutricionais gerais para toda a população. Nesse contexto, é imprescindível perceber o papel desses profissionais na operacionalização da Vigilância Alimentar e Nutricional (ALVES *et al.*, 2018).

Sobre a atuação do ACS na política de saúde, Morosini e Fonseca (2018) abordam que, de forma predominante, o fazer deste profissional, no campo da saúde, se dá por meio do entendimento dos determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença e da necessidade de consolidar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde. Tal prática se dá, principalmente, por meio da Visita Domiciliar, que visa o acompanhamento das condições de saúde das famílias que residem na microárea deste profissional, a fim

de transmitir orientações, informar sobre a forma de funcionamento dos serviços, dentre outras ações. Ressalta-se que, para além da Visita Domiciliar, estes profissionais atuam nas Unidades Básicas de Saúde apoiando atividades coletivas ligadas aos tradicionais programas de saúde, como por exemplo, o grupo de hipertensos, bem como demais atividades ligadas à promoção da saúde.

Para Pedraza e Santos (2017), a visita domiciliar potencializa a criação de vínculo, responsabilização, expande o acesso às informações e contribui para o desenvolvimento da credibilidade do profissional por parte dos usuários, propiciando melhores condições para que as demandas de saúde sejam resolvidas.

Em se tratando, especificamente, ao cadastramento realizado pelos ACS's, Morosini e Fonseca (2018, p. 267) refletem que o cadastramento de todas as pessoas da microárea deste profissional, bem como a manutenção de atualização destes dados, pode ser compreendida como a transição de uma atividade com escopo amplo e complexo (produção do diagnóstico) para uma tarefa de cunho predominantemente operacional (cadastramento).

Já sobre as ações de educação em saúde realizadas pelos ACS's do município pesquisado, Pedraza e Santos (2017) analisam que estas práticas são de fundamental importância e que estes profissionais podem ser considerados como fomentadores da educação popular em saúde, uma vez que situam suas práticas entre o conhecimento técnico e o popular.

Morosini e Fonseca (2018), por sua vez, pontuam que estas ações estão inseridas no principal eixo do trabalho deste profissional, para que se tenha uma Atenção Básica fortalecida e que, por isso, se faz necessária a adoção de Políticas Públicas voltadas para a qualificação destes profissionais, para que possam atender às distintas relações sociais e configurações da vida, nos mais diversificados contextos e territórios na qual se constrói e se apresenta o processo saúde-doença. É essencial que o ACS possa contribuir com práticas de orientação sobre a saúde da criança, pois seu trabalho é valorizado como precursor da educação popular em saúde, ao situar-se entre saberes técnico e popular (PEDRAZA; SANTOS, 2017).

Cabe destacar ainda que, estes profissionais possuem um papel de grande importância no contexto do PBF, na qual fornecem orientações aos usuários beneficiários acerca das condicionalidades em saúde (vacinação, acompanhamento do estado nutricional e pré-natal) que precisam ser cumpridas e realiza o acompanhamento do cumprimento destas. Destaca-se ainda, que este acompanhamento pode ser visto como um meio de potencializar a aproximação dos usuários com os serviços de saúde e aponta para a necessidade de articulação de ações intra e intersetorial, bem como fomentar ações que objetivem o empoderamento e autonomia dos usuários beneficiários em relação ao autocuidado e o desenvolvimento da cidadania (CARVALHO; ALMEIDA; JAIME, 2014).

Neste sentido, para alguns entrevistados, o acompanhamento realizado é direcionado a todas as famílias, enquanto que para outros, este é voltado apenas para gestantes, crianças, usuários com doenças crônicas e com deficiências.

*“Realizamos acompanhamentos a todas as famílias mensalmente, levando informações e orientações, divulgamos programas e eventos que irão acontecer na nossa unidade e quando identificamos alguns problemas de saúde encaminhamos*

Acerca disso, a pesquisa de Costa *et al.* (2013) também identificou que, de forma predominante, os ACS entrevistados não realizavam o acompanhamento de todas as famílias cadastradas em sua microárea e, salientam que, por vezes, há a priorização das famílias das quais possuem membros inseridos no grupo de risco e destacam que tal fato pode se dar em razão do elevado número de famílias cadastradas. Assim sendo, é preciso dizer o que está previsto na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), que diz que, a realização das visitas domiciliares, se dará mediante “as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares”. Desta forma, a referida portaria abre brechas para que o acompanhamento realizado pelo ACS não seja direcionado a todas as famílias do seu território de abrangência, embora seja de grande importância para identificação de possíveis agravos à saúde dos usuários.

A Portaria supracitada aponta ainda, como ações a serem desenvolvidas por este profissional, o estímulo a participação da comunidade no campo das políticas públicas; fornecimento de orientações para as famílias em relação ao uso apropriado dos serviços de saúde disponíveis; por meio das visitas domiciliares periódicas, realizar a identificação de situações de riscos e o monitoramento das famílias; efetivar a medição de glicemia capilar e da temperatura axilar, bem como a aferição da pressão arterial, encaminhando os casos que apresentem situações de risco para a Equipe de saúde responsável e, contribuir para o planejamento e a implementação de ações de saúde ao dispor de informações que se constituem enquanto indicadores de saúde (BRASIL, 2017). Assim nota-se que, a partir dos dados desta pesquisa, que o fazer do ACS no município de Presidente Kennedy-ES está em consonância com o previsto na referida portaria.

## **LIMITAÇÕES VIVENCIADAS PELOS ACS'S EM SUA ATUAÇÃO**

Durante a pesquisa realizada, os participantes ao serem interrogados sobre as principais limitações vivenciadas em sua prática profissional, ressaltaram a rotatividade de profissionais; a falta de apoio para execução dos projetos por eles elaborados; a demora na contrarreferência e, a sobrecarga no trabalho, associada a falta de qualificação profissional para o exercício da função.

*“Os limites e as dificuldades maiores é que estamos sobrecarregados e ficamos impotentes frente da nossa função, não recebemos treinamento nem qualificação adequada para despenharmos corretamente o nosso trabalho sem danos para os serviços de saúde e principalmente para a população” (EQUIPE 4).*



Ao remeter sobre o discurso expresso pelo participante da equipe 1, nota-se que houve o destaque da rotatividade de profissionais como sendo algo que limita as ações desenvolvidas pelos ACS's no município pesquisado, uma vez que gera a descontinuidade das ações, sendo este achado também identificado na pesquisa de Souza (2020). Em relação a esse fato, Pierantoni *et al.* (2015) refletem que a rotatividade no campo da saúde pública pode prejudicar o vínculo das equipes de saúde com a população, comprometendo os resultados desejados para os serviços de saúde, principalmente na ESF, uma vez que o modelo preconizado por este serviço possui ênfase na atenção a família e a comunidade, na qual o vínculo estreito entre elas e os profissionais de saúde é valorizado.

Na pesquisa de Speroni *et al.* (2016), os ACS's entrevistados também citaram a rotatividade dos profissionais como sendo um dificultador para o desenvolvimento das ações em saúde, já que atrapalha a continuidade destas e a organização do processo de trabalho, gerando pouca resolutividade nas ações.

O estudo de Almeida *et al.* (2016) ressalta que a falta de resolutividade nas demandas identificadas pelos ACS's também foi notória em sua pesquisa, ressaltando que, às vezes, não há por parte dos gestores esforços para que a qualidade da assistência seja aprimorada, gerando assim, a descontinuidade do serviço e acarretando uma sobrecarga para este profissional.

Já sobre a demora na contrarreferência, relatada pelo participante que representou a equipe 2, esta deficiência também foi observada nos estudos de Dias *et al.* (2014) e de Souza (2020). Riquinho *et al.* (2017) também identificou a esta limitação, e destaca que a comunicação entre os serviços foi analisada pelos ACS's entrevistados como sendo deficitária, uma vez que estes acionam os serviços, mas por vezes não obtém respostas para o acompanhamento das situações que se apresentam para eles em seu dia a dia, gerando angústias nos profissionais envolvidos e sentimento de impotência diante da situação detectada na família e na comunidade.

Ainda analisando a fala do entrevistado da Equipe 2, que aborda que "*Muitas vezes temos projetos bons que visa ajudar a comunidade*", vale refletir sobre o que diz Santos, Hoppe e Krug (2019), os quais esclarecem que existem casos em que o trabalho desenvolvido pelo ACS se restringe a determinadas ações que não se mostram capazes de dar conta das demandas da população atendida, reforçando a visão assistencialista que marca a trajetória da profissão, compreendendo a população como agente passivo, gerando para este profissional cobranças adicionais, desgaste físico e emocional e, ainda, o sobrecarregando de responsabilidades secundárias.

Analisando ainda a fala acima, Domingues, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2018), apontam que o ACS pode ser considerado como um profissional *sui generis*, que porta uma identidade comunitária e que realizam atividades que extrapolam o setor de saúde, possuindo um potencial inovador. Contudo, estes não podem ser considerados como "super-heróis", sendo posta em "suas mãos" uma responsabilidade desta proporção: é notório que

as ações por ele desenvolvidas são dotadas de potencial de mudanças, mas não se pode negar que existem desafios macro e micropolíticos engendrados no processo de trabalho, os quais precisam ser reconhecidos como fatores limitantes das ações desenvolvidas por estes profissionais.

Falando sobre a falta de ética como limitação para o trabalho desenvolvido por esta categoria profissional, destacada pelo entrevistado que representou a equipe 3, também foi pontuada pelos ACS's entrevistados na pesquisa de Riquinho *et al.* (2017), na qual estes mencionaram que seus processos de trabalhos eram prejudicados pela falta de sigilo de alguns profissionais.

No que diz respeito a fala do participante da equipe 4, que diz sobre a sobrecarga vivenciada por eles, dado também encontrado na pesquisa de Almeida *et al.* (2016), que relatam que essa sobrecarga é encontrada entre estes profissionais em razão da elevada carga física e emocional em que estão expostos, uma vez que lidam diretamente com as demandas sociais e de saúde da população que são postas sob sua incumbência, tais como: demandas de situações de violências, fome, drogas, transtornos mentais etc. Além disso, destaca-se o fato da ausência de delimitação bem clara das competências inerentes a estes, ocasionando excessiva carga de trabalho.

Riquinho *et al.* (2017), em sua pesquisa também constataram essa sobrecarga vivida pelos ACS's, a associando também a ausência de definições bem estabelecidas sobre as competências destes profissionais, que por sua vez abre espaço para que eles venham assumir atividades que se apartam de seu *lôcus* de intervenção. Soma-se a isso, a ausência de qualificação profissional que parece estar repercutindo de forma negativa na assistência ofertada aos usuários, conforme mencionado também pela entrevistada que representou a equipe 4, destacada por Francolli *et al.* (2015) como sendo indispensável para que os ACS's busquem atender as famílias por eles acompanhadas em suas necessidades, voltando seus olhares e, conseqüentemente, as ações de saúde para além das práticas de cunho curativista.

Diferentemente do identificado neste estudo, destaca-se a pesquisa de Simas e Pinto (2017), que visualizaram que a maioria dos ACS's participantes da pesquisa realizavam cursos de qualificação que eram disponibilizados pelas secretarias de saúde das quais estavam ligados e que estes eram capazes de gerar mudanças no perfil de formação destes profissionais, além de ser vista como um mecanismo de valorização e reconhecimento desta categoria profissional.

Conforme descreve Santos, Hoppe e Krug (2019), o ACS compõe uma categoria profissional que não possui formação específica direcionada para o contexto da saúde, fazendo-se necessário o aprimoramento de seu trabalho. Desta forma, faz-se necessário que estes venham receber educação continuada que envolve reflexões acerca do processo saúde-doença e seus determinantes sociais, concepções de comunidade, família, liberdade e autonomia dos usuários, trabalho em equipe e as políticas de saúde (ANDRADE; CARDOSO, 2017).

Essa ausência de qualificação também foi encontrada no estudo de Almeida *et al.* (2016), a qual foi mencionada pelos ACS's como limitação de sua prática, sendo necessária, haja vista as ações executadas por estes em seu dia a dia, em especial durante as visitas domiciliares, na qual estes profissionais atuam representando o serviço de saúde e, encontram-se isolado em face das diversas possibilidades de abordagem e que, alguns casos, escapam de sua capacidade técnica e intelectual. A deficiência acima identificada pelos ACS's do município de Presidente Kennedy, também foi descrita pelos ACS's entrevistados por Garcia *et al.* (2019), mostrando-se como uma questão preocupante para estes, uma vez que, o baixo investimento nesta área, resulta na ausência de embasamento teórico para oferecer melhores informações para a comunidade.

Assim, considerando a existência da falta de qualificação profissional vivenciada pelos ACS's do município de Presidente Kennedy, verifica-se a necessidade de investimento nesta área por parte do referido município, a fim de que as ações desenvolvidas por estes profissionais sejam aperfeiçoadas. Neste sentido, destaca-se a Portaria nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, publicada pelo MS, que instituiu o “Programa Saúde com A gente”, destinado à formação técnica dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias, em consonância com as necessidades do SUS (BRASIL, 2020). Assim, acredita-se que com a publicação desta, a brecha identificada na atuação dos ACS do município pesquisado, no que se refere a falta de qualificação, possa ser preenchida.

Dentre as ações intersetoriais desenvolvidas, recebeu destaque aquelas que tratam de indivíduos e famílias que apresentam algum tipo de vulnerabilidade social.

*“Quando nós nos deparamos com famílias que estão em vulnerabilidade social e que se enquadram no perfil do CRAS e demais necessidade que o usuário estiver, encaminhamos para esse setor” (EQUIPE 3).*

A atuação do ACS's na política de Assistência social pode ser atestada na pesquisa de Souza (2020), que reforçou a importância da participação desta categoria profissional para a referida política, devido ao fato deste fazer parte do cotidiano das famílias que são acompanhadas por esta. A referida autora destacou que, embora haja a comunicação entre a Política Pública de Saúde e a de Assistência social, nota-se que é preciso que esta venha ser amadurecida, para que haja uma constante articulação intersetorial entre ambas.

Domingues, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2018) também destacam que a prática do ACS transcende o setor da saúde, uma vez que este sempre se depara com situações que exigem uma ação intersetorial, uma vez que estes reconhecem seu território de abrangência que, por sua vez, possibilita realizar o diagnóstico de grupos socialmente vulneráveis. Por isso, sua atuação em rede de atenção implica na articulação de diversos setores visando produzir saúde por intermédio do rompimento das dificuldades que se fazem presentes neste campo, no qual este rompimento propicia maior resolutividade e produção de um cuidado-cuidador. Além disso, as idas e vindas do usuário em busca de atendimento são diminuídas com o rompimento dessas dificuldades. Não obstante, muitas das necessidades da comunidade extrapolam a área estrita da saúde.

Riquinho *et al.* (2017) citam que os ACS's são confrontados em sua prática com situações extremamente complexas, como por exemplo, os casos de diversos tipos de violências, como agressões, abuso sexual e abandono. Tais situações demonstraram a delicada tarefa que é designada a estes profissionais que, por serem concebidos como representantes do Estado, precisam atuar também numa perspectiva de defesa dos indivíduos que buscam por segurança, como por exemplo, os casos de crianças ou idosos vitimados.

Andrade e Cardoso (2017) descrevem que o vínculo do ACS que é estabelecido com os usuários, torna possível uma inserção diferenciada no contexto familiar dos sujeitos acompanhados, contribuindo para que este profissional tenha contato com realidades das quais dificilmente outros integrantes da equipe de saúde teriam acesso. Desta forma, este profissional é visto como o principal ator para que a realidade vivida pela família seja captada, exercendo a vigilância em saúde no que se refere à comunidade.

Diante disso, é importante citar que, conforme descreve Alonso *et al.* (2018), o ACS geralmente consegue estabelecer com o usuário uma relação de confiança e credibilidade, que lhe permite se aproximar de seus problemas que, mesmo estando inserido no processo saúde e doença, transcendem a dimensão biológica, como exemplo, as situações de violência doméstica, abuso sexual e de maus tratos a idosos. Estas situações englobam uma complexidade que só se tornam possíveis de serem acessadas a partir da construção de uma relação de confiança ente os usuários e os ACS's.

Assim, Santos, Hoppe e Krug (2019) refletem que, devido ser a atividade do ACS desenvolvida em sua maioria fora das dependências dos serviços de saúde, estes profissionais se veem diante de situações que são singulares a sua prática, que são peculiares do seu território, como por exemplo, as situações de pobreza, situações de violência e pobreza, que necessitam de intervenções intersetoriais.

As visitas domiciliares realizadas pelos ACS's são um valioso instrumento para que estes profissionais venham fazer um diagnóstico situacional das vulnerabilidades apresentadas pela família, permitindo identificar situações de extrema pobreza, insegurança alimentar, bem como, a existência de grupos vulneráveis. Deste modo, após identificar as famílias mais vulneráveis, o ACS pode estabelecer contato com outros serviços, como por exemplo, o serviço de proteção e o de assistência social, para que a família seja assistida nas demandas que foram identificadas (MACIEL *et al.*, 2020).

Assim, embora o trabalho do ACS possa ser considerado como o do campo da saúde, este, por sua vez, engloba ações intersetoriais, como por exemplo, a articulação com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), a fim de buscar melhores estratégias que garantam a prevenção e a promoção da saúde das famílias de sua microárea (MACIEL *et al.*, 2020).

Portanto, pode-se dizer que o ACS se encontra inserido na linha de frente da identificação de situações de riscos de violência, fazendo-se necessário um treinamento adequado para que estes possam desenvolver ações intersetoriais de prevenção e controle das violências que se fazem presentes em seu território (VIEIRA- MEYER *et al.*, 2021).

As entrevistadas também fizeram menção a realização de palestras, a participação nos grupos do Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus (Hiperdia), a coleta de dados para o SISVAN e a liberação da Ficha de Cadastro do Usuário, como sendo ações intersetoriais, quando na verdade, se referem a ações que são inerentes ao seu fazer diário. Deste modo, nota-se que os ACS não possuem expressiva clareza acerca das atribuições que lhe são designadas, e que por isso intitulam como ações intersetoriais até mesmo aquelas que são de sua competência.

*“Sempre desenvolvemos atividades nas escolas sobre saúde bucal e como ter bons hábitos alimentares, através de palestras com profissionais da equipe como: dentistas, enfermeiros e nutricionistas” (EQUIPE 2).*

Em se tratando das palestras realizadas pelos ACS's, juntamente com a equipe da ESF, Alonso *et al.* (2018) reforçam que tais ações são de grande relevância, tendo como efeito positivo a integração dos ACS's com os demais profissionais, possibilitando assim, o estabelecimento de atuações coletivas para o enfrentamento de determinados problemas identificados na comunidade. Acerca disso, Dantas *et al.* (2018) refletem que o ACS é um ator de destaque para o campo da educação em saúde, uma vez que, a partir do desenvolvimento de práticas educativas, é possível haver transformações no campo da atenção à saúde individual e coletiva e que, mesmo sendo assim, nota-se que ainda não há grande investimento na qualificação deste, conforme também encontrado nos relatos dos ACS's entrevistados nesta pesquisa. Soares *et al.* (2020), corroborando com os resultados da presente pesquisa, verificaram que os ACS's, além de realizar as visitas domiciliares, realizavam também palestras e eram atuantes nos grupos de Hiperdia.

Contudo, analisando a participação do ACS no Hiperdia, é preciso destacar o que diz a pesquisa de Souza (2020), que também identificou que os profissionais entrevistados reconheciam ações realizadas por um determinado profissional em conjunto com demais profissionais da equipe de saúde como sendo ações intersetoriais, mas que na verdade se tratavam de ações intrasetoriais e que expressavam a interdisciplinaridade, não podendo, portanto, ser confundidas como práticas intersetoriais.

O Hiperdia se refere a um sistema que visa o cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, onde os profissionais de saúde recebem a incumbência de ofertar aos usuários o atendimento e realizar o preenchimento dos dados neste sistema. Além disso, cabe a estes profissionais, programar e implementar ações de investigação e acompanhamento dos usuários, na qual, a educação em saúde precisa ser englobada em seu fazer cotidiano, exemplo dessa prática é a realização de palestras a fim de contribuir para que o usuário possa aderir ao tratamento, uma vez que este é visto como protagonista do seu processo de reabilitação (FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

A atuação intersetorial do ACS no Programa Bolsa Família (PBF) foi reconhecida pelos participantes da pesquisa conduzida por Souza (2020) como sendo uma ação de caráter intersetorial que envolve a política de assistência social e a política de saúde. Sobre o PBF, outros autores citam que existe uma complexidade no que se refere a gestão das condicionalidades do referido programa, uma vez que o processo engloba diferentes setores, como o da saúde, educação e assistência, além de envolver, na sua operacionalização, diversos atores (MORAES;MACHADO, 2017).

Em relação a liberação da Ficha de cadastro do usuário, é importante frisar que no município estudado o documento supracitado é indispensável para que os municípios possam pleitear os diversos benefícios ofertados pelo município, uma vez que é por meio desta que é possível comprovar o tempo de moradia no município, sendo este um dos critérios utilizados para concessão dos benefícios ofertados pelas diversas secretarias municipais da cidade de Presidente Kennedy-ES. Desta forma, nota-se que, o cadastramento realizado pelo ACS's, vai além da coleta de informações sobre questões de saúde da família, uma vez que, a partir deste, a Ficha da família é elaborada e, esta se constitui enquanto documento para obter os benefícios que estão disponíveis no município.

Na concepção dos entrevistados, os setores que demonstram mais receptividade para o desenvolvimento das ações intersetoriais são: o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); o Conselho Tutelar; a Secretaria Municipal de Habitação; a Secretaria Municipal de Educação e, a Secretaria Municipal de Transporte.

*“Os setores que mais cooperam para a realização de ações intersetoriais é a educação, assistência social, conselho tutelar e transporte” (EQUIPE 5).*

Deste modo, pode-se perceber, no discurso de uma entrevistada que representou a equipe 4 que, embora se reconheça a necessidade de integração da saúde com as demais secretarias do município, na prática, essa integração não ocorre. Assim, é preciso destacar o que diz Dias *et al.* (2014, p. 4372), que pontuam que, “por vezes, verificam-se práticas que envolvem vários setores e que são rotuladas como se fossem intersetoriais, mas que, não estão interligadas de forma efetiva”.

Assim, ressalta-se que a “intersectorialidade implica coparticipação efetiva, ou seja, fazer parte da gestão, da produção e do usufruto compartilhado de algo ou de um processo”. Acerca disso, Anastácio *et al.* (2016) destacam que, para que a intersectorialidade se efetive, é primordial que as diversas políticas públicas não trabalhem de forma isoladas, mas sim interligadas e interdependentes, para que ocorra interações capazes de proporcionar ganhos para todos os sujeitos envolvidos. Analisando ainda algumas falas, nota-se que os entrevistados entendem que algumas atividades que realizam não são de sua competência. Esta percepção também foi identificada entre os ACS's nas pesquisas de Riquinho *et al.* (2017), Alonso *et al.* (2018) e Santos, Hoppe e Krug (2019). O ACS's está inserido em

um campo de indeterminações e incertezas, onde não se tem uma clara definição acerca de suas competências, saberes e habilidades. Essa indefinição contribui para que estes assumam atividades que se mostram distantes de seu lócus de intervenção, ou seja, o território vivido (RIQUINHO *et al.*, 2017). Alonso *et al.* (2018, p. 6) também afirmam que não existe uma definição clara sobre as atribuições inerentes aos ACS's, resultando no excesso de funções desempenhadas por estes, das quais muitas delas não são de sua competência e outras são inseridas de forma gradual e oficial no rol de suas atribuições, como por exemplo: a pesagem das famílias para cadastramento do PBF.

Este panorama confirma a ideia de que este profissional é percebido como um trabalhador polivalente “[...] que, por conta da indefinição das margens das suas atribuições profissionais e da idealização do seu papel, tem o escopo de atuação constantemente alargado”. Assim, é preciso que seja repensada a prescrição das atribuições inerentes a este profissional, faz-se necessária que haja uma melhor definição do papel desta categoria, a fim de que suas ações sejam dimensionadas segundo os recursos disponibilizados.

Já em relação aos setores que demonstram menor receptividade para o desenvolvimento das ações intersetoriais, as participantes deste estudo destacaram: a Secretaria Municipal de Finanças; os setores privados; a Vigilância Epidemiológica; a Secretaria Municipal de Segurança Pública e, a Secretaria Municipal de Obras

*“Bom, para mim é o setor finanças, pois muitas vezes eles ouvem a gente, mas não colocam em prática nossas reivindicações”* (EQUIPE 1).

*“Os setores privados”* (EQUIPE 2).

*“Os setores mais difíceis de conversar é a vigilância epidemiológica, secretaria de segurança e secretaria de obras é a que temos menos acesso e as mais complicadas”* (EQUIPE 5).

Em se tratando de intersetorialidade, é preciso dizer que a comunicação entre os setores envolvidos é de grande relevância e que a falta deste elemento impede que esta prática se efetive. Conforme expõe Warschauer e Carvalho (2014, p. 100) “a comunicação é a costura da ação intersetorial, à medida que articula as partes, expõe os conflitos e pode viabilizar soluções [...]”. Esta é responsável por amarrar todas as questões envolvidas na ação intersetorial, é uma das peças indispensáveis para que o “quebra-cabeça” da intersetorialidade seja montado. Assim, a comunicação eficiente entre os diversos indivíduos e setores envolvidos é o que permite a efetivação de uma ação intersetorial, ou seja, é esse elemento que cria a ligação entre os problemas e as soluções, entre os erros e os acertos, entre o todo com as partes, propiciando assim, uma ação conjunta. Ainda, cabe dizer que não apenas os setores públicos precisam estar envolvidos nas ações intersetoriais, mas também os setores privados, igrejas e associações comunitárias (DIAS *et al.*, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização desta pesquisa tornou-se possível compreender como tem ocorrido a atuação dos ACS no município de Presidente Kennedy; as principais limitações que estes vivenciam em sua prática diária; o que estes profissionais concebem como ações intersetoriais; as principais atividades desenvolvidas por estes atores envolvidos na política do SUS e os principais setores que demonstram maior receptividade para o desenvolvimento destas ações.

A pesquisa evidenciou que a atuação dos ACS no município estudado encontra-se em harmonia com as previsões destacadas na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que norteia a prática destes profissionais no Brasil. Tal atuação ocorre especialmente por meio dos cadastros das famílias que fazem parte da sua área de abrangência, na qual, a partir disso, é realizado o monitoramento em saúde. Além disso, essa atuação também compreende o desenvolvimento de ações como palestras, realizadas em conjunto com a Equipe da ESF, dos quais atuam como promotores da educação em saúde.

Os participantes da pesquisa evidenciaram ainda que realizam a pesagem do SISVAN e que acompanham o cumprimento das condicionalidades previstas pelo PBF, que se constitui como uma expressão clara de uma das ações intersetoriais realizadas pelos ACS do município de Presidente Kennedy. Para o desenvolvimento de suas ações, os ACS se apropriam principalmente das visitas domiciliares como um recurso importante que lhes permitem conhecer a realidade vivida pelas famílias de sua microárea, como talvez, outro profissional que compõe a equipe não conseguiria visualizar.

Contudo, é preciso abordar que existem limitações que se apresentam como grande desafio para que as práticas destes profissionais sejam mais exitosas, tais como: a grande rotatividade de profissionais; o escasso apoio para execução dos projetos elaborados pelos ACS; a demora na contrarreferência; a sobrecarga vivenciada no processo de trabalho e ainda, a falta de qualificação profissional para o exercício da função. Tais limitações apontam para a fragilidade das Políticas Públicas no município em questão e sugerem que estas precisam ser superadas para o bom êxito da atuação do ACS junto a equipe da ESF, visando alcançar resultados mais satisfatórios.

Desta forma, é preciso que seja analisada a forma de contratação adotada pelo município, que talvez pode estar influenciando para que haja a alta rotatividade de profissionais. Faz-se necessário que os gestores possam estimular os projetos propostos por estes profissionais, uma vez que estes possuem conhecimento sobre a realidade vivida no interior de cada família, o que possibilita ter conhecimento sobre as demandas das famílias.

Para que seja superada a demora na contrarreferência, sugere-se que esta deva ser abordada junto aos atores envolvidos, visando evidenciar as consequências que incidem sobre o usuário devido a essa demora. Já no que diz respeito a sobrecarga que



os ACS relatam sentir, faz-se necessário que o processo de trabalho destes profissionais seja avaliado, com vistas a oferecer a estas melhores condições de trabalho e designar para estes as atribuições apenas que lhe competem. Soma-se a isso, a necessidade de qualificação para que possam obter os aportes necessários para atuarem em consonância com as diretrizes do SUS, apontando que, não se tem tido, por parte do município, o incentivo para essa qualificação, que por sua vez pode estar influenciando no serviço que tem sido prestado para a população.

Diante dos dados acima, é preciso que a gestão municipal implemente ações que possam fortalecer a integração entre os setores que são menos receptivos às ações intersetoriais propostas pelos ACS's do município de Presidente Kennedy-ES, a fim de que os munícipes sejam atendidos das demandas que são apresentadas a estes profissionais durante as visitas domiciliares.

Por outro lado, importa dizer que as fragilidades evidenciadas nesta pesquisa, não se tratam de uma questão restrita apenas ao município estudado, mas sim, de uma realidade que perpassa todo o SUS, na qual retrata a precarização que este sistema vem sofrendo ao longo dos últimos anos, e o desmantelamento desta política que é fruto de intensas lutas sociais. Desta forma, sugere-se que a realidade apresentada pelo município de Presidente Kennedy-ES, se constitui enquanto reflexo das deficiências vivenciadas pela política pública em âmbito nacional, que sofre sobretudo com os elevados cortes de gastos que incide diretamente na assistência prestada aos usuários deste sistema de saúde pública.

A partir deste estudo, foi possível notar que os ACS do município de Presidente Kennedy-ES atuam muito além do aspecto de saúde, uma vez que estes possuem um olhar cuidadoso para as situações de vulnerabilidades sociais vivenciadas pelas famílias, das quais exigem a atuação junto a Secretaria de Assistência Social.

É preciso destacar que, o exercício da intersetorialidade não requer apenas o desempenho do ACS, mas sim de todos os profissionais envolvidos nas Políticas Públicas. Por isso exige a adoção de uma Política Pública que envolva todos os setores, a sociedade de modo geral, entidades governamentais e não governamentais, a fim de que as ações planejadas possam alcançar os resultados desejados. A partir dos dados desta pesquisa, espera-se trazer melhorias para o processo de trabalho do ACS no município de Presidente Kennedy-ES e, conseqüentemente, para a população assistida.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, C. M. do C. *et al.* Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 14, 2018.

ALMEIDA, A. M. de *et al.* Dificuldades dos agentes comunitários de saúde na prática diária. **RMMG**, v. 26, e. 1800, 2017.

- ALVES, I. C. R. *et al.* Limites e possibilidades do sistema de vigilância alimentar e nutricional na atenção primária à saúde: relatos de profissionais de enfermagem. **Demetra – nutrição, alimentação & saúde**, v. 13, n. 1, 2018.
- ANASTÁCIO, E. *et al.* Intersetorialidade entre as políticas públicas de assistência social e saúde: desafios para a promoção da saúde. **Rev. Med.**, Minas Gerais, v. 26, Supl. 8, p. S362-S366, 2016.
- ANDRADE, V. M. P.; CARDOSO, C. L. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 87-98, jan. /abr. 2017.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2436, 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).
- BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria MS nº 3241, de 7 de dezembro de 2020**. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.
- CARVALHO, A. T. de; ALMEIDA, E. R. de; JAIME, P. C. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.4, p.1370-1382, 2014.
- COSTA, N.R. *et al.* **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- DANTAS, D. S. G. *et al.* A Formação dos agentes comunitários de saúde em educação popular: implicação na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Motricidade**, v. 14, n. 1, p. 157-163, 2018.
- DIAS, M. A.S. *et al.* Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n. 11, p. 4371-4382, 2014.
- DOMINGUES, C. C.; WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO- ARAUJO, M. D. Potencialidades do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 2018.
- FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M.G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 265-278, out 2014.
- FRACOLLI, L. A. *et al.* Perspectivas das ações intersetoriais, de inclusão e participação sociais desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Rev. Bras Promoção saúde**, Fortaleza, 2015.
- GARCIA, L. M. T. *et al.* Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966- 980, out. /dez. 2014.
- MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, Supl.2, p. 4185-4195, 2020.

MORAES, V. D. de; MACHADO, C. V. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 129-143, set. 2017.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na atenção primária à saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 261-271, 2018.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 18, n. 3, p. 97-105, jul. /set. 2017.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647, jul.-set 2015.

RIQUINHO, D. L. *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 163-182, jan. /abr. 2018.

SANTOS, A. C. dos; HOPPE, A. dos S.; KRUG, S. B. F. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280403, 2018.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. de M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n 6, p.1865-1876, 2017.

SOARES, A. M. *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, N. 3, e300332, 2020.

SPERONI, K. S. *et al.* Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Rev. Cuid**, v. 7, n. 2, p. 1325-37, 2016.

SOUZA, M. da C. O. **Intersetorialidade entre as políticas de saúde e assistência social: possibilidades e limites em Presidente Kennedy- ES.** 121p. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia. Vitória, Espírito Santo, 202.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. *et al.* 0328/2020 - Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 26, n. 2, fev. 2021.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. de. O conceito "Intersetorialidade": contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.1, p.191-203, 2014.

# AÇÕES E SERVIÇOS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES EM PRESIDENTE KENNEDY

*Data de aceite: 01/03/2024*

**Jordana Ferraz da Silva**

**Silvia Moreira Trugilho**

A sociedade brasileira carrega na sua estrutura a relação desigual de poder entre homens e mulheres e a marca de uma cultura firmada no modelo patriarcal, o que contribui sobremaneira para a ocorrência das mais variadas formas de violência contra a mulher, com os elevados índices que se verifica no contexto atual.

Bittencourt (2020) assinala que a violência contra mulheres é um fenômeno inscrito na estrutura da sociedade brasileira e seu enfrentamento demanda o reconhecimento de suas raízes, assim como sua capilaridade nas relações e esferas da vida social, exigindo do Estado um posicionamento firme na efetivação de políticas públicas de atenção e proteção às mulheres em situação de violência.

A violência praticada contra mulheres representa um problema social de grande magnitude, presente tanto nos grandes centros urbanos como nos

pequenos municípios, o que sinaliza a importância do investimento em estudos para melhor conhecimento de suas expressões e formas de enfrentamento. Neste sentido, realizamos uma pesquisa na qual dirigimos nossa atenção para a expressão da violência contra mulheres tomando como cenário o município de Presidente Kennedy, com vistas a analisar as formas desenvolvidas por esse município no atendimento às mulheres em situação de violência.

O texto que se segue emana, portanto, da pesquisa desenvolvida, orientada epistemologicamente pelo método materialista histórico-dialético, com análise apoiada em referencial teórico crítico presente no campo das ciências sociais, e se traduz na sistematização dos resultados obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuam no atendimento a mulheres em situação de violência no referido município. Na realização da pesquisa a atenção esteve voltada para a identificação das ações e serviços existentes no município e

suas articulações entre as diferentes políticas públicas, as dificuldades enfrentadas para a consolidação da rede de serviços de enfrentamento à violência contra a mulher, bem como os resultados alcançados a partir dos serviços e ações existentes.

Assim, buscamos agora apresentar as ações e serviços de atendimento a mulheres em situação de violência no município de Presidente Kennedy, na correlação com as proposições contidas nos documentos que balizam políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher, tais como o Pacto pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres, a Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e a Lei Maria da Penha.

Nesta perspectiva, a abordagem das ações e serviços de enfrentamento à violência contra mulheres no município de Presidente Kennedy está organizada no texto em duas partes. A primeira parte do texto contém uma descrição da atenção às mulheres vítimas de violência na realidade do município e a segunda cumpre a função de realizar uma reflexão crítica sobre a realidade encontrada na pesquisa.

## **O CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E A ATENÇÃO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

A Assistência Social foi definida pela Constituição Federal de 1988 como política pública de direitos, não contributiva, inserida no Sistema de Seguridade Social, junto com as políticas da Saúde e da Previdência Social, constituindo-se em uma política estatal de proteção social. É oportuno destacar que a Constituição Brasileira de 1988 representa no Brasil um importante marco no processo histórico de construção de um sistema de proteção social, garantindo direitos humanos e sociais como responsabilidade pública e estatal. Diante disso, o conjunto das necessidades dos cidadãos brasileiros de âmbito pessoal e individual inscreveu-se definitivamente nos compromissos e responsabilidades dos agentes públicos, inaugurando no país um novo modelo proteção social (SPOSATI, 2009).

Esses avanços promoveram o reconhecimento da assistência social como política pública, dever do Estado e direito do cidadão que dela necessitar, rompendo, portanto, com paradigmas e concepções conservadoras de caráter benevolente e assistencialista. A assistência social passou a ser parte do direito aos cidadãos e não objeto de manipulação política.

Como resultado de um processo democrático e participativo de âmbito nacional, que envolveu amplo debate com representações de diversos segmentos da sociedade, foi aprovada, em 2004, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), ancorada nos dispositivos da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) – Lei nº 8.742/1993. Com base na PNAS, foi aprovada, em 2005, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS), que regulou a organização em âmbito nacional do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2005).

Dentre os equipamentos públicos estatais da política pública de assistência social, inseridos no SUAS está o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) que, considerando a definição expressa na Lei nº 12.435/2011, configura-se como unidade pública estatal de abrangência municipal ou regional tendo como objetivo estabelecer referência nos territórios, oferecendo trabalho social especializado no Sistema Único de Assistência Social a indivíduos e famílias em situação de risco pessoal e social (BRASIL, 2011a).

Constitui ainda parte das funções do CREAS a oferta de serviços de proteção social especial de média e de alta complexidade, sendo serviços de proteção social especial de média complexidade aqueles ofertados a famílias e indivíduos que mantêm os vínculos familiares e não necessitam ser afastados do seu convívio. Já os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles ofertados a indivíduos que romperam esses vínculos e necessitam estar em instituições acolhedoras, a partir de situações tais como: violência física, psicológica e negligência; violência sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida de proteção; situação de rua; abandono; trabalho infantil; discriminação por orientação sexual e/ou raça/etnia; descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família em decorrência de violação de direitos; cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade por adolescentes, entre outras (BRASIL, 2011a). A atenção a mulheres em situação de violência se encaixa nesses dois tipos.

O município de Presidente Kennedy possui um único CREAS, que é composto por uma coordenadora do serviço, três assistentes sociais, três psicólogas, duas pedagogas, duas oficiais administrativas, um orientador social e um auxiliar de serviços gerais. Os trabalhadores do CREAS são em sua maioria contratados por meio de processo seletivo para contratação temporária, que acontece a cada 02 anos, sendo funcionários efetivos somente o auxiliar de serviços gerais e o motorista. Este equipamento público divide seus atendimentos por equipe, sendo uma equipe constituída por uma assistente social, um psicólogo para atendimento de demandas de idosos e crianças; e outra equipe formada por duas assistentes sociais, um psicólogo para demandas de medidas socioeducativas, de mulheres e de pessoas com deficiência.

Quanto à assessoria jurídica, o CREAS possui vaga para dois profissionais com formação em Direito, mas ainda em processo seletivo para a ocupação das vagas. Neste caso, a assessoria, quando necessária, vem sendo realizada por um profissional com essa formação cedido de outro setor da Administração Municipal. O CREAS não conta com motorista exclusivo do serviço, mas conta com o profissional lotado na Secretaria de Assistência Social, com parte de sua carga horária disponibilizada para atendimento às demandas do CREAS. Isso garante a utilização de veículo para ações dos técnicos do CREAS sempre que necessário.

O imóvel do CREAS, que é alugado, fica localizado em local de fácil acesso, rampa na entrada e porta de entrada larga, conferindo acessibilidade neste quesito para atendimento a pessoas com deficiência, haja vista que a infraestrutura do CREAS deve possibilitar sua acessibilidade às pessoas com mobilidade reduzida, tais como pessoas com deficiência e idosos (BRASIL, 2011a). No entanto, verifica-se que o mesmo não possui estrutura adequada para atendimento às demandas de sua competência.

Em relação ao atendimento a mulheres em situação de violência, não há, no município pesquisado, um fluxo organizado de atenção às vítimas, acontecendo por demanda espontânea ou por meio de encaminhamentos ao CREAS. Isso significa que ora as mulheres são encaminhadas pelas Unidades de Saúde, Delegacia de Polícia Civil, Promotoria de Justiça e outros serviços que compõem a rede de proteção socioassistencial, ora comparecem por iniciativa própria.

O atendimento se inicia pela acolhida, que tem por objetivo identificar as necessidades apresentadas pelas usuárias, avaliar se realmente constitui situação a ser atendida nos Serviços do CREAS e identificar demandas imediatas de encaminhamentos. De acordo com o Caderno de Orientações Técnicas (BRASIL, 2011a) esse momento irá nortear as primeiras ações do profissional, bem como contribuirá para o início da construção de vínculo de referência e de confiança, lançando as bases para a construção conjunta do Plano de Acompanhamento (BRASIL, 2011a). Após o atendimento inicial, a mulher em situação de violência é encaminhada a uma sala para atendimento, assegurando-se a privacidade na realização da escuta à usuária. Este atendimento pode ser realizado tanto pela assistente social como pela psicóloga. Na maior parte das vezes uma assistente social acolhe e realiza os devidos procedimentos, com repasse de informações e orientações relativas ao trabalho social.

Cumprido ressaltar que, com vistas a conferir maior qualidade no atendimento, assim como sigilo, segurança e acessibilidade, o CREAS deve dispor de infraestrutura física adequada e equipe com capacidade técnica para a recepção e escuta profissional qualificada, orientada pela ética e sigilo e pela postura de respeito à dignidade, diversidade e não discriminação. Estes são requisitos indispensáveis para o conhecimento da usuária em sua singularidade, demandas e potencialidades (BRASIL, 2011a).

Se durante o acompanhamento a usuária vítima de violência doméstica apresentar necessidade de acompanhamento psicológico clínico, o mesmo será realizado pela Secretaria de Saúde que promove os atendimentos a essas mulheres, por meio de encaminhamento fornecido pelo CREAS, haja vista que nos casos em que se verifique que as demandas de atendimento apresentadas pelos usuários ultrapassem as competências do CREAS, estes devem ser encaminhados às demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos (BRASIL, 2011a). Estes encaminhamentos devem ser monitorados pelo CREAS, no sentido de verificar seus desdobramentos, e discutidos com outros profissionais da rede que também atendam a família ou indivíduo, podendo ser realizados estudos de casos com outras equipes, se necessário (BRASIL, 2011a).

O CREAS do município disponibiliza todos os dias da semana equipe de atendimento. Caso falte um profissional de uma equipe sempre haverá outro para atendimento às demandas espontâneas, promovendo o atendimento da usuária no mesmo dia, sem a necessidade de agendamentos prévios. A viabilização do transporte para realização de visitas e traslado da usuária para realização de exames de corpo de delito, caso necessário, é viabilizado pela coordenadora, cujas funções englobam, ainda, a gestão do serviço, realização de reuniões, estudos de casos, firmação de parcerias, organização do serviço e contato com a rede, tanto para estudos de caso como para encaminhamentos.

Para a gestão e funcionamento do CREAS é necessário infraestrutura e recursos humanos compatíveis com os serviços ofertados, parcerias com as políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, organização de registros de informação e o desenvolvimento de processos de monitoramento e avaliação das ações realizadas e articulação com as demais unidades e serviços da rede socioassistencial (BRASIL, 2011a). Neste caso, observa-se que a gestão do CREAS, no município de Presidente Kennedy busca desenvolver ações em conformidade com o documento de orientações técnicas para funcionamento do CREAS.

Nas entrevistas realizadas, os profissionais do CREAS afirmaram que a rede socioassistencial no município é de fácil acesso, constituindo uma potencialidade para o serviço desenvolvido nesse equipamento da política de assistência social. Além disso, consideram que o trabalho desenvolvido possui articulação com outras políticas públicas e recursos necessários para atendimento às demandas locais.

O trabalho em rede é de fundamental importância para o bom funcionamento dos atendimentos realizados no CREAS, tendo como objetivo integrar as políticas sociais, na sua elaboração, execução, monitoramento e avaliação, de modo a superar a fragmentação e proporcionar a integração das ações, resguardadas as especificidades e competências de cada área, facilitando o atendimento (BRASIL, 2011). Assim, o órgão gestor da política de assistência social deve se pautar no princípio da intersectorialidade e buscar a articulação em rede com vistas a fortalecer a complementaridade das ações desenvolvidas pelo CREAS (BRASIL, 2011a).

Considera-se rede socioassistencial um conjunto integrado de iniciativas do setor público e da sociedade para oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social mediante articulação entre todas as unidades de provisão do SUAS (BRASIL, 2005). A esse respeito, no entanto, verificou-se que no município estudado não existe uma rede socioassistencial solidamente estruturada, e sim a existência de serviços pontuais. Ou seja, identificou-se que há sim uma comunicação entre os atores dos diversos serviços existentes no município, mas não uma complementariedade entre esses e suas ações.

De acordo com as pessoas entrevistadas existe facilidade de comunicação entre os serviços que compõem a rede sociassistencial local de atenção a mulheres em situação de



violência, mas ainda é necessário que os profissionais desses serviços entendam melhor as diretrizes que norteiam as ações de enfrentamento à violência contra mulheres, desvelando assim a necessidade de capacitação profissional. As demandas acompanhadas pelo CREAS envolvem violações de direitos, são permeadas por tensões familiares e comunitárias, podendo acarretar fragilização ou até mesmo rupturas de vinculações familiares. Por essa razão, o trabalho com mulheres em situação de violência requer capacidades e habilidades técnicas para a construção de estratégias que apoiem e fortaleçam as mulheres.

Por tratar de demandas tão complexas no desempenho do seu papel, confere-se ao CREAS a responsabilidade de desenvolver intervenções mais especializadas, as quais exigem conhecimentos e habilidades técnicas por parte da equipe multiprofissional. Além disso, o conhecimento das competências e atribuições de cada cargo/função por parte de todos os profissionais do CREAS é essencial para articulação da interdisciplinaridade e melhor resolutividade das ações a serem desenvolvidas no enfrentamento à violência contra a mulher (e demais ações inerentes ao papel e competências do CREAS (BRASIL, 2011a).

Nesse quesito verificou-se que a equipe técnica do CREAS conhece bem quais são suas atribuições de acordo com as tipificações, segundo informaram os participantes da pesquisa. Consideramos que isso sinaliza um aspecto positivo, pois a compreensão e a delimitação das competências do CREAS são determinantes para o desempenho efetivo de seu papel no SUAS, representando elemento fundamental para clarificar o papel do CREAS e fortalecer sua identidade na rede evitando a incorporação de demandas que não são de atribuição do serviço (BRASIL, 2011a).

Além do conhecimento das suas atribuições por parte da equipe técnica, as profissionais entrevistadas consideram que o serviço no momento possui recursos humanos suficiente, o que também configura como ponto fundamental para constituição de mais uma potencialidade. A partir dos parâmetros da NOB-RH/SUAS, os recursos humanos de cada CREAS devem ser dimensionados considerando os serviços ofertados por cada Unidade, as demandas de atendimento/acompanhamento e a capacidade de atendimento das equipes. Desta forma, o órgão gestor poderá agregar serviços e ampliar a capacidade de atendimento das unidades (BRASIL, 2011a). Recursos humanos com quantidade adequada é fator que possibilita maior garantia de público atendido, evitando fila de espera.

É importante aqui destacar o comprometimento do serviço diante da pandemia do novo Coronavírus que, mesmo em situação de paralização e fechamento dos serviços em decorrência do isolamento social, o CREAS, compreendendo as necessidades e complexidades dos casos atendidos não fechou suas portas. A iniciativa em não fechar o serviço parte da compreensão de que as mulheres em situação de violência, muitas vezes sob ameaças e violação de direitos, necessitam ser acompanhadas de perto a fim de se evitar maiores danos.

Pelos dados obtidos nas entrevistas realizadas, as informações obtidas junto aos participantes da pesquisa dão conta de informar que, dentre as mulheres em situação de violência atendidas no CREAS, aquelas que aderiram ao serviço e permaneceram nos atendimentos ofertados por esse equipamento obtiveram êxito e romperam com o ciclo da violência. No entanto, é preciso assinalar que somente o acompanhamento dos profissionais do CREAS não se constituiu fator determinante para esse rompimento da violência. Para que isso ocorresse outros elementos associados se ação dos profissionais os se mostraram importantes estratégias de ação. Um deles foi o aluguel social oferecido pela Prefeitura para que a vítima pudesse sair de casa, de perto de seu violador.

O CREAS do município embora apresente potencialidades para o bom andamento do serviço, a fim de romper com o ciclo de violência doméstica contra a mulher, também apresenta pontos pacíficos de análise, constituídos como desafios para melhor executar seus atendimentos. Um dos desafios identificados por algumas das entrevistadas é a capacitação profissional, pois, a ausência da mesma faz com que as ações se percam e não sejam, de fato, efetivas. A capacitação técnica faz parte do planejamento das ações da agenda do município para o ano de 2022 e parece ser de interesse da atual gestão, a partir da informação de que já estão sendo pensados e estruturados meios de capacitar os profissionais do CREAS por meio de um centro de educação profissional.

A capacitação profissional é considerada pela equipe como urgente e de extrema importância, tendo os participantes da pesquisa afirmado que a capacitação não deve ser dirigida somente aos profissionais do CREAS, mas ofertada também a toda a rede socioassistencial, com vistas a qualificar as ações de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, evitar a morosidade dos atendimentos, construir respostas mais imediatas e efetivas que possam resultar no rompimento mais ágil do ciclo de violência, além de se evitar a revitimização. O enfrentamento à violência doméstica não compete exclusivamente ao CREAS. Assim, a capacitação profissional se revela uma ação importante para habilitar tanto os trabalhadores do CREAS como aqueles que atuam nos diversos serviços e setores das políticas públicas envolvidos na atenção a mulheres em situação de violência.

Cumpram também assinalar que na realidade de Presidente Kennedy, na contramão da disponibilidade da rede em receber e atender os casos de violência contra a mulher, ela muitas vezes não consegue lidar habilmente com situações que envolvam preconceitos, articulação entre os atores da rede e a efetivação da intersetorialidade, fazendo com que as ações fiquem setorialmente restritas à assistência social. Mais uma vez apontando para a necessidade de investimentos na capacitação dos diferentes atores que realizam a atenção às mulheres em situação de violência nesse município.

Os participantes da pesquisa informaram que o CREAS possui equipe técnica com número suficiente de profissionais, para atendimento às demandas, em conformidade como o disposto no caderno de orientações técnicas do CREAS. Ainda, segundo os informantes, registra-se, inclusive, profissionais em número excedente ao preconizado para o

funcionamento de um CREAS, considerando o quantitativo populacional, como é o caso do assistente social, psicólogo e pedagogo. No entanto, no período de realização da pesquisa, o advogado, que também compõe a equipe do CREAS ainda não havia sido contratado. As pessoas entrevistadas informaram ser de fundamental importância a presença deste profissional, pela competência que lhe cabe na orientação legal e de direitos às usuárias, haja vista que “[...] a orientação sócio-jurídica por parte do advogado, que compõe a equipe do CREAS, pode contribuir, sobremaneira, para o acesso dos usuários ao sistema de defesa e responsabilização [...]” (BRASIL, 2011a, p. 32).

Sabe-se que o município estudado possui receita proveniente dos *royalties* do petróleo. Sendo assim, Presidente Kennedy conta com significativos recursos financeiros para a ampliação de investimentos públicos no intuito de estimular o desenvolvimento econômico local, bem como investimentos em educação e capacitação profissional de municípios e profissionais da Administração Municipal.

Entretanto, nota-se que o município mesmo tendo recursos para ampliação e criação de políticas para as mulheres não investe tais recursos neste fim. Isto se deve ao fato, como afirmam Reis e Santana (2015) que no Brasil, a legislação não define claramente a forma de aplicação dos *royalties* petrolíferos, embora haja dispositivos legais para nortear as ações de gastos. Isso faz com que os gestores tenham certo grau de liberdade quanto à sua aplicação. Desse modo, é importante analisar a forma de aplicação dos recursos provenientes de *royalties* pelos entes públicos, sobretudo no que diz respeito à alocação em despesas de capital.

A ajuda profissional de um psicólogo, assistente social e advogado contribui para que a mulher crie meios de superar a violência através da orientação, aconselhamento e direcionamento. Mas estes, sem recursos destinados para as políticas públicas de enfrentamento à mulher vítima de violência não poderão desenvolver ações resolutivas, eficazes e efetivas para a prevenção e o enfrentamento à violência contra mulheres.

## **REFLEXÕES SOBRE AS AÇÕES E SERVIÇOS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO**

Para a compreensão de violência contra a mulher, Cisne (2015, p. 144) afirma que ela representa a face mais brutal e explícita do patriarcado, sendo entendida “[...] como toda e qualquer ação que fere a dignidade e a integridade física e/ou psicológica da mulher”. A violência doméstica está presente em todos os espaços, e não é menos expressiva em pequenos territórios, como é o caso do município campo desta pesquisa.

A pesquisa realizada expõe que o município estudado possui apenas um serviço de acompanhamento a mulheres vítimas de violência que é o CREAS. Todavia, este não representa a única porta de entrada para atendimento a mulheres vítimas de violência, pois muitas vezes a mulher também procura de imediato a Delegacia de Polícia Civil, ou,

caso esteja gravemente ferida, a Unidade de Pronto Atendimento do município. Verifica-se, assim, que esses três serviços (CREAS, Delegacia e Pronto Atendimento) acabam constituindo a rede de atendimento à mulher em situação de violência no município.

Foi possível verificar a inexistência de uma Casa Abrigo para acolhimento das mulheres, protegendo-as do acesso por parte do agressor. Isso pode ser justificado pelo fato de se tratar de um município pequeno, o que torna difícil a manutenção desse serviço em local desconhecido pelo agressor, inviabilizando a existência da casa nos espaços geográficos do município.

Verifica-se que no município ocorre um tímido trabalho em rede, uma vez que isso se limita aos encaminhamentos realizados entre os serviços. Não se observa a existência de planejamento de ações e estratégias de modo articulado entre os serviços, configurando, dessa forma uma rede limitada em termos de ações e serviços, conforme preconizam os documentos base que orientam as ações de enfrentamento à violência contra a mulher. O trabalho em rede está afirmado na Política Nacional de Enfrentamento à violência contra a Mulher como estratégia fundamental para a superação da desarticulação e fragmentação dos serviços, evitando seu isolamento (BRASIL, 2011b).

Nos casos em que a mulher vítima de violência procura a Delegacia de Polícia, ela é encaminhada ao Departamento Médico Legal (DML) em Cachoeiro de Itapemirim-ES para realização de exames de medicina legal. Neste caso, o CREAS entra em cena para efetivar o transporte da vítima ao serviço especializado no município vizinho, ofertando à mesma o acompanhamento por um de seus profissionais e a partir de então a manutenção do atendimento da mulher no CREAS.

De acordo com a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06), em seu Art. 10, o atendimento pela autoridade policial e pericial se dará de forma especializada, ininterrupto, prestado por servidores, preferencialmente do sexo feminino, e previamente capacitados. Todavia, na prática, isso não acontece. Observa-se que o atendimento no serviço policial é realizado pelo servidor que estiver de plantão, geralmente do sexo masculino. A ausência de uma delegacia especializada foi apontada pelos participantes da pesquisa, que consideram importante sua existência; e na impossibilidade de sua existência no município, o investimento na capacitação dos policiais para atendimento às vítimas, sem danos adicionais (emocionais, morais, etc.).

A qualificação profissional foi considerada pelos participantes da pesquisa entrevistados como extremamente importante e necessário para os servidores que atendem mulheres em situação de violência. Segundo eles, não são todos os funcionários que compreendem a necessidade de se evitar a revitimização da vítima e de ofertar atendimento humanizado a quem já se encontra em situação de múltiplas violações de direito. Fica evidente, portanto, a necessidade de investimento no preparo daqueles que farão parte do atendimento às mulheres em situação de violência nos diversos serviços onde elas são atendidas. A Lei 11.340/06 preconiza capacitação permanente das Polícias

Civil e Militar, Guarda Municipal, Corpo de Bombeiros e profissionais pertencentes aos órgãos e às áreas relacionadas às questões de gênero e de raça ou etnia.

Para atendimento humanizado, a Lei Maria da Penha também preconiza em seu Art. 35 que a União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios poderão criar e promover, no limite das respectivas competências, centros de atendimento integral e multidisciplinar para mulheres e respectivos dependentes em situação de violência doméstica e familiar, casas-abrigos para mulheres e respectivos dependentes menores em situação de violência doméstica e familiar; delegacias, núcleos de defensoria pública, serviços de saúde e centros de perícia médico-legal especializados no atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar; programas e campanhas de enfrentamento da violência doméstica e familiar; centros de educação e de reabilitação para os agressores.

Dentre os serviços aqui referidos, observa-se que, no município campo desta pesquisa, muitos dos que são preconizados pela citada Lei não são assegurados. Com isso, o enfrentamento à violência contra a mulher, no município, apresenta fragilidades, comprometendo as ações necessárias de prevenção e enfrentamento à violência com proteção às vítimas.

De acordo com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, devem ser implementadas políticas amplas e articuladas que possam corresponder à complexidade inerente à violência contra mulher, em seus aspectos, sócio-culturais, econômicos, de relação de gênero, entre outros. Por isso, a importância de uma efetiva articulação entre as diversas políticas públicas para que se possam desenvolver ações conjuntas de educação, saúde, assistência social, justiça, segurança pública, entre outras, que desconstruam as desigualdades e os padrões sexistas/machistas presentes na sociedade brasileira, combatam a discriminações de gênero, promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011b). Mesmo sendo um pequeno município, é necessário construir ações neste sentido.

A construção social de gênero está intimamente relacionada às relações das pessoas em sociedade. O atendimento não humanizado a mulheres vítimas de violência por profissionais que atuam com este público significa que ainda carregamos a herança de um patriarcado machista e oprimido, resultando na não superação das diferenças de gênero, e essa realidade parece ser ainda mais expressivas nas cidades do interior. Na atualidade, o Brasil manifesta ainda seu forte conservadorismo, numa conjuntura reacionária, na qual se vê nitidamente as marcas do patriarcado e do racismo.

O Pacto Nacional de Enfrentamento a Violência contra a Mulher (BRASIL, 2011c) tem como uma de suas ações a promoção do atendimento qualificado às mulheres em situação de violência nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e nos Centros especializados de Assistência Social (CREAS). Em relação ao papel e contribuição do CREAS para o enfrentamento da violência contra a mulher nota-se que ele oferta

os atendimentos indispensáveis, como: escuta qualificada, atendimento psicossocial, atendimento psicológico, visita domiciliar, entre outros, estando em consonância com o que preconiza a política. No entanto, foi identificado pelos participantes do estudo a necessidade de maior qualificação profissional para atuação este serviço.

Este Pacto visa o combate à violência contra a mulher, a sua prevenção, a assistência, a proteção e a garantia dos direitos das mulheres (BRASIL, 2011c). A pesquisa realizada constatou que o município em questão assinou no dia 18 de novembro de 2020, o decreto que institucionaliza o Pacto Estadual pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, o que demonstra o comprometimento do município estudado com ações referentes ao enfrentamento deste fenômeno.

O Pacto foi estruturado para que sejam criados mecanismos que assegurem e façam cumprir a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2011c). Para isso possui cinco eixos e cada eixo suas ações. Seu objetivo é promover atendimento às mulheres em situação de violência por meio da ampliação, capilarização, fortalecimento, qualificação e integração dos serviços da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência e a produção, sistematização e monitoramento dos dados da violência praticada contra as mulheres no Brasil.

O Pacto assegura a ampliação dos aparelhos já existentes para o enfrentamento a violência contra a mulher. Dentre os aparelhos existentes preconizados no Pacto encontram-se em uso no município os seguintes: central de atendimento - ligue180, Ficha de notificação compulsória, promoção de campanhas educativas através do CREAS, atendimento psicossocial através do CREAS.

Nota-se que o município caminha em direção a uma estruturação dos serviços para atendimento a mulheres vítimas de violência. Todavia, os profissionais entrevistados do CREAS afirmam não terem todos os serviços garantidos, como por exemplo a assistência jurídica. Como afirma a Lei Maria da Penha em seu Art. 28, é garantido a toda mulher em situação de violência doméstica e familiar o acesso aos serviços de Defensoria Pública ou de Assistência Judiciária Gratuita, nos termos da lei, em sede policial e judicial, mediante atendimento específico e humanizado.

Nas entrevistas realizadas com as profissionais do CREAS, a partir das informações obtidas nota-se que é ofertado no município o atendimento a defensoria pública, entretanto, encontra-se defasada a assistência jurídica para acompanhamento criminal e esclarecimento do processo, como sempre foi ofertado no CREAS, o que configura um dos desafios enfrentados hoje, segundo os entrevistados.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres prevê ações traçadas a partir de quatro linhas de atuação, dentre elas, a autonomia, igualdade no mundo trabalho e cidadania, onde prevê a autonomia econômica e financeira das mulheres; promover políticas de ações afirmativas que reafirmem a condição das mulheres como sujeitos sociais e políticos (BRASIL, 2004). O município estudado por ser grande beneficiado dos royalties

do petróleo da bacia de Campos investe parte do recurso recebido em escolarização (concedendo bolsas de estudo), cesta básica, aluguel social e cursos profissionalizantes que são desenvolvidos no CRAS.

A superação para a diminuição de casos de violência doméstica requer a participação de toda a população. Além disso, é necessário investimento em políticas públicas, como, saúde, educação, trabalho, assistência social, previdência, habitação etc. E a garantia da efetividade de uma rede de prevenção, proteção e combate à violência contra a mulher composta por Casas abrigo, Centros de Referência, Delegacias especializadas de atendimento à mulher e juizados especiais. Mas é importante também salientar que a superação da violência é muito mais complexa e delicada do que somente o investimento em equipamentos. É necessária a desconstrução de uma cultura machista que perdura até os dias de hoje.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condição da mulher na sociedade brasileira atual revela que, a despeito de importantes conquistas obtidas em relação aos direitos de cidadania e de igualdade de gênero, muitas mulheres ainda se encontram submetidas a situações de violação de direitos e relações de violência. Diante da gravidade do número crescente de mulheres agredidas e mortas, a efetivação de políticas públicas de proteção constitui-se importante estratégia de enfrentamento às violências cometidas contra mulheres por questão de gênero.

É necessário olhar para as mulheres em todos os locais e evitar que as políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher fiquem concentradas nas capitais. Dessa forma é imprescindível o olhar atento, especialmente para a mulher do campo que “sofrem ainda mais com as dificuldades para enfrentar a violência, uma vez que há um forte isolamento dessas no acesso aos equipamentos sociais e às políticas públicas” (CISNE, 2015, p. 151).

A existência de serviços voltados ao enfrentamento da violência contra a mulher estes se deve ao movimento feminista, que modificou a vida de gerações de mulheres de todas as classes sociais. “Mas, a vida das mulheres e homens ainda não foi totalmente tocada pelo ideário da igualdade e permanece como um desafio para as novas gerações” (BANDEIRA, MELO, 2010, p. 41).

Diante do atual cenário econômico com a redução de repasse de recursos para a Assistência Social e para as políticas públicas de atendimento a mulheres vítimas de violência a oferta de atendimento qualificado se torna um desafio ainda maior na luta pela igualdade de gênero e pelo fim da violência contra as mulheres. Os desafios são cada dia maiores e estão presentes no município de Presidente Kennedy.

Sendo o município receptor de vultoso repasse de verba proveniente de *royalties* do petróleo, possui condições financeiras para maior investimento em ações de capacitação

e estruturação da rede socioassistencial para atenção à mulher em situação de violência. Os valores vultosos de recursos recebidos pelos municípios privilegiados precisam ser bem empregados para benefício da sociedade, a curto, médio e longo prazos.

É preciso tirar o véu sobre o estigma de que a violência contra a mulher é responsabilidade de alguns apenas. Neste aspecto, conclui-se que União, Estados e Municípios devem cooperar entre si, assim como os diversos serviços e políticas públicas devem ser articulados de modo intersetorial e complementar para o enfrentamento às desigualdades sociais e de poder entre homens e mulheres, raiz da violência contra mulheres.

O município de Presidente Kennedy pode valer-se dos *royalties* do petróleo para efetivar políticas públicas de atenção e proteção às mulheres em situação de violência por meio de atendimento planejado e qualificado e uma rede socioassistencial de composição mais efetiva que a atual, incluindo no planejamento da Administração Municipal a construção de uma casa-abrigo e a garantia da assistência jurídica às vítimas. Requer ainda construir maior articulação entre os serviços já existentes a fim de efetivar ações de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher que se mostrem mais eficazes, superando meros atendimentos pontuais.

## REFERÊNCIAS

BANDEIRA, L.; MELO, H. P. **Tempos e memórias do feminismo no Brasil**. Brasília, Secretaria de Política para Mulheres, 2010.

BITTENCOURT, M. F. **Mulheres em situação de violência e o atendimento especializado em Vitória/ES: um estudo sobre o CRAMSV**. 123 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória, 2020.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social/Gráfica e Editora Brasil, 2011a

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2011c.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2006.



BRASIL. Sistema Único de Assistência Social-SUAS. Norma Operacional Básica NOB/SUAS. **Construindo as bases para a implantação do sistema Único de Assistência Social**. Brasília, DF, 2005.

CISNE, M. Direitos humanos e violência contra as mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 138 - 154, jul./dez. 2015.

REIS, D. A.; SANTANA, J. R. Os efeitos da aplicação dos royalties petrolíferos sobre os investimentos públicos nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública** [online], v. 49, n. 1, p. 91-118, 2015.

# A REPRESENTAÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO PARA OS USUÁRIOS: A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY

*Data de aceite: 01/03/2024*

**Bery Ornelas Porto Neto**

**Maristela Dalbello Araujo**

**Maria Ângela Carvalho Andrade**

**Valmin Ramos da Silva**

A organização do sistema de saúde brasileiro é marcada por anos de lutas e desafios, sempre na tentativa de buscar uma melhoria da qualidade de assistência à saúde da população. A Constituição Brasileira de 1988 representou uma mudança importante para o sistema de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) reconhecendo a saúde como direito social, universal e de cidadania. O SUS significou a incorporação definitiva de amplas camadas da população excluídas do direito à saúde. Neste sentido, o SUS avançou ao propor o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, afirmando no Art. 196 da Constituição Federal que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Inúmeros foram os avanços alcançados pelo SUS, em especial, é possível mencionar a ampliação dos serviços da Atenção Básica. Entretanto, explica Lago *et al.* (2010, p. 1284, tradução nossa) “Mas, problemas ainda são enfrentados diariamente, principalmente no que se refere à oferta desordenada de serviços que geram grandes filas de espera e uma demanda reprimida por atenção ambulatorial e hospitalar”.

As UPAS foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de atendimento da urgência e emergência, contudo, em decorrência da demora de atendimento nos Postos de Saúde e, muitas vezes, a ausência de médicos, muitos pacientes buscam as UPAs para resolver problemas de saúde que deveriam ser tratados em consultas na Unidade de Saúde. Claro que deve ser assegurado a todos o acesso à saúde e aos cuidados, contudo, para um funcionamento mais adequado, as questões de doença deveriam ser direcionadas a espaços de saúde correspondente (ROCHA, 2005).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), segundo Rocha (2005, p. 11), “[...] desempenham um papel fundamental no atendimento secundário de urgência à população brasileira e estão estruturadas de modo a cumprir os princípios de regionalização e hierarquização nas áreas onde estão estabelecidas”.

Discussões sobre a utilização, o funcionamento e a importância das UPAS se fazem presente, considerando que estes serviços acabam se tornando um escape no atendimento à população como porta de entrada imediata para o cidadão, o que faz esse serviço atender uma demanda cada vez maior de pessoas à procura de atendimento de todo tipo (ROCHA, 2005).

Neste contexto, este presente trabalho tem como objetivo descrever os motivos que levam o usuário ao Pronto Atendimento Municipal (PAM) de Presidente Kennedy/ES, na perspectiva do usuário do serviço e investigar a relação dos usuários com o sistema de saúde, pela busca por atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Presidente Kennedy – ES.

Foi realizado um estudo descritivo de corte transversal, de abordagem quantitativo e qualitativo. Dados sociodemográficos e clínicos foram obtidos de 60 participantes que buscaram espontaneamente o serviço do Pronto Atendimento (PA), em Presidente Kennedy/ES, durante plantões de 24 horas, entre 01/03/2020 a 30/06/2020. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória após entrada no PA por ordem de chegada, enquanto aguardavam para consulta ou após a consulta e, também, de acordo com a disponibilidade do entrevistador, que acumulou as atividades laborais com as atividades de pesquisa durante as 24 horas dos plantões, sem horários definidos dentro do mesmo para realizar as entrevistas.

Depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o participante foi submetido a entrevista gravada para responder a duas perguntas norteadoras: 1) Por que você veio para consulta no Pronto Atendimento; 2) Por que você não procurou atendimento na UBS. Também, coletou-se dados sociodemográficos e clínicos dos entrevistados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM pelo parecer n.º3.760.980. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, constituindo um arquivo digital, que foi processado pelo software Iramuteq® (CAMARGO; JUSTO, 2018) que é de domínio público e que tem por finalidade descobrir a informação essencial contida num texto, através de análise estatística textual.

Concordaram em participar do estudo 60 pacientes em sua maioria era do sexo, feminino, trabalhadores, com ensino médio completo e residentes no entorno do Pronto Atendimento, conforme mostrado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica dos usuários do Pronto Atendimento de Presidente Kennedy/ES (n=60)

Variável sociodemográfica	n (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	22 (36,6)
Feminino	38 (63,4)
<b>Trabalham</b>	
Sim	48 (80)
Não	12 (20)
<b>Possuem plano de saúde</b>	
Sim	11 (18,4)
Não	49 (81,6)
<b>Escolaridade</b>	
Superior completo	11 (18,4) - 8 sexo feminino
Superior incompleto	6 (10) - 5 sexo feminino
Ensino médio completo	36 (60) - 19 sexo feminino
Ensino médio incompleto	2 (3,3) - 2 sexo feminino
Ensino fundamental completo	3 (5) - 2 sexo feminino
Ensino fundamental incompleto	2 (3,3) – 2 sexo feminino
<b>Local de moradia</b>	
Centro da cidade ou próximo	40 (66,7)
Região do interior	20 (33,3)

Fonte: Elaborada pelos autores.

A menor utilização dos serviços, por parte dos homens, além de uma questão cultural associada ao gênero, provavelmente é decorrente da própria socialização, onde o cuidado não é visto como uma prática masculina. Além disso, os homens possuem a visão de que os serviços oferecidos são destinados as pessoas idosas, mulheres e crianças e incompatível para os homens (LOPES; SARDAGNA; LERVOLINO, 2017).

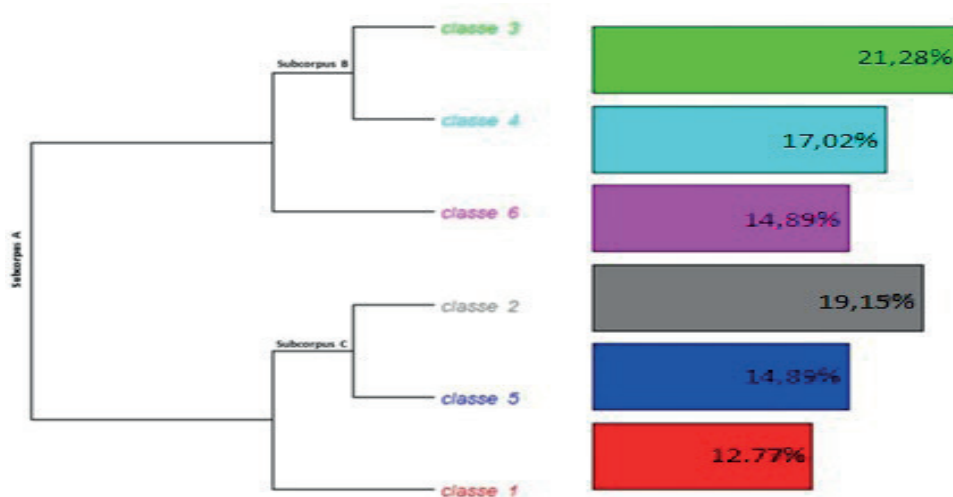
Uma justificativa para a busca pelo serviço pode ser atribuída à proximidade dos usuários aos serviços de saúde oferecido. Outro fator é a melhoria no nível educacional observado no município nos últimos 10 anos (IBGE, 2010) o que ampliar o visão sobre direitos ao acesso e conhecimentos em saúde.

O fato de 80% dos usuários serem trabalhadores pode explicar a busca pelo serviço, em detrimento da utilização da Unidade Básica de Saúde, que costuma ter incompatibilidade de horário, necessidade de agendamento de consultas e exames, falta de médicos especialistas e a não percepção dos usuários da Atenção Primária à Saúde como a porta de entrada do sistema de Saúde (VIEIRA *et al.*, 2013; ALVES *et al.*, 2020).

As 60 entrevistas que trataram do motivo da busca pelo Pronto Atendimento e analisadas no software Iramuteq<sup>®</sup>, identificou 63 segmentos de texto (ST), com

aproveitamento de 47 (74,6%), de onde emergiram 1226 ocorrências (palavras, formas ou vocabulários), sendo 299 palavras distintas e 160 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: Classe 1, com 6 ST (12.77%); Classe 2, com 9 ST (19.15%); Classe 3, com 10 ST (21.28%); Classe 4, com 8 ST (17.02%); Classe 5, com 8 ST (14.89%) e Classe 6, com 7 ST (14.89%), mostradas na Figura 1.

Figura 1 - Dendograma representativo da classificação hierárquica decrescente das repartições em classes e porcentagem de palavras em cada classe, relatadas pelos participantes da pesquisa (n=60).



Fonte: Elaborada pelos autores.

As seis classes estão divididas em cinco ramificações (A, B e C). No corpus do texto existem diferentes classes que emergem dentro dos espaços no sentido das palavras expressas que sugerem elementos às concepções dos entrevistados (E) atendidos no pronto atendimento. O subcorpus A, estão agregados os subcorpúsculos (B e C), composto pela classe 1 e classe 6 (acesso ao atendimento) uma entrada mais simples e rápida ao atendimento. Na classe 1, dentro do subcorpus A, sobressaiu a palavra “Fácil” e englobou os cinco fragmentos descritos a seguir:

*“Porque é mais fácil mais rápido mais cômodo e sai com o remédio na hora e é atendido na hora bem mais rápido” (P35). “Eu vim na consulta aqui no pronto atendimento porque é mais fácil mais rápido e mais perto da minha casa o atendimento também é mais rápido” (P54).*

Na classe 6 dentro do subcorpus B (Médico e Procurar) atendimento não realizado por falta de médico. A classe seis sobressaiu a palavra “**não**”, e foi englobado nos dois fragmentos descrito a seguir:

*“Porque não tinha médico no posto de saúde onde eu moro” (P39). “Porque eu procurei lá e o médico não estava” (P51).*

Houve na pesquisa relatos que relacionaram a falta de médicos clínicos especializados à não procura da UBS. Esses procuram uma UBS por atendimento de um profissional médico, não sendo possível a consulta com este profissional, pensam que nenhum outro membro da equipe de saúde conhece ou pode resolver o seu problema, isso faz com que ele procure por outro serviço de saúde. Essa conduta, tomada pelo usuário, representa um rompimento na assistência prestada pela Atenção Básica. Porém, o PA por ser um serviço de atendimento geralmente rápido, com especialidades médicas, terapias medicamentosas, e que exige apenas registros de intercorrências, permite o acesso mais rápido aos médicos, aos exames e medicações, fazendo que se torne um serviço desburocratizado e mais resolutivo para esse perfil de população (SOUZA; PINTO; FIGUEIREDO, 2010).

O subcorpus B, contém discursos correspondentes à classe 3 (Passar e Mal) e Classe 4 (Sentir e Estar), que estão ligados a ida ao Pronto Atendimento por estarem passando mal. As falas são expressas em 18 falas, mas apenas duas foram transcritas a seguir:

*“Sou gestante passei mal e vim” (P04). “Porque eu não estava me sentindo bem e é o único lugar aqui em Kennedy que fornece atendimento então eu vim aqui porque tem médicos e eu vim aqui eu estava passando mal” (P06).*

O subcorpus C, contém discursos correspondentes a Classe 2 (Pronto Atendimento e Rápido) e Classe 5 (Logo e Aproveita), que contemplam um recebimento no Pronto Atendimento mais rápido e aproveitamento das pessoas por estarem ali neste ambiente. As falas são expressas em 16 falas, mas apenas dois foram transcritas a seguir:

*“Porque o pronto atendimento é mais rápido o atendimento por ser portas abertas o atendimento é melhor e mais rápido” (P20). “Porque eu vim pegar um raio x e aproveitei para mostrar o médico logo” (P21).*

Percebe-se nos fragmentos das falas dos Pronto Atendimento avaliados, que se apresenta de forma diversa dos demais, reconhecido por maior rapidez no atendimento, divergindo do imaginário popular sobre a demora no atendimento e à superlotação. A possível explicação para essa constatação é o fato de se tratar de um município com uma população pequena, o que, por consequência, demanda menor número de atendimento.

A partir da análise baseada na teoria dos grafos (ramo da matemática que estuda as relações entre os objetivos de um determinado conjunto) é possível identificar as ocorrências entre as palavras e as indicações da conexão entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um corpus textual. Observa-se que há uma palavra que mais se destaca no discurso: *“Porque”* utilizado para dar a resposta às perguntas e ramificando para três palavras principais: *Estar, Mais e Atendimento*.

A palavra *“Estar”*, se ligou mais as palavras: *Ficar, Passar, Muito, Mal, Febre, Sentir e Dor*. Nas sete palavras que estão vinculadas à primeira pergunta observou-se que as pessoas estão procurando o Pronto Atendimento ligada diretamente a um estado físico da

pessoa, dando assim uma procura imediata para sanar o seu problema de saúde como por exemplo a dor existente, conforme indicação nos fragmentos a seguir e representado na Figura 2.

*“Porque eu estava com uma febre muito alta” (P11). “Porque eu estava me sentindo mal” (P12). “Porque eu estava sentindo muita dor assim no pé da barriga e eu resolvi porque eu já estava sentindo dor bastante tempo já” (P23).*

Uma próxima ligação se refere a palavra *“Mais”* que se ligou a *“Sair, Perto, Casa, Bem, Cômodo, Rápido, Próximo e Remédio”*. Estas oito palavras analisaram que de acordo com os atendimentos do *Pronto Atendimento* tem mais praticidade em chegar, ser atendido e resolver o caso de imediato.

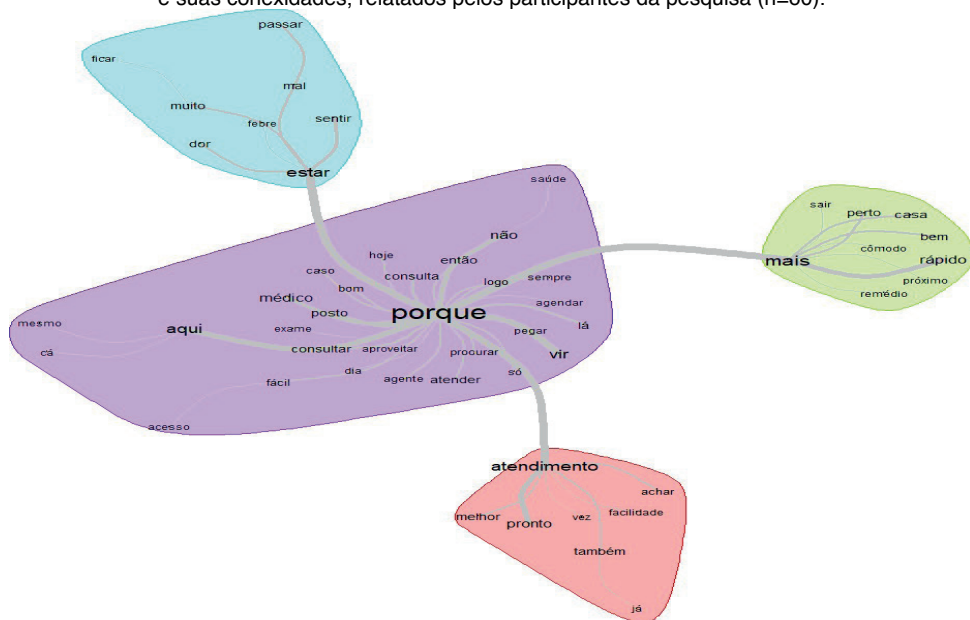
*“Porque eu não estava me sentindo bem e eu achei o mais próximo de casa aqui é melhor para mim e o pronto atendimento aqui é muito bom” (P07). “Por conta da rapidez também no atendimento e facilidade que tem no atendimento” (P13).*

*“Eu acho aqui mais rápido e é melhor o atendimento e eu conheço os médicos e no posto de saúde geralmente eu não conheço” (P33). “Porque é mais fácil mais rápido mais cômodo e sai com o remédio na hora e é atendido na hora bem mais rápido” (P35). “Aqui é mais perto para mim mais fácil e sou mais bem atendido vou no médico que eu quero” (P53).*

A terapia medicamentosa faz do PA, aos olhos do usuário, um serviço de solução de seu problema de saúde no momento, levando-o a pensar que o uso de medicamento é única forma de assistência à saúde, sendo assim, torna-se mais viável a espera por atendimento dentro de um PA do que em uma UBS, tornando cada vez mais distante o vínculo com a UBS (CAVALCANTI, 2014).

A palavra *“Atendimento”* ligou-se a cinco palavras: *“Melhor, Vez, Também, Facilidade e Achar”*. A palavra *“Pronto”* é a ligação da palavra *“Pronto Atendimento”* das respostas das pessoas. As ligações das palavras estão a clareza das pessoas em saber que ali no Pronto Atendimento vão achar o que precisam e, está relacionada à proximidade que os pacientes têm com os profissionais ali.

Figura 2 - Dendograma representativo das ocorrências entre as palavras e suas conexidades, relatados pelos participantes da pesquisa (n=60).



Fonte: Elaborado pelos autores.

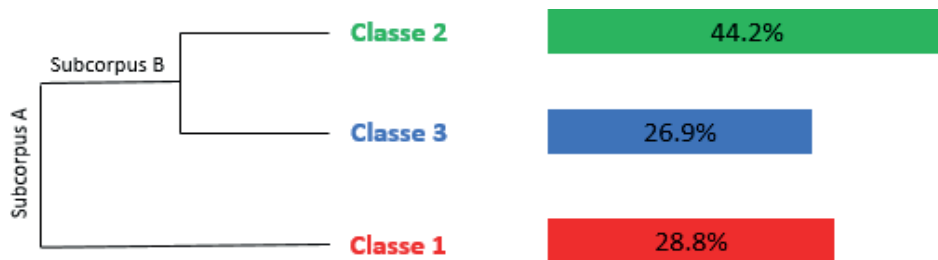
Na análise das respostas dos 60 entrevistados sobre a recusa na procura por atendimento da Unidade Básica de Saúde, no mesmo software Iramuteq®, foram obtidos 62 segmentos de texto (ST), de onde emergiram 1246 ocorrências (palavras, formas ou vocabulários), sendo 319 palavras distintas e 167 com uma única ocorrência (52.35%). O conteúdo analisado foi categorizado em três classes: Classe 1, com 15 ST (28.85%); Classe 2, com 23 ST (44.23%); Classe 3, com 14 ST (26.96%).

As três classes estão divididas em duas ramificações (A e B). A Figura 3 apresenta a característica das classes e os valores percentuais dos segmentos de textos em relação ao total do corpus analisados.

No corpus do texto existem diferentes classes que emergem dentro dos espaços no sentido das palavras expressas que sugerem elementos às concepções dos Participantes (P) que não foram na UBS, e sim direto ao Pronto Atendimento.



Figura 3 - Dendograma representativo da classificação hierárquica decrescente das repartições em classes e porcentagem de palavras em cada classe, relatadas pelos participantes da pesquisa. Sendo dois subcorpus com três classes (n=60).



Fonte: Elaborada pelos autores.

O subcorpus A está ligado a classe 1 (*não, número, atender e médico*) médico não atende o número maior que dez pessoas. Está também agregado ao subcorpus B composto pela classe 1 e 2 (*muito, demorar, marcar, atendimento, acesso, posto, consulta e precisa*) o atendimento na unidade básica demora muito e o pronto atendimento é melhor e rápido, como expresso nos fragmentos abaixo.

*“A burocracia é que faz com que eu não vá procurar esse atendimento que as vezes não tem médico, falta médico, outro dia o médico não vai e é muito burocrático para marcar a consulta lá”* (P20). *“Porque é mais difícil para marcar demora de quinze vinte trinta dias para marcar uma consulta com especialista”* (P54). *“Porque demora muito para marcar e aqui ia ser bem mais rápido porque eu estava com muita dor”* (P09).

A partir da análise baseada na teoria dos grafos é possível identificar as ocorrências entre as palavras e as indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um corpus textual.

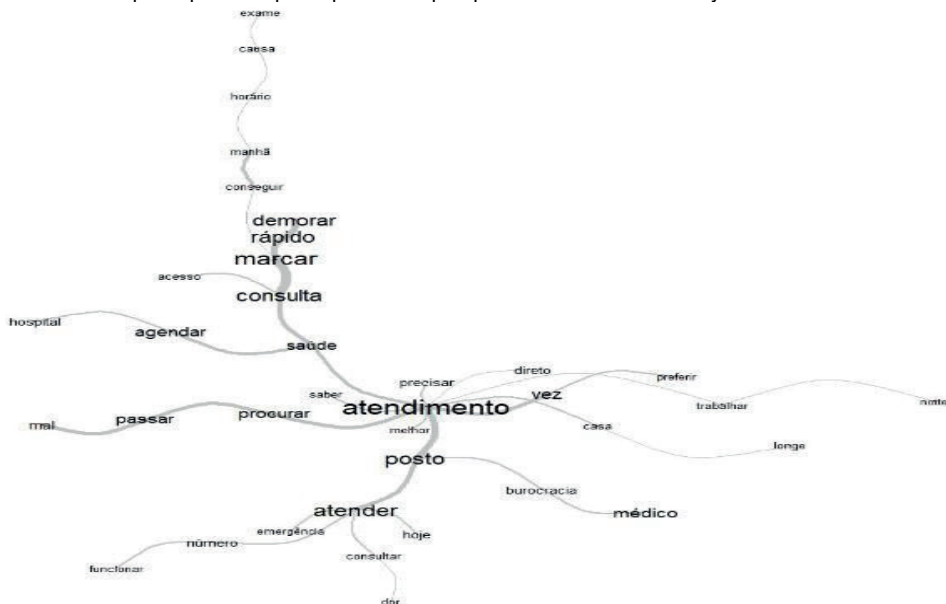
Observa-se que há uma palavra que mais se destaca no discurso: *“Atendimento”* ligando com as partes mais perceptíveis das perguntas e ramificando para as palavras principais, definidas como: *“Posto, Atender, Saúde, Marcar e Rápido”*. A palavra *“Posto”* se ligou com a palavra *“Burocracia e Médico”* relatando assim a demora e as vezes a falta de médico na UBS, como descrito nos fragmentos:

*“Porque no postinho nem sempre tem o médico que a gente precisa e a burocracia é maior e aqui tem mais facilidade”* (P24). *“Não tinha médico lá atendendo”* (P39).

Existem várias *palavras* com ligações forte como por exemplo: *“Consulta, Marcar, Rápido e Demorar”*. Estão todas interligadas a uma falha que está acontecendo na UBS referente ao atendimento das consultas, como abaixo:

*“Porque temos dificuldades de marcar consulta no posto de saúde”* (P29). *“Lá é mais enrolado você chega lá tem hora que demora tem vez eu prefiro vir aqui porque de todo jeito é mais rápido do que lá”* (P48).

Figura 4 - Dendograma representativo das ocorrências entre as palavras e suas conexidades, relatados pelas pessoas participantes da pesquisa. Presidente Kennedy/ES – 2020



Fonte: Elaborada pelos autores.

Observa-se que há uma palavra que mais se destaca nos discursos: “Atendimento”. Através dela pode-se notar a sequência das ramificações diminuindo na ordem das palavras expressivas na nuvem (Dendograma), mostrando as palavras: “Marcar, Posto, Agendar, Atender, Demorar, Rápido, Médico, Consulta, Procurar, Saúde, Hospital” entre outras que perdem a força de aparição de tamanho conforme indicada na Figura 5, representado pela nuvem de palavras.

Figura 5- Nuvem de palavras representativas das ocorrências entre as palavras e suas conexidades no relato dos participantes da pesquisa (n=60).



Fonte: Elaborada pelos autores.

Conforme se vislumbra dos resultados apresentados, a escolha pela realização de consulta no PA se dá por inúmeros motivos, sejam eles por disponibilidade de horário, atendimento mais ágil, disponibilidade de médicos 24 horas, proximidade com os locais em que residem os participantes, dentre outros. O acesso mais rápido é um dos motivos que mais atrai e, além disso, a agilidade e a disponibilidade como os atendimentos ocorrem nos prontos atendimentos.

A garantia de consulta pela demanda espontânea, o acesso a medicamentos, a liberação do paciente somente após a melhora de sua condição clínica e o encaminhamento a outros serviços, promovendo a continuidade da assistência é relatado em outros estudos (MENDES *et al.*, 2009; SCOLARI *et al.*, 2017). O atendimento de emergência é atrativo por dar à população uma sensação de rapidez, agilidade e eficiência na resolução de seus problemas de saúde e, associado à insatisfação com os demais serviços (GUEZ, 2015), resulta na situação de superlotação, relacionado a gestão dos serviços (SILVA *et al.*, 2020).

Reportagem veiculada no sítio eletrônico G1 Globo relata que de forma geral, em média, o tempo de espera para atendimento pelo SUS é de um ano e quatro meses (SEGALA, 2020). O paciente busca pelo atendimento no posto de saúde próximo da sua residência e se depara com falta de médicos e demora na marcação da consulta.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Pronto atendimento foi criado com o intuito de prestar um atendimento de emergência a casos mais graves, contudo, na prática vislumbra-se a procura em situações que deveriam ser encaminhadas aos postos de saúde dos bairros. Estudos relatam que os casos atendimentos geralmente não se enquadram como urgência, o que gera um grande fluxo de pacientes, excedendo a capacidade do serviço. Ou seja, denota-se que a precariedade do sistema de saúde é um fato relevante para essa busca pelo pronto atendimento, que é um reflexo da precariedade de atendimento dos postos de saúde, mas, não somente. Trata-se de uma narrativa que envolve inúmeros fatores, mas que demonstram, tão somente, a busca por cuidados pessoais com a saúde de cada paciente atendido nos prontos atendimentos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Alex do Nascimento, et al. "Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina." **Revista Brasileira de Epidemiologia** 23 (2020): e200072.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1988.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)**. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – UFSC, 2018.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-8, dez. 2013.

CAVALCANTI, Joseane da Rocha Dantas *et al.* Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 628-34, out./dez. 2014.

GUEZ, Viviane Maisa de Ávila. **O perfil da demanda de pacientes do serviço de emergência da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio**. 2015. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização de Gestão em Saúde Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração. Novo Hamburgo, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Presidente Kennedy**: censo universo: indicadores sociais e municipais: analfabetismo: censo 2010. 2010.

LOPES, Grazielle dos Santos Savaget Paiva; SARDAGNA, Maria Claudete; LERVOLINO, Solange Abrocesi. Motivos que levam os homens a procurar um serviço de pronto atendimento. **Revista Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 151-65, maio/ago. 2017.

MENDES, Antonio da Cruz Gouveia, et al. “Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil.” **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** 9 (2009): 157-165.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de *et al.* Unidade de pronto atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 238-44, jan./mar. 2015a.

ROCHA, Andréa Fonseca Silva. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte**. 2005. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2005.

SILVA Júnior, Sergio Vital, et al. “Superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar.” **Enfermagem Brasil** 19.1 (2020).

SOUZA, Marlana Figueiredo; PINTO, Ione Carvalho; FIGUEIREDO, Luana Alves. Análise da utilização do serviço de pronto socorro na percepção do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 13-20, jan./mar. 2010.

THOMAS, Jaya; SEO, Dongmin; SAEL, Lee. Review on Graph Clustering and Subgraph Similarity Based Analysis of Neurological Disorders. **International Journal of Molecular Sciences**, Basel, v. 17, n. 6, p. 862, Jun. 2016.

VIEIRA, Katiucia Letiele Duarte, et al. “Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura.” **Escola Anna Nery** 17 (2013): 120-127.

# MORTALIDADE E ANOS POTENCIAL DE VIDAS PERDIDAS NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY (2009 A 2019)

*Data de aceite: 01/03/2024*

**Bianca Nunes Burguez**

**Eliane de Fátima Almeida Lima**

**Italla Maria Pinheiro Bezerra**

**Maria Carlota de Rezende Coelho**

O perfil epidemiológico de uma determinada população é estudado através de indicadores de mortalidade. Para Medronho (2009), esses indicadores apresentam análises preditivas e são capazes de orientar os sistemas locais de saúde. Essas ferramentas são essenciais na formulação de ações em saúde, proporcionam um diagnóstico das diversas situações de saúde, oferecendo uma visão mais clara das necessidades da população, contribuindo para o uso racional dos recursos disponíveis e identificando as áreas onde há escassez na oferta de serviços e profissionais de saúde (MACHADO *et al.*, 2003).

Reichenhein e Werneck (1994) entendem que o indicador de Anos Potencial de Vidas Perdidas - APVP

qualifica as mortes e introduz um novo critério para seleção de prioridades. Romeder e Mc Whinnie (1978) expõem que esse indicador foi proposto com o objetivo de definir as principais causas de mortes prematuras e representa uma alternativa metodológica para medir as mortes que ocorrem precocemente.

Diante do exposto, questiona-se: qual a epidemiologia da mortalidade no município de Presidente Kennedy? Qual a representação do indicador de Anos Potencial de Vidas Perdidas no município de Presidente Kennedy? Desta forma o objetivo do estudo foi analisar a epidemiologia da mortalidade e do indicador de Anos Potencial de Vidas Perdidas no município de Presidente Kennedy.

Os dados de mortalidade do município de Presidente Kennedy-ES foram extraídos no Tabnet/Datasus, estatísticas vitais, mortalidade do período de 1996 a 2019. Para identificação das causas de mortes foi utilizado o Código Internacional de Doença (CID-10).

## **EPIDEMIOLOGIA DA MORTALIDADE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES (2009 – 2019)**

Foram identificados, no período em análise, 412 óbitos entre as idades de 01 a 69 anos relacionados às seguintes variáveis: escolaridade, raça/cor, estado civil e local de ocorrência.

Os percentuais identificados para essas variáveis foram: escolaridade (62,6%), raça/cor (31,3%) e estado civil (26,2%). Evidencia-se que a porcentagens apresentadas se distanciam de 100%, o que pode implicar em falhas no preenchimento das Declarações de Óbitos (DO), ou seja, são informações identificadas como ignoradas sinalizando necessidade de melhoria no preenchimento correto das DO. O preenchimento da DO é um ato médico e os dados contidos nesse documento constituem a principal fonte de informações sobre as características individuais, sociodemográficas e sobre as principais causas de óbito, ato que contribui sobremaneira para a identificação dos fatores de risco associados à mortalidade (MELO; BEVILACQUA; BARLETTTO, 2013).

Apesar dessas falhas no preenchimento dessas informações, constata-se elevada mortalidade em indivíduos entre 1 a 3 anos de estudos (13,1%), prevalecendo a raça/cor parda (33,5%), estado civil solteiro (36,4%) e o local de ocorrência do óbito foi o hospital (64,1%).

Analisando as idades entre 1 a 69 anos, o estudo mostrou que os agravos mais frequentes foram por causas externas (30,83%), seguidas por doenças do aparelho circulatório (24,27%) e por neoplasias (19,66%). Identificou-se que as principais causas de morte no sexo masculino foram por causas externas com 114 óbitos (27,67%), por doenças do aparelho circulatório com 68 óbitos (16,50%) e por neoplasias com 50 mortes (12,14%). Já o sexo feminino foram 32 óbitos devido doenças do aparelho circulatório (7,77%), 31 óbitos por neoplasias (7,52%) e 13 óbitos devido as causas externas de morbimortalidade (3,16%).

As causas externas de morbidade e mortalidade obteve um total de (n= 127) óbitos (30,83%), sendo por acidentes de trânsito o de maior caso ( n=67) e quedas o menor número encontrado (n=03). Vale destacar que agressões, afogamentos e submersões e lesões autoprovocadas foram também causas identificadas no levantamento.

As doenças do aparelho circulatório estão registradas com 100 mortes, mas ao detalhar essas mortes segundo a causa principal, identificou-se 134 mortes, evidenciando um erro no cálculo dos óbitos do sistema. As mortes devido a doenças isquêmicas do coração foram em um total de 41 óbitos, acompanhado de 35 óbitos por doenças cerebrovasculares e 34 devido infarto agudo do miocárdio; sendo as demais causas por por doenças hipertensivas, por outras doenças cardíaca, classificadas como restantes de doenças do aparelho circulatório e devido a febre reumática e doença reumática crônica do coração.

As causas de neoplasias (tumores) exibiram um total de 81 óbitos (19,66%), sendo 13 por neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões, dez por neoplasias maligna do esôfago e dez por restantes de neoplasias malignas. Outras neoplasias foram identificadas como as neoplasias da mama, do colón, reto e ânus, neoplasia do estômago, neoplasia do lábio, cavidade oral e faringe, neoplasia da meningite encefálica e outras partes do SNC. Ainda as neoplasias de laringe, no colo do útero, da próstata, mieloma múltiplo e neoplasia de plasmócitos, no fígado e vias biliares intra-hepática, linfomas não-hodgkin, pâncreas, pele, útero e ovários foram evidenciadas nesse estudo.

As idades entre 1 a 14 anos mostrou um total de 11 óbitos (2,67%), sendo oito no sexto masculino e três no feminino. Em relação ao sexo masculino, três foram por acidentes de transporte. Os demais óbitos foram por afogamento, causas externas, malformação congênita do sistema nervoso, doença do sistema nervoso e por neoplasia maligna meninge, encéfalo e outras partes SNC. No sexo feminino, os óbitos foram causados por acidente de transporte, doença do aparelho digestivo e por doenças virais, sendo um óbito por causa apresentada.

A faixa etária de 15 a 29 anos computou 46 óbitos (11,17%), distribuindo os óbitos por sexo. Tanto em homens quanto nas mulheres, prevaleceu os óbitos por acidente de transporte, 19 e três óbitos, respectivamente. Os transtornos mentais e neoplasias malignas foram os óbitos identificados na população feminina e na masculina foram identificadas agressões, afogamento, lesões autoprovocadas, doenças do sistema nervoso e neoplasias, assim como aparelho geniturinário e por malformação congênita do sistema nervoso. Chama-se atenção que para esse público foram observados os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, devido infecção por vírus da imunodeficiência humana – HIV.

Na faixa etária entre 30 a 49 anos, 132 óbitos foram registrados, sendo 107 no sexo masculino, sendo 53 óbitos por causas externas, destacando 28 por acidentes de transporte e 12 por agressões. Ainda foram identificados 17 óbitos por doenças do sistema circulatório, sete por doenças isquêmicas do coração e seis por infarto agudo do miocárdio. Óbitos por doenças hipertensivas, por doenças cerebrovasculares e por outras doenças cardíaca, foram encontrados. Por fim, 17 óbitos por neoplasias, em sua maioria, localizada no lábio, cavidade oral e faringe e esôfago.

As doenças do aparelho digestivo também foram causas de óbito, em um total de 16 casos. As doenças infecciosas e parasitárias foram seis óbitos e cinco por doenças virais devido infecção por vírus da imunodeficiência humana – HIV. Ainda foram identificados óbitos por doença endócrinas nutricionais e metabólica devido ao diabetes mellitus, por pneumonia e por transtorno mental e comportamental devido uso de álcool.

Já no sexo feminino, na faixa etária de 30 a 49 anos, 25 óbitos foram por neoplasias na mama e os demais óbitos por colo do útero, neoplasia de corpo e partes não especificada do útero e classificada como restante de neoplasias malignas. As mortes por causas externas foram por agressões, por acidentes de transporte. Ainda foi evidenciado óbitos por

doenças do aparelho digestivo, fígado, aparelho circulatório. Doença hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, outras doenças cardíacas e doenças cerebrovasculares também foram motivos de óbitos na população feminina. Destacam-se ainda mortes devido a doenças virais por infecção do HIV, por restante de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, por pneumonia e devido a sintomas e sinais de achados anormais clínico e laboratoriais.

A faixa etária de 50 a 69 anos, registrou 223 óbitos (56,05%). No sexo masculino da faixa etária de 50 a 69 anos com 146 óbitos, foram distribuídos nas causas do aparelho circulatório com 51 mortes, sendo 20 por infarto agudo do miocárdio e 21 por doenças cerebrovasculares. Doenças hipertensivas, outras doenças cardíaca, febre reumática aguda e doença reumática do coração e doenças do aparelho circulatório, foram outras doenças identificadas.

As neoplasias com (n= 29) mortes de localização no esôfago (n= 06), na traqueia brônquios e pulmões (n= 06), no estômago (n= 05), no fígado e vias biliares intra- hepática (n= 02), na laringe (n= 02), na próstata (n= 02), no mieloma múltiplo e neoplasia maligna de plasmócitos (n= 02), restante das neoplasias (n= 02), no cólon, reto e ânus (n= 01) e no pâncreas (n= 01).

As causas externas (n= 26) óbitos por acidentes de transporte (n= 11), por agressões (n= 08), por eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (n= 02), por todas as causas externas (n= 02), por quedas (n= 01), por afogamento (n= 01) e por lesões autoprovocadas voluntariamente (n= 01).

As doenças do aparelho digestivo foram (n= 13) mortes, por doenças do fígado (n= 07), por restantes de doenças do aparelho digestivo (n= 05) e por úlcera gástrica, duodenal e péptica (n= 01). As causas por doenças do aparelho respiratório foram (n= 09) mortes, por pneumonia (n= 07), por doenças crônicas das vias aéreas inferiores (n= 01) e por restante doenças do aparelho respiratório (n= 01). Os óbitos por doença endócrinas, nutricionais e metabólicas foram (n= 08) mortes, por diabetes mellitus (n= 07) e por desnutrição (n= 01).

Os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias foram (n= 02), por septicemia e por HIV. As causas por doenças do sistema nervoso foram por epilepsia (n= 01) e por restante das doenças do sistema nervoso (n= 01). As mortes por sintomas e sinais e achados anormais clínicos e laboratoriais foram (n= 02), os óbitos por insuficiência renal foram (n= 01), por doença da pele e tecido subcutâneo (n= 01), por transtorno mentais e comportamentais devido uso de álcool (n= 01) e (n= 01) morte por doença do sangue e órgãos hematológicos e alguns transtornos imunitários (Anemias) .

Os óbitos nas mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos foram (n= 77), devido a doenças do aparelho circulatório (n= 28), devido a isquemias do coração (n= 11), doenças cerebrovasculares (n= 09), infarto agudo do miocárdio (n= 07), por doenças hipertensivas (n= 04), por restantes doenças do aparelho circulatório (n= 02), por febre reumática e doenças reumáticas crônicas do coração (n= 01) e por outras doenças cardíaca (n= 01). As neoplasias com (n= 23) óbitos localizados no cólon, reto e ânus (n= 05), na mama (n=



05), na traqueia, brônquios e pulmões (n= 04), restante de neoplasias malignas (n= 03), no esôfago (n= 01), no colo do útero (n= 01), no ovário (n= 01), na meninge, encéfalo e outras partes do SNC (n= 01), linfoma não-Hodgkin (n= 01) e mieloma múltiplo e de plasmócitos (n= 01).

Os óbitos devido a doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas foram ocorridos por diabetes mellitus (n= 11). As causas externas (n= 05), por todas as outras causas externas (n= 03), por acidentes de transporte (n= 01) e por eventos cuja intenção é indeterminada (n= 01). As causas por doenças infecciosas e parasitárias (n= 02), foram por doenças bacterianas e por restantes de algumas doenças infecciosas e parasitárias. Houve (n= 01) óbito devido a doença alcoólica do fígado.

De acordo com o banco de dados do tabnet/datasus, a mortalidade no município de Presidente Kennedy é similar a realidade do Brasil. A pesquisa mostrou que as principais causas de mortes no período entre 2000 a 2019, foram provocadas por doenças do aparelho circulatório, pelas causas externas e por neoplasias.

Após o século XIX, o Brasil experimentou a primeira fase de sua transição demográfica, reconhecida pelo início da queda das taxas de mortalidade por doenças infecciosas, respiratórias e parasitárias, que começa, gradativamente, a perder importância frente a outro conjunto formado por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que se relacionam com a degeneração do organismo através do envelhecimento, como o câncer, problemas cardíacos, entre outros (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Segundo Malta *et al.* (2014) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude no Brasil, sendo responsáveis por 72% do total de óbitos no ano de 2007, com destaque para os quatro grupos de causas de morte, sendo as doenças cardiovasculares (31,3%), neoplasias (16,3%), doenças crônicas respiratórias (5,8%) e diabetes (5,2%).

O Plano Global de enfrentamento das DCNT pactuado para 2015-2025 prevê a redução em 25% da probabilidade de morte prematura por estas doenças em uma década e o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022” reforça como uma de suas metas a redução da taxa de mortalidade prematura (menores de 70 anos) por DCNT em 2% ao ano (MALTA; SILVA Jr, 2013). O estudo realizado por Saltarelli *et al* (2019) evidenciou que os estados do Sudeste têm alcançado essa meta, uma vez que a taxa de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis reduziu na região 2,7% ao ano, no período de 2000 a 2013.

## **ANOS POTENCIAL DE VIDAS PERDIDAS NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES (2009 – 2019)**

Os Anos Potencial de Vidas Perdidas (APVP) é um indicador de saúde que traduz em número de anos que uma pessoa, morta prematuramente, poderia ter vivido. Esse indicador permite a comparação das diferentes causas de morte para uma dada população.

Seu cálculo baseia-se nas estatísticas de mortalidade por faixa etária, estimando-se a média de anos perdidos para cada uma delas, por determinada causa, e multiplicando-se esse dado pelo número de óbitos ocorridos naquela faixa etária. Seu cálculo leva em consideração um limite de idade, do qual a morte é considerada prematura, costuma ser em 65 ou 70 anos, os óbitos menores de um ano são excluídos, a fim de evitar-se um peso excessivo às causas de óbitos neonatais (TAUIL; LIMA, 2009).

Neste estudo, o cálculo leva em consideração o limite de 70 anos, sendo excluídos menores de um ano. Calcularam-se as mortes ocorridas nas faixas etárias de 01 a 14 anos, 15 a 29 anos, 30 a 49 anos e 50 a 69 anos, estimando-se a média de anos perdidos para cada uma delas, pelas principais causas de mortes no sexo masculino (1º causas externas, 2º doenças do aparelho circulatório, 3º neoplasias e 4º doenças do aparelho digestivo) e no sexo feminino (1º doenças do aparelho circulatório, 2º neoplasias, 3º causas externas e 4º doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas). Analisando as causas de óbitos por causas externas, no sexo masculino apresentou um total de 900,0 APVP na faixa etária entre 30 a 39 anos e elevada Taxa de APVP 1650,9 na faixa etária entre 15 a 19 anos. No sexo feminino foi evidenciado 75,0 APVP na faixa etária entre 40 a 49 anos e 131,0 Taxa de APVP na faixa etária entre 10 a 14 anos.

No Brasil, as mortes por causas externas (acidentes, homicídios e suicídios), apesar de serem em menor número que as doenças cardiovasculares, apresentam maior número de anos potenciais de vida perdidos, em decorrência de incidirem em maior número em pessoas jovens, roubando-lhes, portanto, mais anos de vida potencialmente úteis. O controle dos óbitos por causas externas revela-se, assim, como de grande importância na luta pela redução das mortes precoces. Utilizando-se este indicador para todas as causas de morte, pode-se verificar que naqueles países onde grande parte dos óbitos ocorre em população abaixo dos 50 anos o número de anos potencialmente úteis é muito maior, aprofundando ainda mais as diferenças socioeconômicas já existentes, pela perda de vidas em fase economicamente ativa (TAUIL; LIMA, 2009).

As mortes por causas de doença do aparelho circulatório no sexo masculino foram 400,0 APVP nas idades entre 40 a 49 anos e a taxa de APVP foi de 25966,7 nas idades entre 30 a 39 anos. Na população do sexo feminino apresentaram 180,0 APVP e a Taxa de APVP foi de 340,3 na faixa etária entre 50 a 59 anos.

As doenças cardiovasculares e suas complicações têm impacto elevado na perda de produtividade no trabalho e na redução da renda familiar, resultando em um déficit de US\$4,18 bilhões na economia brasileira entre 2006 e 2015 (ABEGUNDE *et al.*, 2007). Portanto, intervenções em saúde pública que busquem a redução da prevalência da hipertensão arterial, principal fator de risco para doenças cardiovasculares, são essenciais, visto que influenciam diretamente o alcance da meta de redução da taxa de mortalidade prematura (entre < 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (SALTARELLI *et al.*, 2019).

As mortes precoces por neoplasias no sexo masculino apresentaram 275,0 APVP e Taxa de APVP foi de 394,5 entre as idades de 40 a 49 anos. No sexo feminino foram 195,0 APVP nas idades entre 50 a 59 anos e a Taxa de APVP 13200,0 entre 30 a 39 anos.

Considerando-se que a expectativa de vida média da população brasileira girou em torno 75 anos em 2010, podemos afirmar que existe perda de quase um quinto do total de anos de vida do indivíduo quando acometido por neoplasias, como o câncer de brônquios e pulmão. Existe ainda o impacto socioeconômico decorrente da perda de anos produtivos de vida, em especial no câncer de colo uterino, por tratar-se de uma neoplasia potencialmente evitável (PANIS *et al.*, 2018). Para reduzir a morbimortalidade por câncer, o Ministério da Saúde tem direcionado a vigilância nacional, o diagnóstico precoce e o controle das principais neoplasias em todas as regiões (OLIVEIRA; SILVA; KLEIN, 2005).

A quarta causa de mortes nos homens foram devidas as doenças do aparelho digestivo, apresentou 150,0 APVP na faixa etária de 40 a 49 anos e a taxa de APVP foi de 222,2 entre 50 a 59 anos, devido a doenças alcoólica do fígado. As taxas masculinas são nove vezes superiores às femininas para as doenças alcólicas do fígado, e seis vezes para a fibrose e cirrose hepática, contribuindo de maneira considerável no Índice de Sobremortalidade Masculina (ISM). O crescimento da taxa de mortalidade por doença alcóolica assim como o aumento da taxa de homicídios, sinalizam para um aumento do consumo de álcool, manifestando em sua forma mais perversa, que é perda de vidas peculiarmente entre a população masculina em idade produtiva. Elaboraões de campanhas alertando os perigos produzidos pelo consumo excessivo do álcool é de extrema importância para a redução dessas mortes (GODINHO; MAMER, 2004).

A quarta causa de mortalidade nas mulheres foi devido a doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, mostrou 75,0 APVP e a taxa de APVP foi de 141,8 nas idades entre 50 a 59 anos, devido ao diabetes. Mundialmente o diabetes foi responsável por 4,9 milhões de mortes em 2014, esteve relacionado a 11% do gasto total em saúde de adultos (Internationale Diabetes Federation, 2014). Em 2010 o diabetes foi responsável por 3.741 mortes no Brasil, cerca de 2,45 óbitos/100.000 habitantes e 0,29 entre os menores de 40 anos (KLAFKE *et al.*, 2014).

O crescimento da prevalência do diabetes é resultado do aumento da população de idosos e do avanço da prevalência de obesidade (WHO, 2011). Dados recentes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito domiciliar realizado no Brasil em 2013, identificaram que adultos de 18 anos ou mais de idade, cerca de 9,1 milhões de pessoas, referiram diagnóstico médico prévio de diabetes, uma prevalência de 6,2% do total de adultos (ISER *et al.*, 2015).

Os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, como o uso do tabaco, o envelhecimento, a obesidade e o consumo excessivo do álcool, também podem ampliar as desigualdades sociais em saúde, se mantiverem sua situação de maior prevalência nas classes mais pobres. É possível que em 2040, haja maior concentração

de enfermidades e de outros desfechos causados por esses fatores de risco entre os mais pobres. Essa situação exigirá a formulação e a implementação de políticas sociais amplas, com a redução das desigualdades sociais, aumento da renda das famílias, melhora no nível de educação, medidas legislativas e regulatórias, melhora no acesso e a qualidade da atenção, medidas de prevenção e promoção à saúde fazem parte desse conjunto necessário para reverter tais tendências (BARBOSA; RAMALHO, 2021).

Os estados da região Sudeste do Brasil têm alcançado a meta de redução dessas mortes, uma vez que a taxa de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis reduziu na região 2,7% ao ano, no período de 2000 a 2013. Isso é também confirmado em outros estudos, visto que é possível reduzir este indicador, pois são doenças sensíveis às intervenções de promoção da saúde e assistência (MALTA, *et al.*, 2014). A expansão dos cuidados primários, a melhora na prestação dos serviços de saúde e a distribuição de medicamentos para a população em risco (a exemplo das doenças cardiovasculares) são estratégias que têm demonstrado redução da mortalidade pelo conjunto das DCNT (RIBEIRO *et al.*, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que as informações geradas pela pesquisa irão contribuir no planejamento e na avaliação de ações em saúde para o município, auxiliando nas decisões e definições de prioridades das estratégias e intervenções que deverão ser adotadas.

O indicador de Anos Potencial de Vida Perdidas auxilia na prevenção das mortes precoces, pois identifica em qual idade as causas de mortes estão mais acentuadas, resultando em ações para retardar as mortes precoces por um evento evitável. A sua aplicação efetiva no município de Presidente Kennedy contribui positivamente para uma compreensão do processo saúde doença, norteando a tomada de decisão na busca da melhora das condições de saúde, ajustados com a real necessidade da população.

Ademais, os resultados ainda apontam a necessidade de novos estudos o acompanhamento das mortes precoces no município, bem como, a ampliação da vigilância nos fatores de risco da população em vulnerabilidade aos óbitos por acidentes transporte terrestre, agressões, suicídios, doenças hipertensivas, neoplasias, diabetes mellitus e cirrose hepática.

## REFERÊNCIAS

ABEGUNDE Dele O *et al.* The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet** 2007; 370(9603): 1929-38.

BARBOSA, Jarbas; RAMALHO, Walter. **Possíveis cenários epidemiológicos para o Brasil em 2040**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. 48 p. – (Textos para Discussão; n. 55) Bibliografia: p. 38-44.

CONFORTIN, Susana Cararo *et al.* Mortalidade prematura pelas principais doenças crônicas não transmissíveis nos estados do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2019;72(6):1588-94.

GODINHO, Rute Eduviges; MAMER, Cecília Polidoro. **O comportamento social pode levar a doenças hepáticas. Centro de Estudos Sociais.** Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Portugal. 2004 [acessado em 28 jun. 2021]

ISER, Betine Pinto Moehlecke *et al.* Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol Serv Saúde** 2015; 24(2): 305-14.

International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas update poster [Internet]. 6ª ed. International Diabetes Federation; 2014

KLAFKE, A *et al.* Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. **Epidemiol Serv Saúde** 2014; 23(3): 455-62.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA Jr, Jarbas Barbosa. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv.Saúde** v.22 n.1 Brasília mar. 2013.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol e Serviços Saúde** 2014; 23(4):599-608.

MACHADO, Heleny de Oliveira Pena *et al.* **Um banco de dados a ser explorado na perspectiva dos recursos humanos para o SUS: a experiência do observatório de recursos humanos em saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 249-60

MELO, Cristiane Magalhães de; BEVILACQUA, Paula Dias; BARLETTO, Marisa. Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1225-1234, 2013.

MEDRONHO, Roberto A *et al.* Estudos ecológicos. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 265-74.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes; SILVA, Nelson Albuquerque Souza; KLEIN, Carlos Henrique. Mortalidade compensada por doenças cardiovasculares no período de 1980 a 1999 – Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** 85 (5). Nov 2005.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Estratégia global para reduzir o uso nocivo de álcool [Internet]. Genebra: OMS; 2010

PANIS, Carolina *et al.* Revisão crítica da mortalidade por câncer usando registros hospitalares e anos potenciais de vida perdidos. **Einstein** (São Paulo). 2018;16(1):eAO4018.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; WERNECK, Guilherme L. Anos Potenciais de Vida Perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As Mortes Violentas em Questão. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 188-198, 1994.

RIBEIRO, Antônio Luiz *et al.* Saúde Cardiovascular no Brasil. **Tendências e perspectivas.** 2016;133(4):422-33.

ROMEDER, JM; MCWHINNIE, JR. Anos potenciais de vida perdidos entre 1 e 70 anos: um indicador de mortalidade prematura para planejamento de saúde. **International Journal of Epidemiology**, Volume 6, Issue 2, June 1977, Pages 143-151.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):897-908, 2004.

SALTARELLI, Rafaela Magalhães Fernandes *et al.* Mortes evitáveis por ações do Sistema Único de Saúde na população da Região Sudeste do Brasil. **Ciências em saúde coletiva**. 24 (3) Mar 2019.

TAUIL, Pedro Luiz; LIMA, David Duarte. **Aspectos éticos da mortalidade no Brasil**. Departamento de **saúde coletiva**, Campus Darcy Ribeiro. Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011. 176 p.

# SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE KENNEDY

*Data de aceite: 01/03/2024*

**Keila Rossi Franzagua Machado**

**Gracielle Pampolim**

**Luciana Carrupt Machado Sogame**

A transição demográfica e o envelhecimento populacional são uma realidade mundial, marcada pelo aumento da expectativa de vida. Com o envelhecimento global, a multimorbidade está cada vez mais presente na população idosa, se tornando uma inquietação para a saúde pública (NGUYEN *et al.*, 2019). Isso porque, o indivíduo em condição de multimorbidade, em especial os idosos, tende a passar por um maior número de hospitalizações, usam, simultaneamente, vários medicamentos e isso aumenta a suscetibilidade aos efeitos adversos. Consequentemente, os idosos com multimorbidade solicitam mais demandas relacionadas ao cuidado, fato esse que resulta em grande desafio para os sistemas de saúde no mundo, face à complexidade da atenção (CAVALCANTI *et al.*, 2017).

A cidade de Presidente Kennedy é um município localizado no sul do estado do Espírito Santo, distante 159 km da capital Vitória. De acordo com o IBGE (2019), a população estimada do município, em maio 2020, era de 11.658 pessoas, sendo 11,5% idosos, o município ocupa uma área territorial de 594,897 km<sup>2</sup>. As iniciativas voltadas para o cuidado dos idosos de Presidente Kennedy utilizam como referência as políticas públicas estabelecidas pelo Governo Federal e estadual. A prefeitura de Presidente Kennedy conta com um plano municipal de saúde, executado pela secretaria de saúde e seu fundo municipal, chamando “A saúde que eu quero começa por mim”, idealizado em 2017, com uma proposta de atenção à saúde para o período de 2018 a 2021, objetivando a promoção e a preservação da saúde (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Essa meta é atingida por meio da atenção primária, para tanto o município conta com a Estratégia Saúde da Família (ESF), ferramenta importante para a organização do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação

de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para a assistência em saúde, o município foi dividido em 05 regiões que dispõem de 9 UBS, sendo 05 com ESF e 04 Unidades de Apoio, localizadas 01 na zona urbana e 08 na zona rural o (PRESIDENTE KENNEDY, 2017). No ano de 2021 são 12 equipes com 6 ESF e 6 US (Unidade Saúde) sendo 2 na zona urbana (sede I e II) e 10 na zona rural (Jaqueira, Marobá, Boa Esperança, São Salvador, São Paulo, Cancelas, Gromogol, Santo Eduardo, Mineirinho, Santa Lucia).

Na atenção de média complexidade, o município oportuniza o Pronto Atendimento Municipal (PAM), enquanto a assistência ao idoso em instituições de longa permanência é ofertada em instituições de outros municípios, selecionadas por meio de pregão eletrônico (SILVA, 2021).

As políticas públicas de atenção ao idoso são uma conquista e garantem um envelhecimento com dignidade e qualidade de vida. Para viabilizar o planejamento de ações dessas políticas é necessário a realização do diagnóstico situacional. Sendo assim estudar as condições de saúde dos idosos é fundamental para planejar ações específicas no cuidado dessa população. O objetivo do presente estudo é fazer uma reflexão sobre o desenvolvimento de multimorbidade e verificar a situação de saúde da população idosa de Presidente Kennedy-ES. Para tanto foram realizadas uma revisão bibliográfica e uma pesquisa das condições de saúde no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas (SISAP- idoso) que é um sistema informatizado que utiliza a internet para oferecer aos gestores e a população informações referentes a situação da saúde da população idosa e o seu processo de envelhecimento, fornecendo a possibilidade de consulta de diferentes indicadores, sejam estes, a nível federal, estadual ou municipal (FIOCRUZ, 2011).

## MULTIMORBIDADE E A POPULAÇÃO IDOSA

A multimorbidades é caracterizada pela presença simultânea de duas ou mais doenças crônicas, e é uma condição frequente entre os idosos. Os fatores relacionados com a ocorrência dessa condição podem estar associados com as condições socioeconômica e ambiental, além da relação com o processo de envelhecimento e os hábitos de vida (NUNES *et al.*, 2018). A multimorbidade afeta diretamente a saúde pública e está associada, ainda com aumento da mortalidade, declínio funcional e baixa qualidade de vida, além da dificuldade de manejo adequado pelos serviços de saúde, sendo presente em 64,9% dos indivíduos entre 65 e 84 anos de idade (NUNES *et al.*, 2018).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma das principais doenças presente em indivíduos com multimorbidades, afeta cerca de 25% da população brasileira adulta, e esse número deve aumentar em 60% até 2025, atingindo uma prevalência de 40%. A HAS não é apenas uma das principais causas de morte por doenças do aparelho circulatório, mas também traz um pesado ônus socioeconômico em razão da alta prevalência e baixo índice de controle da doença (SILVA *et al.*, 2016). Os principais fatores de risco para HAS são idade, raça, sexo, sobrepeso ou obesidade e hábitos de vida pouco saudáveis, como estilo de vida sedentário, alcoolismo, tabagismo e ingestão excessiva de sal. Outros fatores de



risco estão relacionados a doenças cardíacas e hipertensão, como predisposição genética e estresse (SILVA *et al.*, 2016). Outra doença crônica importante na população idosa é a Diabetes Mellitus (DM), que é considerada um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta a hiperglicemia como sintoma em comum, como consequência de defeitos tanto na ação quanto na secreção da insulina no organismo.

Por possuir alta prevalência e incidência em esfera mundial, o DM configura-se como uma doença endêmica (SCHRODER *et al.*, 2021). Destaca-se que esta doença repercute de forma importante nos cofres públicos, uma vez que, os gastos em saúde para os pacientes diabéticos podem chegar a três vezes mais do que para aqueles sem diabetes (SCHRODER *et al.*, 2021). Dentre os fatores de risco modificáveis para DM, a obesidade, hábitos alimentares, sedentarismo e tabagismo são os mais proeminentes. O estresse psicossocial e os episódios depressivos maiores também podem estar associados a um risco aumentado de DM (LYRA *et al.*, 2006). A população idosa é particularmente afetada por essa doença, isto porque, alterações no pâncreas e nas glândulas secretoras de insulina estão presentes no processo do envelhecimento e têm uma influência na prevalência de diabetes (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Em razão desses agravos, os idosos se tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), segundo Lacerda e Figueira (2020), o índice da ocorrência do AVC cresce com a idade, em homens e mulheres, com aproximadamente 50% de todos os AVC ocorrendo em pessoas com mais de 75 anos e 30% com mais de 85 anos. O AVC é uma diminuição de fluxo sanguíneo no sistema nervoso que ocasiona lesão neurológica, pode ser dividido em hemorrágico e isquêmico. Sendo que, a maior taxa de incidência é o do tipo isquêmico, com 87% dos casos, que ocorre pela obstrução de um vaso com consequente morte do tecido cerebral (LACERDA; FIGUEIRA, 2020).

Os fatores de risco, para o desenvolvimento do AVC, podem ser a obesidade, hipoxemia, DM, HAS, sedentarismo, tabagista, algumas doenças cardíacas, e doenças comportamentais (FERREIRA *et al.*, 2020). Seu principal sintoma é a perda de função, caracterizada pela alteração motora (perda ou diminuição da força motora), alterações cognitivas e psicológicas, que acabam, ao longo do tempo, ocasionando diminuição da autonomia e da independência dos idosos, e muitas vezes sua exclusão na sociedade (PAULI *et al.*, 2020).

Essas deficiências motoras e cognitivas combinadas, aumentam cada vez mais os riscos de incapacidade funcional em longo prazo e aumentam os custos com saúde, refletidos por um aumento nas taxas de readmissão hospitalar e nas taxas de mortalidade em idosos (LACERDA; FIGUEIRA, 2020). Além disso, contribuem também para o aumento do risco da ocorrência de acidentes, como as quedas, outro agravamento comum entre pessoas idosas. As lesões relacionadas à queda podem afetar significativamente a mobilidade dos pacientes e suas atividades diárias, o que limita sua participação em eventos sociais e outras atividades (LACERDA; FIGUEIRA, 2020).

Segundo Giacomini, Fhon e Rodrigues (2020, p. 2), “no Brasil, cerca de 30% dos idosos caem uma vez por ano, e as pessoas mais acometidas são justamente as mais

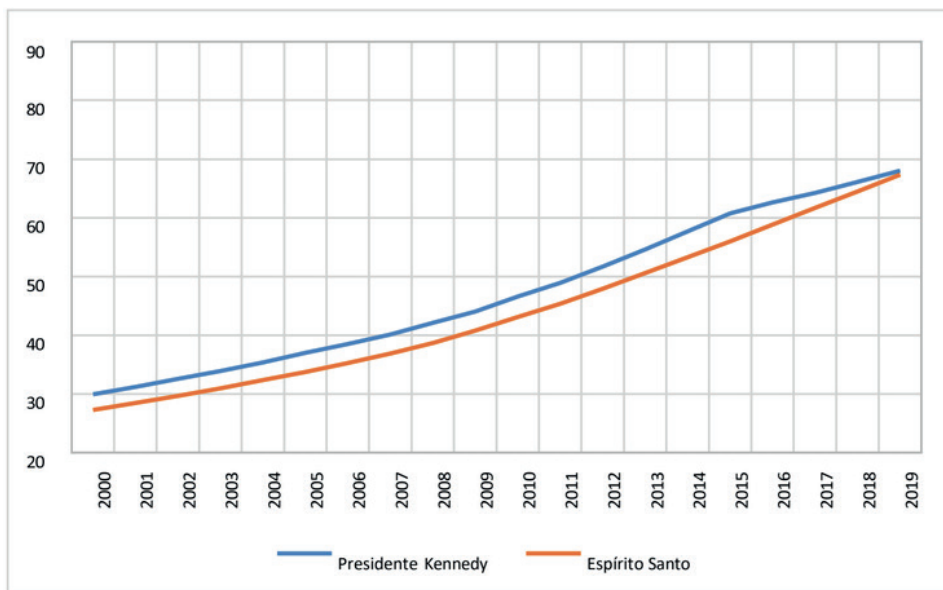
longevas (80 anos)”. A queda pode acontecer em diversos ambientes, como, por exemplo, em uma caminhada matinal, em escadas ou até mesmo dentro da residência ao usar o banheiro, tomar banho ou mudar de posição durante a noite (MAGALHÃES; SILVA, 2021). Segundo Cruvinel, Dias e Godoy (2020), os acidentes domésticos são responsáveis por 70% das quedas.

Em suma, com o processo de envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas que podem estar associadas a doenças crônicas e degenerativas, conduzindo a déficits funcionais e declínio da mobilidade, indicando a importância da análise da funcionalidade da pessoa idosa como um indicador preponderantes para o monitoramento dos efeitos adversos relacionados ao processo de envelhecimento. Nesse sentido, a seguir, apresentam-se os resultados da presente pesquisa que teve como objetivo verificar a situação de saúde da população idosa de Presidente Kennedy-ES a partir da utilização da ferramenta SISAP-idoso.

## DETERMINANTES DE SAÚDE E CONDIÇÕES DE SAÚDE NA POPULAÇÃO IDOSA DE PRESIDENTE KENNEDY

Inicialmente serão apresentados o índice de envelhecimento e índice de envelhecimento segundo sexo, que é um índice entendido como a razão entre o número de indivíduos com 60 anos ou mais de idade pelos 100 indivíduos menores de 15 anos de idade residentes em um espaço demográfico é apresentado por meio da Figura 1.

Figura 1- Índice de Envelhecimento.



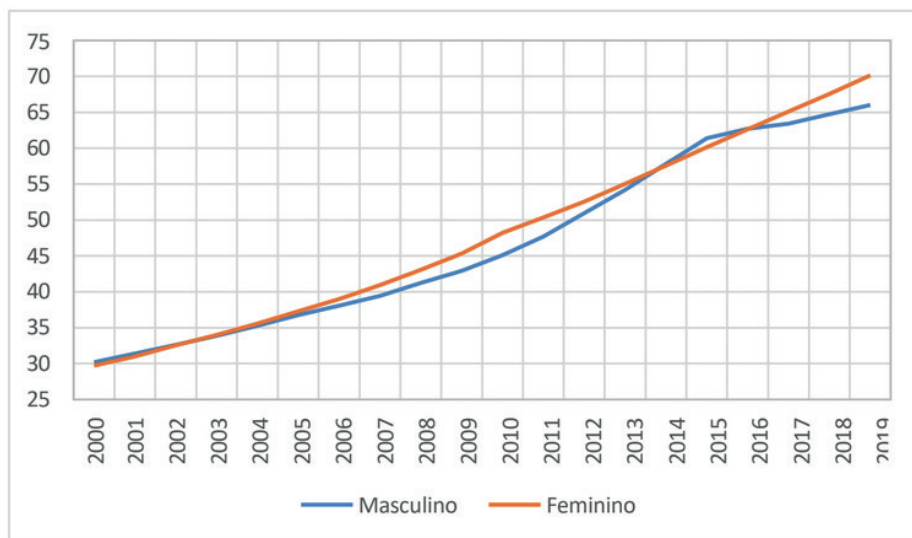
Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

De acordo com a Figura 1, é possível perceber que Presidente Kennedy tem um considerável aumento no índice de envelhecimento da população, passando de 29,95 para 68,04 idosos para cada 100 jovens no período de 19 anos. Conforme demonstrado no gráfico, esses valores são muito semelhantes aos observados no Espírito Santo, e segundo o IBGE (2013), também se assemelham ao índice de envelhecimento brasileiro, que vem registrando gradual aumento no número de idosos ao longo dos anos.

Este envelhecimento vem ocorrendo devido a diminuição da fecundidade, e consequente desaceleração do crescimento da faixa etária de 0 a 14 anos (BRASIL, 2003). Outro importante fator, está relacionado aos efeitos de investimentos em estratégias para proporcionar uma melhor qualidade de vida para a população por meio dos avanços na assistência à saúde, que proporcionam maior expectativa de vida para essa população brasileira. Destaca-se, nesse sentido, a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) no ano 2006, que tem como intuito devolver a autonomia dos idosos, melhorar a qualidade de vida e manter a capacidade funcional dos longevos (ABREU, 2016). Em Presidente Kennedy esse objetivo é alcançado principalmente por meio da ESF, que procura desenvolver ações para a promoção e a proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos e diagnósticos, assim como, tratamentos voltados para a reabilitação e redução dos agravos na saúde dos idosos.

O índice de envelhecimento da população segundo estratificação por sexo, no município de Presidente Kennedy, é calculado como o índice de envelhecimento da população de Presidente Kennedy considerando a população masculina e feminina no ano de 2000 a 2019, e é apresentado na Figura 2.

Figura 2 - População Masculina x Feminina



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

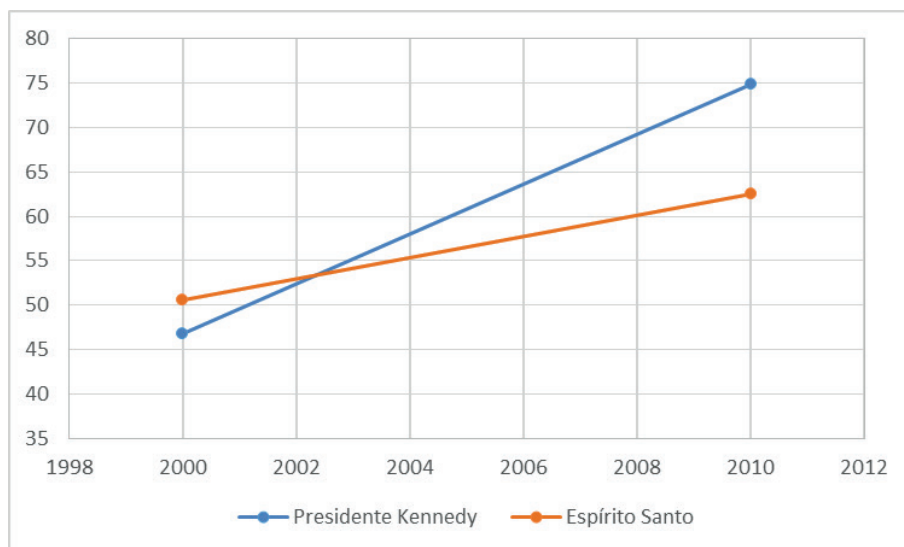
Como pode ser notado, os índices apresentam crescimentos semelhantes durante o período analisado, com aumento no índice de envelhecimento feminino a partir de 2006, sendo mais evidente ainda a partir do ano de 2017, com considerável aumento do índice de envelhecimento feminino em relação ao masculino, significando que a população feminina passou a viver mais que os homens. No ano de 2019, o índice de envelhecimento feminino em Presidente Kennedy foi de 70,15 idosas para cada 100 mulheres jovens, enquanto o índice de envelhecimento masculino era de 66,01 idosos para cada 100 homens jovens.

Segundo dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em abril de 2020, as mulheres vivem pelo menos 1,4 anos a mais que os homens (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). Estudos apontam que as causas disto são as diferenças ambientais ao longo dos anos, onde os homens são mais propensos hábitos prejudiciais como alcoolismo e tabagismo, além de realizarem menos cuidados preventivos, e apresentarem maior risco de desenvolverem doenças cardíacas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). Segundo a secretaria de saúde de Presidente Kennedy, outra hipótese cabível, é que as mulheres vivem mais, pois procuram com maior frequência o atendimento médico, de enfermagem para realização de exames rotineiros, e cuidados gerais com a saúde (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

A seguir apresentam-se as condições de saúde população idosa de Presidente Kennedy por meio dos indicadores: Proporção de Idosos com alguma deficiência, Proporção de Idosos com alguma deficiência Motora, Taxa de Mortalidade de Idosos por Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Inicialmente será apresentada por meio da Figura 3 a proporção de idosos com alguma deficiência, definido pelo percentual de idosos com 60 anos nos quais foi constatada alguma deficiência mental, física ou motora permanente.

Figura 3 – Proporção de Idosos com alguma deficiência



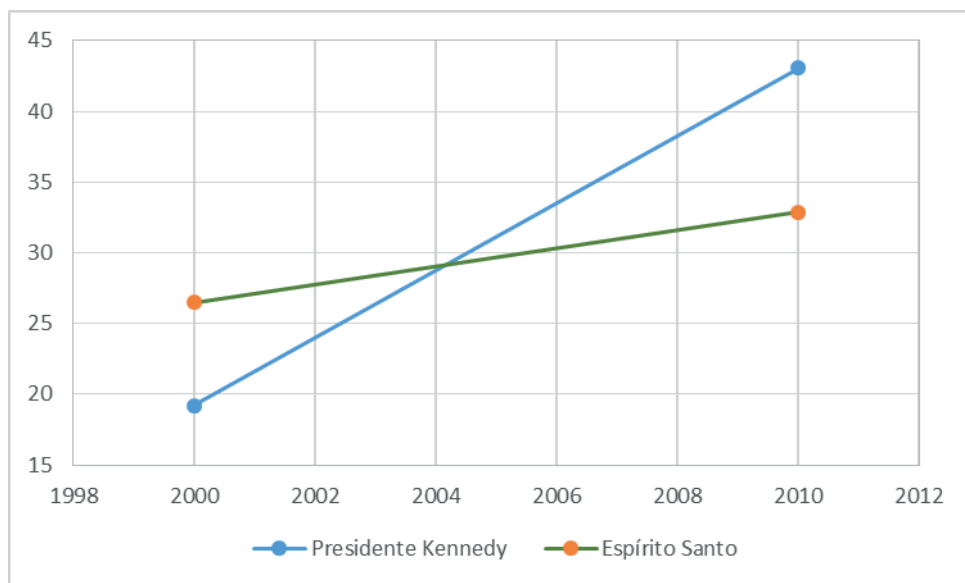
Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

O município de Presidente Kennedy apresentou o maior crescimento médio de deficiência entre os anos de 2000 e 2010, que foi de 60,85%, com um aumento considerável da taxa de variação de 46,76% para 74,95%. O estado do Espírito Santo apresentou uma proporção média de 56,57%, com variação entre 50,58% e 62,56% no mesmo período.

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental intelectual, ou sensorial, no qual, em interação com uma ou mais barreiras, tem sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas, obstruída (CAMARANO; PASSINATO, 2004). Por infortúnio, o processo de envelhecimento também é acompanhado de déficits físicos, psíquicos e sociais, e com o aumento da longevidade tem-se também o aumento proporcional de idosos que convivem com algum tipo de deficiência funcional (CAMARANO; PASSINATO, 2004).

A Figura 4 apresenta a proporção de idosos com deficiência motora na população do município de Presidente Kennedy, caracterizado pelo percentual de idosos com 60 anos que apresentavam alguma deficiência motora permanente ou momentânea, como subir escada ou caminhar.

Figura 4 – Proporção de Idosos com alguma deficiência Motora



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

De acordo com a Figura 4, a região de Presidente Kennedy apresentou o maior crescimento médio entre os anos de 2000 e 2010, que foi uma média de 31,13%, com um aumento significativo, estando a taxa de variação compreendida entre 19,19% e 43,07%, sendo superior ao crescimento médio apresentado pelo estado do Espírito Santo no mesmo período. Evidenciando, portanto, que o município de Presidente Kennedy apresenta maior proporção de idosos com alguma deficiência em relação ao estado do Espírito Santo.

O envelhecimento das pessoas com alguma deficiência física de longo prazo necessita ser diferenciado daqueles que adquirem incapacidades como parte do processo de envelhecimento, devido a progressão de sua condição crônica, ou seja, envelhecimento com deficiência e ou incapacidade não é o mesmo que ter deficiência devido ao envelhecimento (MARTINS *et al.*, 2018).

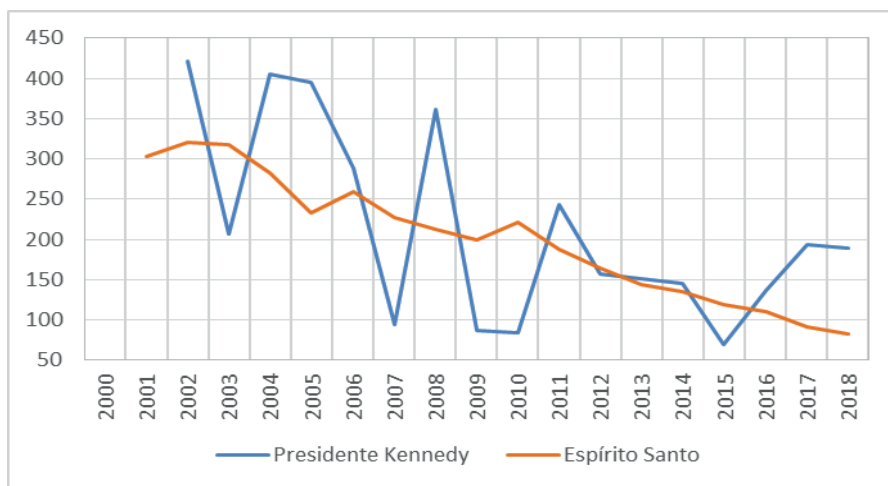
A deficiência física é um processo que traz dificuldades para a pessoa idosa, podendo levar à dependência e limitação na realização de suas atividades diárias, como higiene, alimentação, lazer e trabalho, desta maneira, o fisioterapeuta pode intervir em pacientes idosos que sofrem deficiência motora (VALENÇA *et al.*, 2017).

A fisioterapia tem a capacidade de retardar a progressão das deficiências, por meio de tratamentos específicos, como, por exemplo, incentivar a independência do paciente, realizar exercícios físicos, orientar seus familiares para o cuidado adequado o indivíduo etc. (SANTOS; RODRIGUES; MONTEIRO, 2020). As funções cognitivas também são aperfeiçoadas com essas atividades físicas, principalmente a percepção, atenção, memória e raciocínio. Pois, realizar exercícios físicos pode aumentar os níveis de neurotransmissores, aperfeiçoando assim, a atividade cognitiva em indivíduos que tem prejuízo mental (FONSECA, 2021).

A fisioterapia visa restaurar e melhorar a capacidade funcional do idoso e prevenir diversas complicações no processo de envelhecimento. O objetivo é avaliar os sistemas musculoesquelético, nervoso, urinário, cardiovascular e respiratório do indivíduo como um todo. A avaliação inclui também o ambiente em que vive o indivíduo, para que seja acompanhado em suas relações sociais, promovendo assim, uma melhor promoção e qualidade de vida ao idoso (SILVA; SANTANA; RODRIGUES, 2019).

Sendo assim, o fisioterapeuta tem um importante papel na prevenção de danos temporários ou permanentes por meio de métodos de orientação ou dinâmica funcional, prevenindo ou reduzindo danos físicos e psicológicos, ou reduzindo fatores que interferem na qualidade de vida pessoal (SILVA; SANTANA; RODRIGUES, 2019). Na Figura 5 é apresentada a taxa de mortalidade de idosos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), que foi calculada considerando o número de óbitos por AVC na população de 60 anos ou mais por 100 mil habitantes da mesma faixa etária, residente no mesmo local e espaço geográfico, no ano considerado.

Figura 5 – Taxa de Mortalidade de Idosos por Acidente Vascular Cerebral (AVC)



Fonte: Adaptado de Fiocruz (2011).

Em relação ao estado do Espírito Santo, o município de Presidente Kennedy apresentou a maior variação média entre os anos de 2000 e 2018, que foi de 207,70, com a maior taxa de variação, estando esta compreendida entre os 421 e 70. O Espírito Santo, em 2001, apresentou média de 303,38, com uma queda para 87,56 em 2018.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem como causa a obstrução ou rompimento dos vasos que levam sangue ao cérebro, provocando a paralisia. Esta doença está em segundo lugar no mundo como uma das causas de óbitos e incapacidade adquirida, com uma incidência de 13,7 milhões de casos por ano, estima-se que, 1 em cada 4 pessoas maiores de 25 anos terão AVC durante a vida. O Brasil registrou, no ano de 2017, 101,1 mil óbitos por AVC e no ano de 2018 foram registrados 197 mil (FEREZIN; CASTRO; FERREIRA, 2020).

Portanto, os fatores de risco que incluem a idade, hipertensão, dislipidemia, Diabetes, sobrepeso, obesidade, inatividade física, consumo excessivo de álcool, tabagismo e uso de anticoagulantes orais devem ser considerados na prevenção (FEREZIN; CASTRO; FERREIRA, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento é influenciado por fatores sociais, econômicos, psicológicos e genéticos e é conhecido como um acontecimento natural do organismo. Ao longo dos anos, a expectativa de vida desta população no Brasil vem aumentando consideravelmente, e com isso também a ocorrência de diversas doenças crônicas, isoladas ou em conjunto, caracterizando situações de multimorbidades.

Como resultado da pesquisa, que utilizou dados da plataforma do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas (SISAP-idoso), com ênfase no município de Presidente Kennedy, verificou-se que o índice de envelhecimento populacional está aumentando gradativamente ao longo dos anos, com isso, podemos observar que Presidente Kennedy e o estado do Espírito Santo estão como o mesmo ritmo de crescimento populacional. Destaca-se, como ponto negativo, em Presidente Kennedy, a taxa de mortalidade em idosos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e na proporção de idosos com alguma deficiência motora, que apresentaram resultados superiores ao serem comparados com o estado do Espírito Santo

A partir dos resultados deste estudo pode-se concluir que as ações desenvolvidas para atender a Política Pública de Saúde e ao Plano Municipal de Saúde possui fragilidades, e seu alcance pode estar limitado no município de Presidente Kennedy. Portanto, entende-se que os indicadores aqui levantados devem ser considerados na realização de um trabalho voltado para a melhoria destes, através da oportunidade de uma melhor qualidade de vida dos longevos, a partir de ações que visem promoção de saúde, prevenção e controle de agravos crônicos comuns ao envelhecimento, e atenção qualificada e específica para esta população no município de Presidente Kennedy.

## REFERÊNCIAS

ABREU, G. K. P. **Política Nacional De Saúde Da Pessoa Idosa**: Discutindo o perfil sócio demográfico, econômico e funcional de idosos restritos ao lar. 2016. 144 f.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória/ES, 2016.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.A. (Org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CAVALCANTI, G. *et al.* Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 635- 643, 2017.

CRUVINEL, F. G.; DIAS, D. M. R.; GODOY, M. M. de. Fatores de risco para queda de idosos no domicílio. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.477-490, jan./feb. 2020.

FEREZIN, S.M. R.; CASTRO, B. M. da C.; FERREIRA, A. A. Epidemiologia do ataque isquêmico transitório no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 61125-61136, aug. 2020.

FERREIRA, A. P. et al. Fatores de risco para o acidente vascular cerebral (AVC). In: **Anuário de pesquisa e extensão**. Xanxerê, SC: UNOESC, 2020.



- FIOCRUZ. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (ICICT). **Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso)**. Rio de Janeiro, 2011.
- FONSECA, B. S. **A intervenção da fisioterapia em pacientes idosos portadores da doença de Alzheimer**. Orientador: Fábio Luiz de Carvalho. 2021. 64 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário AGES, Papiranga, Bahia, 2021.
- GIACOMINI, S. B.; FHON, J. R.; RODRIGUES, R. A. P. Fragilidade e risco de queda em idosos que vivem no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. 1-8, 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Projeção da população: (revisão 2013) Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População - 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
- LACERDA, J.; FIGUEIRA, K. Reabilitação para idosos da Amazônia com AVC: superando as complicações e seus desafios associados. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v.2, n.4, p. 16-38, abr. 2020.
- LYRA, R. *et al.* Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, n. 2, abr. 2006.
- MAGALHÃES, J. L.; SILVA, A. S. Atuação da equipe de enfermagem frente aos fatores de risco e prevenção de quedas na população idosa, **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e30510615846, 2021.
- MARTINS, J. A. *et al.* Envelhecer com deficiência física: experiência permeada pelo estigma, isolamento social e finitude. **Escola Anna Nery**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. e20180128, 2018.
- NGUYEN, H. *et al.* Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Journal of Multimorbidity and Comorbidity**, v. 9, p. 1- 15, 2019.
- NUNES, B. P. *et al.* Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI Brazil). **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 2, p. 1-12, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2020.
- PAULI, E. *et al.* O viver de idosos após o acidente vascular cerebral. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, n. e29, p. 1-22, 2020.
- PRESIDENTE KENNEDY. **Prefeitura**. 2017. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br/>; Acesso em: 21 jul. 2017.
- PRESIDENTE KENNEDY. Secretaria Municipal de Saúde. Fundo Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – A Saúde que eu quero começa por mim**. Presidente Kennedy-ES, 2017.
- RIBEIRO, D. R. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e hipertensão em idosos. **Revistas Artigos.Com**, v. 14, p. 1-6, 2020.

SANTOS, G. C.; RODRIGUES, G. M. M.; MONTEIRO, E. M. O. A influência da fisioterapia em pacientes com alzheimer. **Revista Liberum Accessum**, v. 4, n. 1, p. 46-53, 2020.

SCHRODER, A. C. *et al.* Telessaúde para atendimento em Diabetes Mellitus: uma análise transversal. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e20200046, 2021.

SILVA, E. B. M. **O uso do pregão eletrônico para contratação de serviços de alta complexidade à pessoa idosa na política pública de assistência social em Presidente Kennedy, ES.** 2021. 80 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória/ES, 2021.

SILVA, E. C. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 38-51, jan-mar 2016.

SILVA, F. L. C.; SANTANA, W. R.; RODRIGUES, T. S. Envelhecimento ativo: o papel da fisioterapia na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa - revisão integrativa. **Uningá Journal**, v. 56, n. S4, p. 134-144, 2019.

VALENÇA, T. D. C. *et al.* Deficiência física na velhice: um estudo estrutural das representações sociais. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, p. e20170008, 2017.

# DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO: LEIS PROTETIVAS E PROJETOS DE ACESSIBILIDADE NO MUNICÍPIO PRESIDENTE KENNEDY-ES

*Data de aceite: 01/03/2024*

**Fabiana Batista Ferreira**

**Cenira Andrade de Oliveira**

**Luciana Carrupt Machado Sogame**

**Janice Gusmão Ferreira de Andrade**

O número de idosos está crescendo mais rapidamente do que de pessoas em qualquer outra faixa etária. Como resultado, a proporção de idosos na população total está aumentando praticamente em todos os lugares. No entanto, embora o envelhecimento populacional seja um fenômeno global, o processo de envelhecimento é mais avançado em algumas regiões do que em outras, tendo começado há mais de um século em países que se desenvolveram mais cedo e mais recentemente em muitos países onde o processo de desenvolvimento ocorreu mais tarde (ONU, 2015).

O relatório das Nações Unidas de 2015 apresentou quatro conclusões importantes sobre a tendência do envelhecimento populacional. Primeiro,

o envelhecimento populacional não tem precedentes na história da humanidade e, até 2050, prevê-se que o número mundial de pessoas com 60 anos ou mais seja maior que o número de pessoas com 15 anos ou menos. Segundo, o envelhecimento populacional é um fenômeno global que afeta pessoas de todas as idades em todas as nações. Terceiro, o envelhecimento da população traz sérias implicações na vida humana na área econômica, política, social, dentre outras. Quarto, o envelhecimento da população é duradouro e essa tendência continuará no século XXI, sendo improvável que qualquer nação retorne às populações mais jovens do passado (ONU, 2015).

À medida que as populações envelhecem, é mais importante do que nunca que os governos elaborem políticas e serviços públicos inovadores especificamente voltados para idosos, incluindo aqueles que abordam, entre outros, habitação, emprego, assistência médica, infraestrutura e proteção social. No que se refere à mobilidade urbana,

as cidades precisam incorporar princípios favoráveis a idade, a fim de tornar o ambiente urbano mais adequado para essa população. Existe uma necessidade crescente de tornar as cidades mais acessíveis e receptivas à esta população longeva (GOLDMAN, 2009).

Reconhecendo a as questões relativas a longevidades como expressão da questão social, este estudo trouxe como objetivo caracterizar e analisar as políticas públicas para idosos em Presidente Kennedy-ES. A pesquisa buscou conhecer o marco legal de proteção à pessoa idosa no Brasil e no Município de Presidente Kennedy; analisar como as políticas públicas e sociais estão sendo preparadas para atender as demandas da população longeva e identificar como a União, os Estados e os Municípios vêm discutindo o tema da longevidade e se preparando para acolher as demandas desta população, promovendo sua inclusão social e econômica.

É preciso criar comunidades habitáveis, que ofereçam moradia acessível e apropriada, recursos e serviços comunitários de apoio e opções de mobilidade adequadas, que, juntas, facilitam a independência pessoal e o engajamento dos residentes na vida cívica e social, em um modelo que articula a interação dinâmica entre a adaptação individual e a alteração ambiental, a fim de manter o funcionamento ideal na velhice. Entretanto, o que se observa na população idosa é o isolamento social, por falta de acesso a locais de convivência, falta de moradia e/ou residências que apresentam obstáculos para os idosos. Além disso, dificilmente um idoso consegue ocupar novos postos de trabalho e os cuidados de saúde são sempre insuficientes e fragmentados. Nesse sentido, Paiva (2014) ressalta que, no que diz respeito às políticas públicas destinadas aos idosos, o Brasil ainda tem muito a avançar.

Em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o projeto Cidade Amiga do Idoso, com o objetivo de estimular “o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para a saúde, participação e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2008, p. 7). Oito aspectos relevantes para se trabalhar a promoção de ambientes propícios a essa população: transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde e espaços abertos e prédios.

O respeito e a inclusão social refletem-se na acessibilidade dos edifícios e espaços e na gama de oportunidades que oferece aos idosos para participação social, entretenimento ou emprego. A participação social, por sua vez, influencia a inclusão social, bem como o acesso à informação. A habitação afeta a necessidade de serviços de apoio comunitário, enquanto a participação social, cívica e econômica dependem parcialmente da acessibilidade e segurança dos espaços exteriores e edifícios públicos. Transporte e comunicação e informação interagem particularmente com as outras áreas, pois em sua falta ou de meios adequados de obter informações para permitir que as pessoas se encontrem e se conectem com outras instalações urbanas, os serviços que poderiam apoiar o envelhecimento ativo são simplesmente inacessíveis. Há, portanto, uma chamada para a ação política coordenada (MOURA; MACIEL, 2020).

Tornar uma cidade amigável para idosos tem sido um objetivo perseguido por alguns municípios, por considerar que este é o novo paradigma de modernização e progresso econômico, com o objetivo final de melhorar a qualidade de vida dos seus cidadãos. Este processo deve começar com a criação de um plano geral de transformação e melhoria de todas as atividades já existentes e outros a serem criados pela administração pública (GEHL, 2013).

Em 2012, na Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre desenvolvimento sustentável, ocorrida no Rio de Janeiro, foram estabelecidos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, com a promessa dos governos de que ninguém seria deixado para trás e que todos teriam a oportunidade de realizar seu potencial com dignidade e igualdade. Apesar de todos os objetivos serem voltados a benefícios para a população em geral, independente da faixa etária, a inclusão dos idosos é mais explicitada no ODS 3, que é garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades. Também visa alcançar a cobertura universal de saúde e fornecer acesso a uma segurança eficaz, medicamentos e vacinas para todos.

Os ODS se constituem em um método histórico de mobilização global para alcançar um conjunto de prioridades sociais importantes em todo o mundo. Eles expressam preocupação pública generalizada com a pobreza, fome, doenças, escolaridade não atendida, desigualdade de gênero e degradação ambiental. Ao empacotar essas prioridades em um conjunto facilmente compreensível de oito objetivos e estabelecendo objetivos mensuráveis e com prazo determinado, os ODS ajudam a promover a conscientização global, políticas responsáveis, métricas aprimoradas, “feedback” social e pressões públicas. Conforme descrito por Bill Gates, os ODSs tornaram-se um tipo de boletim global para a luta contra a pobreza nos 15 anos de 2000 a 2015. Como com a maioria dos boletins, eles geram incentivos para melhorar o desempenho, mesmo que não sejam incentivos suficientes para que os países ricos e os pobres produzam uma classe de alunos diretos (SACHS, 2012).

O envelhecimento saudável perpassa cada um dos ODS. Enquanto a erradicação da pobreza (ODS 1) deve considerar como ela é endêmica nas faixas etárias mais velhas, a eliminação da fome (ODS 2) destaca a necessidade de uma alimentação saudável, levando em consideração, entre outros grupos, os idosos. Da mesma forma, a meta de cidades e assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis inclui menções específicas sobre transporte (ODS 11.2) e acesso a áreas verdes e espaços públicos seguros (ODS 11.7).

Garantir uma vida saudável (ODS 3), uma educação inclusiva e equitativa de qualidade (ODS 4), alcançar a igualdade de gênero (ODS 5), promover o trabalho decente (ODS 8), reduzir as desigualdades (ODS 10) e promover sociedades pacíficas e inclusivas (ODS 16), são outros objetivos que afetam a qualidade de vida dos idosos.

A eliminação da discriminação e da violência, o acesso aos serviços de saúde ou a existência de moradia e transporte seguros são algumas das condições necessárias para garantir uma velhice digna e segura. Assim, a Agenda 2030 gera responsabilidades nos governos, mas também em todos. A visão transformacional da Agenda 2030 e a promessa de “não deixar ninguém para trás” significa que as agendas de desenvolvimento devem incluir todas as pessoas, de todas as idades. A implementação de todas as metas de desenvolvimento sustentável deve, portanto, ser baseada na igualdade, justiça social e dignidade humana ao longo da vida, reconhecendo que os idosos têm igual direito ao desenvolvimento (BRASIL, 2017).

## **LEIS PROTETIVAS À PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY**

Observando o marco legal de proteção a pessoa idosa no município de Presidente Kennedy, o primeiro documento encontrado foi a Lei nº 171, de 22 de novembro de 1989, que concede isenção de pagamentos nos transportes coletivos aos idosos com mais de 65 anos de idade (PRESIDENTE KENNEDY, 1989).

Trata-se de Lei Federal, que já estava garantida no artigo 230, § 2º, da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), reafirmada posteriormente pelo Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003 (BRASIL, 2003), e vem sendo cumprida, garantindo transporte municipal, especialmente entre as zonas urbana e rural, pois não há transporte exclusivamente urbano, devido à pequena extensão da sede do município.

A Lei Orgânica Municipal (LOM), de 1990, na Seção III, Da Assistência Social, Art. 144, define que a assistência social deve ser prestada a todos, independente de pagamento ou contribuição e, dentre seus objetivos, em seu inciso IV, engloba a “promoção de integração à vida comunitária da criança e do adolescente carente, do idoso e da pessoa portadora de deficiência física” (PRESIDENTE KENNEDY, 1990, s.p.).

A LOM define os fundamentos legais para o exercício da autogestão local, poderes das autoridades locais, regras para o seu estabelecimento e funcionamento, regula as suas finanças e bens, as suas relações com os cidadãos, com os poderes públicos e com entidades de direito público ou privado, e estabelece as regras para realizar a supervisão estatal e a administração direta do município das atividades das autoridades locais. Vale ressaltar que, apesar da relativa autonomia dos municípios na execução da LOM, esta não pode se sobrepor à Constituição Federal.

Na Seção V, Da família, da criança, do adolescente, do idoso e da pessoa portadora de deficiência física, em seu artigo 177, incisos V e VI, a LOM determina que:

Compete ao Município, com a assistência técnica e financeira do Estado e da União:

[...]

V - Amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida;

VI - Apoiar e incentivar, técnica e financeiramente, nos termos da lei, as entidades beneficentes e de assistência social que tenham por finalidade assistir à criança, ao adolescente, ao idoso e ao portador de deficiência (PRESIDENTE KENNEDY, 1990, s.p.).

Sabe-se que a LOM deve seguir os preceitos constitucionais, assim, a lei municipal não foi além do previsto na Constituição de 1988. Observa-se que o idoso é citado de forma genérica, sem que haja especificidade da forma como a gestão municipal irá garantir a segurança, bem-estar e dignidade dos idosos. Portanto, é bom especificar que a proteção que a LOM oferece a este grupo populacional é de natureza constitucional e, portanto, está integrada ao que é chamado de política de Estado. Desta forma, o governo federal tem a obrigação de orientar sua materialização, através dos seus aparatos administrativos.

O Conselho Municipal do Idoso de Presidente Kennedy (CMIPK) foi criado pela Lei nº 738, de 7 de agosto de 2007, com o objetivo de diagnosticar a situação dessa população no município, bem como aprovar o Plano Integrado Municipal do Idoso, elaborado pela Secretaria Municipal de Assistência Social. Assim, estes conselhos devem buscar a efetivação das políticas públicas voltadas à população idosa, sendo um órgão que não pertence à administração pública municipal, mas independente, de formato consultivo e deliberativo (PRESIDENTE KENNEDY, 2007).

Vale destacar que a criação desses conselhos foi estabelecida pela Lei nº 8.842/1994 (BRASIL, 1994), que criou a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Conselho Nacional do Idoso (CNI), entretanto, em Presidente Kennedy, este só foi criado 13 anos depois.

O referido Conselho é composto por 3 representantes do Poder Público Municipal (Secretarias de Assistência Social, de Saúde e de Cultura, Turismo, Esporte e Lazer), indicados pelo chefe do Poder Executivo Municipal, e 3 não-governamentais (entidade do meio rural, de grupo de idosos e de instituições religiosas). A duração de cada mandato é de 2 anos, podendo ser reeleitos.

Aos conselheiros, não cabe formular políticas públicas, mas acompanhar, avaliar, fiscalizar e, acima de tudo, diagnosticar os problemas da população idosa. Assim, devem atuar como defensores dos seus representados, zelando pela execução das políticas públicas voltadas a este segmento, e não como porta-vozes de interesses da gestão municipal ou de particulares.

Também lhes cabe, após a realização de diagnóstico, propor ações, indicando as áreas prioritárias, para que estas sejam incluídas no planejamento do município, além de observar em que medida os direitos estão sendo garantidos ou violados. O ciclo de diagnóstico e planejamento deve ser realizado anualmente.

O referido Plano deve estabelecer ações para alcançar avanços em aspectos como criação de empregos, melhoria do padrão de vida, recreação, mitigação de condições

de grupos marginalizados, geração de espaços para conhecimento, fortalecimento da solidariedade, acesso à alimentação e redução da pobreza para a conquista de ambientes emancipatórios e propícios.

Também se traduz em segurança econômica, acesso a serviços de saúde de alta qualidade, fortalecimento de redes de apoio, criação e divulgação de espaço para recreação, cidades e edifícios mais amigáveis em termos de design arquitetônico adequado, criação e promoção de centros educativos para idosos, entre outros aspectos que auxiliam na melhoria da qualidade de vida dos idosos, em um quadro de segurança e dignidade, avanços que hoje são muito importantes e significativos para adultos mais velhos.

No que se refere à Presidente Kennedy, não existem políticas diretas de criação de empregos, havendo alguns auxílios, como para moradia e compras na feira de produtos locais, mas os mesmos não são destinados exclusivamente a população idosa, que não tem prioridade nestes benefícios e, portanto, não se pode considerar que melhorem o padrão de vida da população idosa. Também não existem programas ou ações individuais destinadas a mitigação de condições de grupos marginalizados, o que acaba se refletindo na qualidade de vida dos idosos, pois muitos vivem com familiares em situação de pobreza e violência.

A cidade possui um centro de convivência e fortalecimento de vínculos, além de praças destinadas a atividades físicas, mas não há um programa destinado a esta prática e/ou supervisionado por um profissional habilitado. Não existem parcerias público-privadas, pois o município não possui grandes comércios ou indústrias que pudessem viabilizar projetos dessa magnitude, só ocorrendo ações assistencialistas pontuais por parte das instituições religiosas.

Os idosos possuem acesso aos serviços de saúde, entretanto, como já afirmado anteriormente, este se dá de forma fragmentada, não havendo ações integradas para este grupo populacional. Entretanto, levando-se em conta que a saúde depende também de outros fatores, além da assistência médica, envolvendo uma boa nutrição, o município deixa a desejar, pois não há qualquer benefício assistencial voltado a esta população como forma de garantir o direito a uma alimentação adequada dos idosos.

Seria importante criar espaços para atividades de lazer e formação. A cidade não possui teatro, cinema ou atividades culturais e também não oferece centros educacionais específicos para idosos, entretanto, é oferecido o Ensino de Jovens e Adultos no período noturno nas escolas da rede municipal.

O orçamento municipal de 2020, com um total de R\$420 milhões de recursos, destinou pouco mais de sete milhões para a Assistência social, devendo este valor cobrir as despesas com todos os grupos em situação de vulnerabilidade, sendo uma das secretarias com menor volume de recursos, apesar do grande número de pessoas em situação de pobreza. Para se ter uma ideia, em janeiro de 2021, de acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social, haviam 185 idosos recebendo o BPC. Além disso, 2.473 famílias



com renda per capita de até meio salário mínimo e 1.855 famílias vivem em situação de pobreza e extrema pobreza (BRASIL, 2021).

Após mais de uma década desde a criação do Conselho Municipal do Idoso no município, existem dúvidas quanto sua efetividade se analisamos que até o momento não se tenha elaborado qualquer diagnóstico ou proposição, embora se mantenha o quadro de representantes atualizado, tendo a última nomeação ocorrido em 2 de janeiro de 2020, através do Decreto nº 2 (PRESIDENTE KENNEDY, 2020).

Um dos entraves a uma efetivação destes conselhos, de acordo com Fernandes e Andrade (2019), se refere ao fato dos conselheiros atuarem em outros serviços, não havendo uma exclusividade, o que acaba por prejudicar a atuação. Como o serviço é voluntário, fica difícil para o Conselheiro garantir uma participação em tempo integral, pois precisam se dividir em atividades em que são remunerados. Outra questão que se apresenta, trata-se da interferência política na composição do conselho, esta tende a fragilizar a autonomia nas decisões.

No município de Presidente Kennedy, o Fundo Municipal do Idoso (FMIPK) foi criado através da Lei nº 832, de 15 de outubro de 2009, sendo seu orçamento parte integrante da Secretaria Municipal de Assistência Social, responsável por geri-lo, sob a orientação e fiscalização do Conselho Municipal do Idoso, que também tem a função de captar recursos para o desenvolvimento das ações propostas (PRESIDENTE KENNEDY, 2009).

A referida lei, em seu artigo 3º, define que as receitas do fundo serão compostas por:

- I – repasses orçamentários federais, estaduais e/ou municipais.
- II – repasses provenientes dos Conselhos Estadual e Nacional do Idoso.
- III – rendimentos e juros provenientes de aplicações financeiras.
- IV – o produto de convênios firmados.
- V – doações, auxílios, contribuições, subvenções e transferências de entidades nacionais e internacionais, organizações governamentais e não-governamentais.
- VI – Taxas de seminários, encontros, eventos e afins.
- VII – valores transferidos pela União ao Município, provenientes de condenações em ações civis ou de imposição de penalidades previstas em Lei (PRESIDENTE KENNEDY, 2009, s. p.).

Observa-se, portanto, que a lei definiu de forma bem detalhada a fonte dos recursos, tornando possível ao município desenvolver diferentes projetos e ações. Entretanto, para que isso ocorra, é necessário planejamento e propostas de ações voltadas ao bem-estar dos idosos, o que não ocorre no presente ou foi feito nesses anos, desde a sua criação. Com isso, o fundo nunca foi utilizado e, de acordo com os documentos constantes na Secretaria Municipal de Assistência Social, os valores são devolvidos ao final de cada ano à gestão municipal. A falta de utilização do fundo pode ser considerada em estreita relação com a atuação do CMI.

No município em análise, observa-se uma população idosa com necessidades visíveis, que dependem de um bom sistema de saúde que cuide de suas peculiaridades; que esteja alerta não somente ao atendimento dos casos de violência contra essa população, mas que também os previna; que atenda os idosos economicamente vulneráveis, especialmente em idades mais avançadas; e criação e manutenção de serviços sociais que complementem suas necessidades (como moradia).

Presidente Kennedy é o município do estado do Espírito Santo que recebe o maior valor em royalties<sup>1</sup> do petróleo. Em 2019, o montante foi de R\$501 milhões. Entretanto, apesar dessa riqueza, o município possui uma população muito pobre e o recebimento desses fundos, em 18 anos, abriu somente 24 novos postos de trabalho formal, de acordo com o Monitor dos Royalties, do Jornal O Globo (2020). Assim, tem-se um município rico, com uma população pobre e muitas vezes desassistida, o que se observou em relação aos idosos.

Outras leis publicadas nos últimos anos foram a garantia de vagas em estacionamentos públicos e privados do município para idosos e pessoas com deficiência (Lei nº 1.119, de 14 de maio de 2014) e a instituição do Sistema Único de Previdência Social do Município de Presidente Kennedy-ES (Lei nº 1.322, de 30 de maio de 2017), citando os idosos na rede de atendimento e proteção, sem ter, no entanto, um foco direto sobre esta população (PRESIDENTE KENNEDY, 2014; 2017). Observou-se, portanto, que o município não tem se preparado para o envelhecimento de sua população ou mesmo assistido de forma específica aos seus idosos e, apesar de existirem programas assistenciais de moradia, saúde, acolhimento, este grupo geracional se insere juntamente com o restante da população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que pouca atenção tem sido dada às crescentes implicações socioeconômicas, de moradia, de saúde e espaciais do envelhecimento da população local. Das poucas leis existentes, somente foram efetivadas a garantia de transporte coletivo e as vagas em estacionamentos de forma gratuita.

Tal situação decorre de problemas estruturais de ordem organizacional, que favorecem a falta de sensibilidade e planejamento em relação a esta questão, o que acarreta na falta de resposta da gestão municipal.

A tarefa que o município tem pela frente, diante do quadro de pobreza, que afeta de forma especial a população idosa é enorme, devendo ser uma luta de todos por condições mais justas e um reflexo de como a sociedade reconhece a importância dessas pessoas. Não se pode considerar admissível que o município não utilize os recursos de que dispõe

---

1. Compensação financeira paga pelas empresas petrolíferas ao governo federal, governos estaduais e municipais por explorarem os recursos naturais. Os recursos são pagos mensalmente ao governo federal, que os repassa aos demais entes, de acordo com cálculos da Agência Nacional do Petróleo.

para este fim, com ações que promovam uma melhor condição e qualidade de vida desta população, seja por que motivo for.

O primeiro passo para abordar esta questão é o reconhecimento, por parte do poder público municipal, da existência do problema. Também deve haver um compromisso político genuíno para a busca da resolução dos problemas que a população idosa tem enfrentado e que os faça serem, de fato, beneficiários de políticas eficazes e que o compromisso assumido seja mantido ao longo do tempo, além de ser forte o suficiente para gerar uma dinâmica que afete todos os projetos, programas e políticas executadas pela prefeitura, de modo que os ambientes, os produtos e os serviços municipais sejam planejados, estruturados e gerenciados de forma acessível aos idosos.

Todas essas considerações devem permitir orientar adequadamente o desenvolvimento de um projeto volta aos direitos da pessoa idosa no município, sempre considerando a necessidade de assumir mudanças em diferentes aspectos da gestão global do município. Portanto, a criação e efetivação de políticas públicas eficazes, que vão além do papel, deve fazer parte de qualquer uma das principais áreas de atuação da gestão pública e deve estar inserida em todas as esferas de ação.

Para tanto, torna-se urgente também a participação social, em um processo em constante construção e cobranças ao poder público. Esta participação é ainda mais importante quando se trata de grupos vulneráveis, como os idosos, influenciando a tomada de decisão e promoção da melhor qualidade de vida para essas pessoas e para que possam alcançar o pleno exercício dos seus direitos.

A evidente ausência de protagonismo do CMI no município é um dado considerado importante neste estudo e que chama a atenção para o fato de que o envelhecimento acelerado e as condições de vida desta população não estão atrelados a uma maior preocupação deste órgão colegiado, visando atender às suas necessidades. Assim, uma mudança é fundamental para sensibilizar os conselheiros para que estejam preparados para o enorme desafio que representa o atendimento a uma população em constante crescimento.

A ausência de ações pode ser devida à visão paternalista e estigmatizada, derivada da percepção de que os idosos são um setor da população sem potencial produtivo e que suas principais necessidades são de caráter assistencialista como asilo e cuidados em caso de violência, deixando de lado a questão social, cultural e econômica.

Os resultados deste estudo refletem a importância da atuação do CMI, por meio de programas que melhoram a qualidade de vida das pessoas idosas, incluindo a utilização dos recursos destinados a este fim todos os anos. O desenvolvimento concreto do papel deste conselho, que possui autossuficiência econômica, deve se pautar em sua autonomia para o desenvolvimento de ações que beneficiem e empoderem a população idosa do município.

Da mesma forma, uma melhor articulação com a sociedade civil constitui uma questão estratégica fundamental para diagnosticar e buscar resolver, ou ao menos minimizar, os problemas existentes, entendendo que não há política social sem um movimento social que a apoie. Assim, não basta que a política social se manifeste em seu discurso que garante os direitos de cidadania dos idosos, uma vez que grande parte deles não cumpre, na verdade, com essa proclamação.

Portanto, é preciso que se reconheça que os gestores e a sociedade civil são atores essenciais na construção coletiva do reconhecimento dos direitos dos idosos, devendo exigir e fazer cumprir ações concretas, que sustentem e amparem essa população. O compromisso da solidariedade coletiva que se defende neste estudo, requer formas de participação que devem ser diferentes daquelas atualmente conhecidas, sendo necessário promover novas atribuições políticas, que constituirão as bases de uma concepção diferenciada do pacto para a seguridade social, como elemento propício a uma sociedade mais igualitária, que considere todos os adultos mais velhos, sem exclusões.

A visão da velhice como algo que não é desejável tem muito a ver com a forma como as políticas públicas são pensadas, como os serviços são prestados e como as leis existentes são muitas vezes ignoradas, inclusive pelo poder público, como se a vida dos idosos tivesse menor valor. Nesse sentido, é importante que a discussão se volte para a busca da eliminação das barreiras, para que possam continuar a desfrutar de suas vidas, sem as tantas barreiras que encontram em seu cotidiano.

Assim, políticas públicas voltadas aos idosos não podem mais ser consideradas despesas que podem ser excluídas do orçamento municipal ou adiadas para momentos posteriores, mas investimentos indispensáveis que devem ser feitos no presente, em uma política responsável, baseada na defesa dos direitos humanos, não ignorando as demandas e necessidades dos idosos, a fim de não restringir as possibilidades de gerações futuras, construindo uma sociedade para todas as idades. Podem ser consideradas limitações deste estudo a falta de mais dados e informações sobre a realidade, na prática, das políticas existentes, bem como a percepção da população idosa sobre os desafios que enfrentam no município, bem como no estado, a fim de melhor delinear as estratégias e serviços destinados à população idosa. Sugere-se, portanto, para estudos futuros, verificar a percepção dos idosos sobre as condições de mobilidade no município e que podem contribuir para propostas de ações junto ao poder público municipal.

## REFERÊNCIAS

ANTONIETTO, A. L. G; SEVERI F. C. Participação social, Estado democrático e Constituição: uma análise do perfil dos Conselhos Municipais de Ribeirão Preto/SP. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, v. 2, n. 2, p. 48-54, 2015.

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

\_\_\_\_\_. **BPC por município pagador - MI Social**. Disponível em: [http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi-paineis/analise\\_dados\\_abertos/](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi-paineis/analise_dados_abertos/). Acesso em: 8 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.741**, de 10 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília: Senado Federal, 2003.

\_\_\_\_\_. Relatório nacional voluntário sobre os objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Secretaria de Governo da Presidência da República, 2017.

FERNANDES, J. S. G.; ANDRADE, M. S. Conselhos Municipais do Idoso e Representações Sociais de seus Conselheiros. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 39, e187297, 2019.

GEHL, J. **Cidade para pessoas**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GOLDMAN, S. N. As dimensões culturais, sociais e políticas do envelhecimento. In: ALVES JUNIOR, E. D. (Org.). **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009.

LAND, K. C.; LAMB, V. L. **Demografia do envelhecimento**. In: HEGGENHOUGEN, K.; QUAH, S. (Eds.). Enciclopédia Internacional de Saúde Pública. 2. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

MOURA, L.; MACIEL, T. Cidade amiga da pessoa idosa: uma utopia para a Brasília metropolitana na década do COVID-19. **Revista do CEAM**, v. 6, n. 1, p. 50–63, 2020.

O GLOBO. **Monitor dos Royalties**. Disponível em: <https://infograficos.oglobo.globo.com/brasil/monitor-royalties.html#/home>. Acesso em: 23 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Departamento de Divisão de População de Assuntos Econômicos e Sociais. **Envelhecimento da população mundial 2015**. Nova Iorque: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**. Genebra: OMS, 2008.

PAIVA, S. O. C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

PRESIDENTE KENNEDY (Município). **Decreto nº 2**, de 2 de janeiro de 2020. Nomeia membros para compor o conselho municipal do idoso e dá outras providências. Presidente Kennedy: Poder Executivo, 2020.

\_\_\_\_\_. Lei nº 1.119, de 14 de maio de 2014. Dispõe sobre a reserva de vagas para idosos e pessoas com deficiência em estacionamentos públicos e particulares do município de Presidente Kennedy e dá outras providências. Presidente Kennedy: Poder Executivo, 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 1.322, de 30 de maio de 2017. **Institui o sistema único de assistência social do município de Presidente Kennedy-ES (SUAS-PK), e dá outras providências**. Presidente Kennedy: Poder Executivo, 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 171, de 22 de novembro de 1989. **Concede isenção de pagamentos dos transportes coletivos de Presidente Kennedy, aos idosos com mais de sessenta e cinco anos, e determina divulgação**. Presidente Kennedy: Poder Executivo, 1989.

\_\_\_\_\_. Lei nº 738, de 7 de agosto de 2007. **Dispõe sobre a criação do conselho municipal do idoso e dá outras providências**. Presidente Kennedy: Poder Executivo, 2007.

\_\_\_\_\_. Lei nº 832, de 15 de outubro de 2009. **Cria o fundo municipal do idoso de Presidente Kennedy – FMIPK, e dá outras providências.** Presidente Kennedy: Poder Executivo, 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica do Município de Presidente Kennedy.** Presidente Kennedy: Poder Executivo, 1990.

SACHS, J. D. Dos objetivos do desenvolvimento do milênio aos objetivos do desenvolvimento sustentável. **Lancet**, v. 379, n. 2, p. 2206-2211, 2012.

# A EQUOTERAPIA NO CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA E CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

*Data de aceite: 01/03/2024*

**Joice Kelli Mendes Viana Baiense**

**Roberta Ribeiro Batista Barbosa**

A existência de políticas para enfrentar os obstáculos e limitações impostos pela condição de deficiência requer uma boa coordenação e articulação interinstitucional para resolvê-los. Dado que as políticas sociais se desenvolvem na ação de múltiplas instituições e organismos centralizados e descentralizados, dependentes ou autônomos, as políticas específicas e direcionadas para as pessoas com deficiência devem também ser bem articuladas e integradas com outras políticas sociais, de forma a melhor investir os recursos existentes.

Garantir o uso eficiente dos recursos torna-se uma necessidade, pois normalmente as alocações para instituições de desenvolvimento social e que atendem pessoas com deficiência não escapam da volatilidade que frequentemente sofrem os orçamentos públicos, podendo ser reduzidos ou mesmo eliminados, em caso

de problemas fiscais (HEIDEMANN; SALM, 2009).

Tentar entender a deficiência à luz das políticas públicas implica reconhecer sua presença nos programas e na formulação de políticas das últimas décadas e o importante papel desempenhado no processo por diferentes setores sociais. Assim, pode-se dizer que no país há um processo de construção constante de políticas públicas, mas fica claro que ainda não há consenso entre o setor governamental, o setor privado e a sociedade civil (SEVERO, 2010).

A reabilitação da pessoa com deficiência requer tratamento individualizado, sendo assim, a medicina moderna, com seus contínuos avanços, permite o desenvolvimento de terapias direcionadas visando os mecanismos patológicos de várias doenças, muitas vezes baseadas na identificação de alvos terapêuticos individuais. Nesse contexto destaca-se a neuroreabilitação, ou reabilitação neurológica, um processo destinado a reduzir a deficiências

resultantes de uma doença neurológica, com o objetivo de minimizar o grau de comprometimento funcional do paciente (LASA *et al.*, 2015).

A possibilidade de acesso a serviços de atendimento profissional especializado é de responsabilidade do setor público, devendo ser acessíveis a todas as pessoas com deficiência. Tendo o conceito claro e seu acesso, pode-se apontar que, nas pessoas com deficiência, esse direito é limitado, pois muitos não têm acesso à atenção à saúde, em todas as áreas que ela permeia, o que limita sua autonomia, inclusão e participação em igualdade de condições (DUBOW *et al.*, 2018).

Assim, os organismos internacionais têm promovido programas de ação, fortalecimento de centros especializados em reabilitação e promoção de estratégias que possam enfrentar as vulnerabilidades que as pessoas com deficiência vivenciam no acesso à saúde. Nesse sentido, o governo federal assumiu o compromisso efetivo de garantir a máxima independência, capacidade física, mental, social e profissional e plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida. Da mesma forma, deve ser promovida a formação inicial e contínua dos profissionais responsáveis pela prestação desses serviços (CAMPOS *et al.*, 2015).

O conceito de reabilitação, portanto, deve ser interpretado como uma abordagem ampla que vai desde a prevenção da deficiência e reabilitação na atenção primária, até a inserção de crianças com deficiência em escolas normais e a possibilidade de desenvolver atividades econômicas, no caso de adultos com deficiência, sendo uma alternativa de atendimento integral que deve ser parte integrante da política social, educacional e de saúde em todas as áreas (DUBOW *et al.*, 2018).

O fisioterapeuta, como profissional de saúde essencial na linha de cuidado da pessoa com deficiência, pode intervir nas barreiras psicossociais no processo da reabilitação, onde as atividades são utilizadas para direcionar as barreiras psicossociais, promovendo assim uma maior captação de habilidades e potencialmente contribuindo para resultados mais positivos do tratamento. As intervenções cognitivo-comportamentais não se referem a uma intervenção específica, mas a uma classe de estratégias que podem incluir auto-instrução (por exemplo, conversa interna motivacional), relaxamento ou biofeedback, exposição, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (por exemplo, distração, imaginação), aumentando a assertividade, minimizando pensamentos negativos ou autodestrutivos, mudando crenças e estabelecendo metas (SILVA *et al.*, 2012).

Dentre as possibilidades de recursos fisioterapêuticos, a intervenção assistida com animal vem sendo utilizada com sucesso para o tratamento de pessoas com deficiência, sendo a equoterapia, uma terapia física e ocupacional que utiliza a marcha natural e o movimento do cavalo para fornecer informações motoras e sensoriais (KOCA; ATASEVEN, 2015). Trata-se de um método terapêutico e educacional interdisciplinar que faz uso do cavalo nas áreas de saúde, educação e equitação, visando promover o desenvolvimento biopsicossocial (COSTA *et al.*, 2017).



O objetivo principal da equoterapia é proporcionar o desenvolvimento das potencialidades de cada praticante, respeitando suas limitações, visando a auto-aceitação, integração social, além de possibilitar o exercício da cidadania. Nela, o cavalo é o elemento que incentiva o praticante, se tornando um instrumento cinesioterapêutico, que promove ganhos físicos, psicológicos e educacionais e busca a aquisição e o desenvolvimento de funções motoras, psíquicas e sociais (COSTA *et al.*, 2017).

Sendo assim, estudos que tratem dessa temática se revestem de importância uma vez que se trata de recurso escasso nas práticas de tratamento de saúde no Brasil e no Espírito Santo. Portanto, esse estudo visa analisar os serviços de fisioterapia ofertados à pessoa com deficiência em Presidente Kennedy à luz da Rede Cuidado da Pessoa com Deficiência e avaliar a percepção das famílias sobre os efeitos da equoterapia para a saúde das pessoas com deficiência. Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa que ilustra a Percepção das famílias de um município próximo a Presidente Kennedy sobre os efeitos de um tipo de serviço de reabilitação, a equoterapia, para a saúde das pessoas com deficiência.

Para a análise da percepção das famílias sobre os efeitos da equoterapia foram entrevistados 10 responsáveis por pessoas com deficiência atendidas no município de Itapemirim-ES. As idades das pessoas com deficiência que frequentam a equoterapia, variaram entre cinco e 23 anos, com uma média de 10,8 anos, sendo seis do sexo feminino e quatro do sexo masculino. O tempo de equoterapia variou entre um e cinco anos, com média de 2,7 anos, sendo que três participantes tinham o diagnóstico clínico de transtorno do espectro autista (TEA), três o de retardo mental, três a síndrome de Down e um transtorno neurológico não especificado.

Em relação à percepção dos responsáveis sobre a equoterapia, as respostas foram inicialmente categorizadas em quatro: mudanças e/ou superações; benefícios/ganhos; dificuldades para a inserção no tratamento; e dificuldade para a manutenção do familiar no tratamento. Em cada categoria, foram buscadas as unidades de sentido para, posteriormente, se realizar a análise das mesmas, como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1. Categorização das respostas obtidas na entrevista.

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de Sentido</b>
Benefícios/ganhos físicos	Coordenação/quadro motor 70% Equilíbrio/Força - 50% Postura – 20% Marcha/andar – 20%
Mudanças e/ou Superações	Comportamento (medo, calma) - 60% Comunicação (Falar, interação) - 10%
Dificuldade para inserção no tratamento	Nenhuma -70% Vaga - 20% Horário restrito - 10%
Dificuldade para manutenção do familiar no tratamento	Nenhuma -80% Horário restrito - 20%

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A coordenação motora foi o principal “ganho e benefício físico” relatado neste estudo, seguido da melhora do equilíbrio, força, postura e marcha, concordando com outras pesquisas que demonstram que a equoterapia apresenta melhora nestes aspectos, sendo considerada uma estratégia de tratamento viável para melhorar o equilíbrio e o desempenho funcional das habilidades da vida diária em indivíduos com problemas de equilíbrio leves a moderados.

Os achados do estudo de Copetti (2007), que analisou o andar de três meninos com Síndrome de Down após a equoterapia, observou melhora na qualidade da marcha, sugerindo que atividades desenvolvidas na equoterapia podem gerar uma combinação de estímulos favoráveis a um maior controle de movimento, desencadeando uma aproximação maior da marcha da criança com Síndrome de Down com o padrão de normalidade descrito pela literatura.

Este benefício de melhora da postura também foi observado no presente estudo, através da fala do Entrevistado 8: *“A equoterapia trouxe ótimos resultados, meu filho era todo mole pra andar; agora está com uma postura firme”*.

Barbosa e Van Munster (2013) demonstraram que após três meses de sessões de equoterapia, a maioria das crianças do estudo teve um aumento significativo na tensão muscular abdominal, indicando aumento da força muscular e melhora na estabilidade, equilíbrio e postura do tronco, especialmente naquelas que podiam andar por conta própria, apesar de ter apresentado efeitos positivos também nas que necessitavam de cadeiras de rodas, sugerindo que a equoterapia é uma forma válida de melhorar a postura em crianças com limitações.

Para uma responsável, as mudanças físicas foram significativas após as sessões de equoterapia, relatando que *“minha filha não andava, depois que começou a fazer equoterapia começou a andar”*.

De acordo com Silkwood-Sherer *et al.* (2012), o tempo de realização de equoterapia tem relação direta com os resultados, principalmente o ganho físico, demonstrando que quanto mais tempo o indivíduo pratica, melhores os resultados na coordenação motora total.

Com relação à categoria “mudanças e superações”, a maioria dos entrevistados relatou melhoras no ambiente familiar, seja no comportamento, através da perda do medo de animais, tornando-se calmo e relaxado; na comunicação, passando a interagir melhor com os demais e a falar; e ainda nos aspectos físicos, desenvolvendo a postura, passando a andar, ou seja, apresentando melhora geral no quadro motor, como pode ser observado nas falas de alguns entrevistados transcritas abaixo:

*“Minha filha perdeu o medo de animais”. “O comportamento melhorou muito”*.

Na dimensão emocional e comportamental da pessoa com deficiência, um aspecto relevante se refere à presença de desafios, como comportamentos destrutivos e auto-agressivos, muitas vezes relacionados à incapacidade de se comunicar e expressar seus sentimentos. Esta particularidade representa um grande desafio para as instituições, serviços e profissionais responsáveis, pois é um elemento que dificulta o cumprimento dos objetivos que cada um se propõe a alcançar. A equoterapia geralmente trabalha estes aspectos inicialmente, buscando a melhoria da qualidade de vida, proporcionando contenção, amizade e afeto, e promovendo a aquisição de habilidades adaptativas que facilitam e favorecem a relação do indivíduo com o meio ambiente, favorecendo a afetividade e interação (SEVERO, 2010).

Para uma maior elucidação, a tabela 2 apresenta cada tipo de deficiência e os benefícios resultantes da equoterapia, na percepção dos responsáveis.

Tabela 2. Principais benefícios observados, de acordo com a deficiência

<b>Diagnóstico clínico</b>	<b>Benefícios percebidos</b>
Transtorno do Espectro Autista	Equilíbrio, coordenação motora, força, humor, quadro motor geral e perda do medo
Retardo mental	Controle motor, força, afetividade, integração, calma e comportamento em geral
Síndrome de Down	Equilíbrio, quadro motor geral, calma, afetividade, desenvolvimento da fala e do andar
Transtorno neurológico	Controle motor, afetividade e calma

Fonte: Elabora pelas autoras.

Ao se analisar as respostas levando em conta a deficiência, observa-se que o desenvolvimento motor foi citado por todos os responsáveis, bem como a mudança de comportamentos.

Bae *et al.* (2017) constataram que a equoterapia é uma intervenção eficaz na melhoria dos aspectos psicológicos, ocorrendo uma redução estatisticamente significativa nos comportamentos agressivos de crianças com deficiência após a participação na terapia, concluindo que esta é uma intervenção eficaz para melhorar a escala de autoestima e redução da agressão, proporcionando uma oportunidade de aumentar a sensação de estabilidade psicológica de crianças com deficiência.

Com relação à comunicação, segundo relato de uma mãe, foi possível perceber mudanças no comportamento da filha, que “*começou a falar e ficou mais afetiva*” após as sessões de equoterapia.

Fatores como calma e relaxamento foram relatados especialmente por responsáveis de crianças com problemas neurológicos e retardo mental. De acordo com uma mãe, a filha “*chega mais calma em casa, relaxada, está interagindo melhor com os animais*”. A mãe de outra criança que frequenta a equoterapia há cinco anos também afirma:

*“seria bom se todas as crianças que precisam tivessem a oportunidade de fazer a equoterapia, porque os benefícios são enormes. Meu filho arrumava confusão com todo mundo, xingava, jogava pedra nos vizinhos e nas pessoas que passavam na rua; era muito nervoso. Depois que começou a fazer a equoterapia, virou outra criança”.*

Segundo relatos dos responsáveis, os benefícios físicos foram muito expressivos, como se pode observar na declaração do pai de um adolescente com retardo mental, ao afirmar que *“é muito bom ver meu filho jogar bola, antes ele não conseguia porque tinha a perna dura”.*

Um estudo realizado por Hsieh *et al.* (2017) incluiu crianças que tiveram paralisia cerebral em uma variedade de níveis de funcionamento, encontrando melhorias significativas após 12 semanas de terapia em muitas categorias de funcionamento, com maiores melhorias nas áreas de mobilidade e funções neuromusculares do corpo. No acompanhamento pós-tratamento, constataram que as crianças com deficiências menos graves tiveram efeitos mais duradouros da equoterapia, sugerindo que a equoterapia é uma forma útil de tratamento para melhorar a marcha, entre outras coisas, em crianças com paralisia cerebral.

Para a avó de uma criança de oito anos com síndrome de Down, os efeitos motores foram muito significativos, afirmando que *“antes do tratamento ele andava todo mole, se jogando; agora está mais firme”.* Os responsáveis também relataram benefícios nos aspectos psicossociais, onde uma mãe de uma criança com retardo mental afirmou que *“meu filho aprendeu a gostar de animais, se apaixonou pelo cavalo”*, enquanto uma mãe de uma criança com TEA relatou que *“ela ama o cavalo, fica ansiosa pra chegar o dia de ver o cavalo”.*

Relatos dos responsáveis demonstraram muita satisfação com o progresso dos praticantes em áreas consideradas importantes, entretanto, de acordo com uma mãe, *“devido à pandemia (a criança) não está fazendo a equoterapia, percebi que ela regrediu. Faz muita falta”.*

Grande parte da amostra não relatou qualquer tipo de dificuldade para acessar o serviço de equoterapia, sendo um percentual baixo aqueles que se referiram às vagas, pois tiveram que aguardar, e ao horário restrito. No que se refere às dificuldades para manter o familiar no tratamento, também houve poucos relatos, sendo o horário restrito citado por dois respondentes.

O serviço de equoterapia do município de Itapemirim-ES tem como meta atender a todas as crianças da educação especial. Para tanto, sempre que necessário, expande os atendimentos, para que todos sejam beneficiados, entretanto, pode ocorrer de alguma criança ter que aguardar uma vaga, apesar da espera não ser longa. Quanto ao horário restrito, este se deve ao número de atendimentos diários, não sendo possível aos pais adaptarem ou escolherem os mesmos. Mesmo sendo um município pequeno, a pesquisa mostrou que o serviço funciona muito bem servindo de exemplo para outros municípios.

Analisando os serviços de reabilitação oferecidos no município de Presidente Kennedy através do Plano Municipal de Saúde (2018-2021), constatou-se que existe um serviço de fisioterapia, que atua na Atenção Primária à Saúde, no Centro de Fisioterapia e nas Unidades Básicas de Saúde, com serviço ambulatorial e domiciliar para o atendimento de toda a população. Assim, estes profissionais atendem a toda a população local, havendo cobertura desses serviços nas nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde cinco são unidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e quatro são unidades de apoio (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

As metas contidas no Plano Municipal de Saúde de Presidente Kennedy, para o exercício de 2018 a 2021, nas especialidades não médicas, aqui incluída a fisioterapia, propõem a garantia e manutenção desses serviços, ampliando-os de acordo com a demanda local. No caso da equoterapia, o município já teve oferta desse serviço, anteriormente oferecido pela Associação Pestalozzi, que atendia crianças com deficiência ali residentes. Entretanto, a instituição foi fechada há três anos, deixando essa população desassistida, o que representa um quantitativo significativo, pois, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (PRESIDENTE KENNEDY, 2017), existem cerca de 193 crianças com deficiência que necessitam de atendimento especializado. Assim, as pessoas com deficiência de Presidente Kennedy que buscam atendimento especializado em equoterapia necessitam buscar esta assistência fora do Município, com por exemplo na cidade de Itapemirim. Isto representa uma barreira, uma vez que demanda transporte, e disponibilidade de tempo.

Uma das metas descritas em plano municipal é garantir e manter 100% de acesso aos centros de reabilitação até o ano de 2021, para atendimento em fisioterapia respiratória, neurológica e traumato-ortopédica. Nesse contexto, diante dos resultados constatados nesta pesquisa, bem como na literatura existente sobre os benefícios da equoterapia, aliado à capacidade financeira de Presidente Kennedy e o considerável número de crianças que necessitam de reabilitação, entende-se que a implantação deste serviço seria de grande benefício para atender essa demanda, cumprindo com as referidas metas.

É importante enfatizar que estes centros de reabilitação demandam um trabalho conjunto com outros profissionais de saúde, além dos fisioterapeutas, o que pode minimizar a carência desses profissionais, além de desafogar as unidades de saúde. Nesse sentido, outra meta do Plano Municipal de Saúde é capacitar 100% dos seus profissionais de acordo com os serviços implementados, até o ano de 2021. Na verdade, as equipes de reabilitação precisam envolver outros profissionais e, para tanto, estes precisam ser capacitados, a fim de compreender a essência da reabilitação, que consiste em ir além de simplesmente trabalhar juntos, atuando de forma interdisciplinar.

Uma situação bastante comum, especialmente relacionada a crianças com deficiência mental, se refere à relutância que apresentam em frequentar ambientes lotados, hospitais e outros serviços de saúde, deixando de usufruir dos benefícios de uma unidade

de reabilitação estabelecida nas clínicas de saúde. Assim, destaca-se a necessidade de equipes de reabilitação adequadas, baseadas na comunidade, que adotem diferentes modelos de reabilitação. No caso específico de crianças, a equoterapia é extremamente atrativa, tornando a reabilitação algo prazeroso, que não provoca temores, ao contrário, relaxa e acalma os pacientes.

Devido ao ambiente e forma como é desenvolvida, a equoterapia envolve não somente a pessoa com deficiência e o profissional, mas também a família, em um processo que deve ser conduzido por meio de uma série de objetivos específicos rumo a um resultado estratégico de longo prazo, promovendo melhoria funcional, reduzindo complicações e melhorando a coordenação e integração dos serviços para a pessoa com deficiência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equoterapia tem evoluído nos últimos trinta anos e essa estratégia de intervenção tem resultado em melhores resultados funcionais e psicossociais para uma variedade de indivíduos. O estudo demonstrou que a equoterapia é uma modalidade terapêutica alternativa, que possui uma boa aceitação da pessoa com deficiência e da família, com resultados físicos e emocionais perceptíveis para os envolvidos. A equoterapia aplicada por profissionais capacitados e assistida por um cavalo devidamente bem treinado, tem o potencial de restaurar, manter e promover a função física, bem como a qualidade de vida.

Embora este estudo retrate a experiência da cidade de Itapemirim, os resultados de um serviço de equoterapia podem servir de parâmetro para Presidente Kennedy, a fim de alcançar as metas propostas no Plano Municipal de Saúde, bem como reduzir as desigualdades na reabilitação e saúde de pessoas com deficiência. Portanto, considera-se importante que os gestores da saúde sejam informados sobre a potencialidade desta ferramenta de reabilitação e o papel desempenhado nesses centros, pois torna-se imprescindível avaliar a importância de se promover a equoterapia como alternativa para promover o desenvolvimento de habilidades na pessoa com deficiência, garantindo os fundamentos e recursos necessários para o desenvolvimento desta atividade.

Conclui-se, portanto, que a equoterapia constitui uma alternativa eficaz como parte de um programa de tratamento integrado para pessoas com deficiência em suas diferentes formas de expressão. O movimento equino facilita a realização de marcos do desenvolvimento psicossocial e a coordenação motora, incluindo equilíbrio e força tendo valor na reabilitação de adultos e crianças, trazendo melhorias não somente nas funções físicas, mentais e sociais, mas também oferecendo uma experiência emocionante e divertida, que a diferencia das terapias tradicionais.

## REFERÊNCIAS

- BAE, M. S.; YUN, C. K.; HAN, Y. G. The Effects of Hippotherapy for Physical, Cognitive and Psychological Factors in Children with Intellectual Disabilities. **J Korean Soc Phys Med**, v. 12, n. 3, p. 119-130, 2017.
- BARBOSA, G. O.; VAN MUNSTER, M. A. Influência da Equoterapia no Desenvolvimento Psicomotor de Pessoas com necessidades Especiais. **Revista Educação Especial**, v. 26, n. 46, p. 451-464, 2013.
- CALDAS, R. W. **Políticas públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: SEBRAE/MG, 2008.
- CAMPOS, M. L. I. L. Educação Inclusiva para Surdos e as Políticas Vigentes. In: LACERDA, C. B. F.; SANTOS, L. F. (Orgs.). **Tenho um aluno surdo, e agora?** Introdução à LIBRAS e educação de surdos. São Carlos: EDUFSCar, 2014.
- COPETTI, F. et al. Comportamento angular do andar de crianças com síndrome de Down após intervenção com Equoterapia. **Rev. bras. Fisioter**, v. 11, n. 6, p. 503-507, 2007.
- COSTA, V. S. F. et al. Efeito da equoterapia na coordenação motora global em sujeitos com Síndrome de Down. **Fisioter Mov**, v. 30, supl. 1, p. 229-240, 2017.
- DUBOW, C. et al. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 455-467, 2018.
- HEIDEMANN, F.; SALM, J. **Políticas Públicas e Desenvolvimento: Bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: UnB, 2009.
- HSIEH, Y. et al. Effects of hippotherapy on body functions, activities and participation in children with cerebral palsy based on ICFCY assessments. **Disability and Rehabilitation**, v. 39, n. 17, p. 1703-1713, 2017.
- KOCA, T. T.; ATASEVEN, H. What is hippotherapy? The indications and effectiveness of hippotherapy. **North Clin Istanb**, v. 2, n. 3, p. 247-252, 2015.
- LASA, S. M. et al. Intervenciones asistidas por animales en neurorrehabilitación: una revisión de la literatura más reciente. **Neurología**, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2015.
- PRESIDENTE KENNEDY (Município). **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Presidente Kennedy: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.
- RIBEIRO, K. S. Q. S. A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da fisioterapia na atenção básica. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 156-168, 2017.
- SEVERO, J. T. **Equoterapia equitação, saúde e educação**. São Paulo: SENAC, 2010.
- SILKWOOD-SHERER, D. et al. Hippotherapy: An intervention to habilitate balance deficits in children with movement disorders: A clinical trial. **Physical Therapy**, v. 92, n. 5, p. 707-717, 2012.
- SILVA, S. B. et al. The impact of physical therapy in the psychosocial rehabilitation of carriers of mental disorders. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 8, n. 1, p. 34-40, 2012.

**CÉSAR ALBENES DE MENDONÇA CRUZ** - Possui graduação em Filosofia (Licenciatura Plena) pela Universidade Federal do Espírito Santo/UFES (1998), Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo/UFES (2001), Doutorado em Serviço Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ/2010) e Pós-Doutorado em Política Social pelo PPGPS/UFES (2018). É professor titular do Curso de Graduação em Serviço Social e do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES (EMESCAM). É também professor de Filosofia do Programa de Pós-Graduação em Direito (Mestrado e Doutorado) da Faculdade de Direito de Vitória (FDV). Tem experiência nas áreas de Políticas Públicas de Saúde, Educação e Trabalho, com ênfase em Educação de Adultos, atuando nos temas: Reestruturação Produtiva do Capital, Competências, Formação Profissional, Trabalho e Educação e Qualificação Profissional. Assessora Sindicatos e Movimentos Sociais na área de Formação Política no Espírito Santo. Exerce Assessoria em Políticas Públicas, Marketing Político e Planejamento de Campanhas Eleitorais, além de realizar Planejamentos de Mandatos Parlamentares, de Sindicatos e Movimentos Sociais.

**ITALLA MARIA PINHEIRO BEZERRA** - Pesquisadora com ênfase em políticas públicas, saúde, ciclos de vida e determinantes sociais de saúde, com formação em Serviço Social e em Enfermagem. Mestrado em Modelos de decisão e saúde pela UFPB e doutorado em Ciências na área de saúde coletiva pela ABC. Coordenadora de Pesquisa e do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Emescam. Tem como linha principal de pesquisa Ciclos de vida e saúde, com foco na educação em saúde e os determinantes de saúde, desenvolvendo projetos de pesquisa que buscam descrever o processo saúde doença em suas principais vertentes.





**JANICE GUSMÃO FERREIRA DE ANDRADE** - Assistente Social (2007) Mestre (2013) e Doutora em Serviço Social pela PUC/SP (2017), Especialista em Políticas Sociais pela Faculdade Metodista (2008). Professora do Curso de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória /ES (Emescam), na linha de pesquisa: Serviço Social, processos sociais e sujeito de direito. Tem experiência profissional nas áreas das Políticas de Assistência Social, Trabalho e Saúde. Desenvolve estudos e pesquisas com ênfase nas áreas da Assistência Social, trabalho, Serviço Social, Voluntariado e Terceiro Setor.



**ROBERTA RIBEIRO BATISTA BARBOSA** - Fisioterapeuta (2001), Mestre em Engenharia Biomédica e Doutora em Pediatria e Saúde da Criança pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Medicina da Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local e do curso de graduação em Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Membro da Coordenação Nacional da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO (2020-2023). Desenvolve pesquisas na área de Fisioterapia e Serviço Social da Saúde, com ênfase em: Políticas de saúde, pessoa com deficiência, Covid-19, Comportamento do sono, e doenças raras.

# POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL:

suas expressões no município  
de **Presidente Kennedy**

-  [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
-  [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL:

suas expressões no município  
de **Presidente Kennedy**

-  [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
-  [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)