

A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA

Saúde Coletiva

Fernanda Miguel de Andrade
(Organizadora)



Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



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

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

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

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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

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

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

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

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

Ciências Biológicas e da Saúde

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

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

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

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa

Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

A construção do campo da saúde coletiva

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Maiara Ferreira
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Fernanda Miguel de Andrade

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C758 A construção do campo da saúde coletiva / Organizadora
Fernanda Miguel de Andrade. – Ponta Grossa - PR:
Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-063-3
DOI 10.22533/at.ed.633211705

1. Saúde. I. Andrade, Fernanda Miguel de
(Organizadora). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A coleção “A Construção do Campo da Saúde Coletiva” é uma obra composta por 2 volumes. O volume 1 é constituído por vinte capítulos que trazem estudos que analisaram a conduta dos profissionais de saúde na prática assistencial, e o impacto do fortalecimento, do investimento financeiro, do gerenciamento eficiente e da ampliação da atenção básica à saúde. Além disso, neste volume é possível constatar a importância da presença de conteúdos de aprendizagem em material educativo em saúde, também foi averiguado o grau de conhecimento de pacientes atendidos nas unidades de saúde sobre suas patologias. Os estudos que compõem o volume 1 desta obra apontam estratégias para melhorias nos serviços de saúde, objetivando aumentar o nível de segurança ao paciente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e dos profissionais de saúde, promover a diminuição dos custos no sistema de saúde, a otimização da acessibilidade aos serviços de saúde e da educação em saúde, incentivando a realização do autocuidado efetivo e consequentemente evitando complicações futuras ao paciente.

O volume 2 é composto por vinte e quatro capítulos que trazem estudos multidisciplinares no campo da promoção da saúde, apresentando contextos históricos ao longo dos anos que apontam a importância do papel da sociedade na prevenção de problemas de saúde e na manutenção do estado de saúde. Demonstram que o cuidado da saúde física e mental, acompanhamento com especialistas, e condições sanitárias adequadas são estratégias importantes para evitar doenças e suas complicações.

Deste modo a obra “A Construção do Campo da Saúde Coletiva” apresenta estudos fundamentados e atuais, descritos de maneira didática e com uma linguagem científica acessível, se tornando um importante instrumento de divulgação científica de resultados importantes que refletem a nossa sociedade.

Fernanda Miguel de Andrade

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COMO IMPORTANTE FERRAMENTA PARA REDUZIR O RISCO DE INFECÇÕES HOSPITALARES

Pamela Nery do Lago
Flávia Cristina Duarte Silva
Paola Conceição da Silva
Ronaldo Antônio de Abreu Junior
Liane Medeiros Kanashiro
Samanntha Lara da Silva Torres Anaisse
Michelly Angelina Lazzari da Silva
Livia Sayonara de Sousa Nascimento
Fabiana Ribeiro da Silva Braga
Danielle Freire dos Anjos
Fernanda Ghesa Oliveira SantAnna Morais Carvalho
Juliane Guerra Golfetto

DOI 10.22533/at.ed.6332117051

CAPÍTULO 2..... 8

ANÁLISE DESCRITIVA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA FRENTE A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MARIÁPOLIS-SP

Tayná Vilela Lima Gonçalves
Taiany Flaviany Lucia De Sousa
Fernando Augusto Horikawa Leonardi
Márcio José Garcia Borges

DOI 10.22533/at.ed.6332117052

CAPÍTULO 3..... 18

ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DE APRENDIZAGEM EM UM MATERAIL EDUCATIVO SOBRE HANSENIASE

Alessandra Aparecida Vieira Machado
Danielly Ferri Gentil
Mayara Paula da Silva Marques Hortelan
Antonio Sales

DOI 10.22533/at.ed.6332117053

CAPÍTULO 4..... 27

ANÁLISE DO GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE O DIABETES E PERFIL ALIMENTAR DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CUIPIRA, PERNAMBUCO, BRASIL

Maria Viviane Alves Ferreira
Rosálva Raimundo da Silva
Lais Amorim Queiroga Carneiro da Cunha
Elisa de França Luna
Carla Maria Bezerra de Menezes
Andrei Felipe Loureiro do Monte Guedes

Ana Maria Rampeloti Almeida
DOI 10.22533/at.ed.6332117054

CAPÍTULO 5..... 40

APESAR DE VOCÊ AMANHÃ HÁ DE SER OUTRO DIA: A INTERFERÊNCIA DO TRABALHO NA VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Tiago Pereira de Souza
Paulo Antônio Barros Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.6332117055

CAPÍTULO 6..... 54

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Victor Guilherme Pereira da Silva Marques
Célio Pereira de Sousa Júnior
Graciele da Silva Carvalho
Elielson Rodrigues da Silva
Marks Passos Santos
Mariel Wágner Holanda Lima
Bruno Santos Souza
Rodrigo Andrade Leal
Ana Carla Almeida de Melo
Tarcísio Gonçalves de Souza Santos

DOI 10.22533/at.ed.6332117056

CAPÍTULO 7..... 60

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL: UM ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL DE 2017 A 2019

Isabel Cristina Ribeiro Regazzi
Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp
Kamile Santos Siqueira
Janaína Luiza dos Santos
Jane Baptista Quitete
Diana Paola Gutiérrez Diaz de Azevedo
Pedro Henrique Teles Ferreira
Pedro Regazzi Barcelos
Gilberto Santos de Aguiar
Riva Schumacker Brust
Daniel Erthal Hermano Caldas
Marcia da Rocha Meirelles Nasser

DOI 10.22533/at.ed.6332117057

CAPÍTULO 8..... 76

AVALIAÇÃO DA CAMPANHA “OUTUBRO ROSA” DE ACORDO COM A REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIAS NO MÊS DE OUTUBRO EM ALAGOAS, ENTRE 2015 E 2020

Amanda de Souza Soares
Gabrielle Moraes de Deus Araújo
Renata Marcela Cavalcante Ferreira Ferro

Beatriz Brito Ribeiro
Camila de Barros Prado Moura-Sales
DOI 10.22533/at.ed.6332117058

CAPÍTULO 9..... 86

CAPACIDADE DISCRIMINATIVA DA ESCALA DE BRADEN NA PREDIÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Graziela Argenti
Gerson Ishikawa
Cristina Berger Fadel

DOI 10.22533/at.ed.6332117059

CAPÍTULO 10..... 100

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ORIENTAÇÕES DE AUTOCUIDADO EM HOMENS DIABÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Maria Julia de Lima
Jullyendre Alves Teixeira da Silva
Beatriz Krull Elias
Natalia Maria Maciel Guerra da Silva

DOI 10.22533/at.ed.63321170510

CAPÍTULO 11..... 106

INSTRUMENTO PARA APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HIPERTENSO - NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Dimily Kaelem Carvalho do Nascimento
Ana Caren dos Santos Paz
Marcia Eduarda Rios Rodrigues
Geovana Rachel Figueira Coelho
Michele da Costa Melo
Giselle Caroline Carvalho Ribeiro
Natália de Carvalho Coelho
Ana Beatriz Vieira Lima
Luan de Sousa Loiola
Maicon Tavares Pontes
Milena Lima de Sousa
Maria Luiza Nunes

DOI 10.22533/at.ed.63321170511

CAPÍTULO 12..... 118

INTEGRAÇÃO ENTRE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE: UMA INTERVENÇÃO SOBRE DTAH NO MUNICÍPIO DE ACARAÚ-CE

Vanessa Silva Farias
Ricardo Costa Frota
Dennis Moreira Gomes
Natália Reis de Carvalho
Marcionília de Araújo Lima Neta
Catarina de Vasconcelos Pessoa
Maria Socorro Carneiro Linhares

DOI 10.22533/at.ed.63321170512

CAPÍTULO 13.....	124
INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: AVALIANDO O AGENDAMENTO DE CONSULTAS DERMATOLÓGICAS NO MUNICÍPIO DE ACARAÚ-CE	
Vanessa Silva Farias	
Ricardo Costa Frota	
Dennis Moreira Gomes	
Maristela Inês Osawa de Vasconcelos	
Izabele Mont`Alverne Napoleão Albuquerque	
Natália Reis Carvalho	
Marcionília de Araújo Lima Neta	
DOI 10.22533/at.ed.63321170513	
CAPÍTULO 14.....	131
INTERAÇÕES SOCIAIS E SÍNDROME DE ESGOTAMENTO NO TRABALHO (BURNOUT) EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE	
Eraldo Bittencourt de Gouvêa	
DOI 10.22533/at.ed.63321170514	
CAPÍTULO 15.....	144
PARTICIPAÇÃO POPULAR COMO PRINCÍPIO ORGANIZATIVO DO SUS	
Alan Bruno da Silva Nunes	
Beatriz Batista Borges	
Maria Fernanda Carlos Pereira Liro	
Jorge Costa Neto	
Mary Lee dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.63321170515	
CAPÍTULO 16.....	152
PÊNFIGO VULGAR: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Bianca Borges Romeiro Caetano	
Caren Serra Bavaresco	
Rubem Beraldo dos Santos	
Flávio Renato Reis de Moura	
DOI 10.22533/at.ed.63321170516	
CAPÍTULO 17.....	162
PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE	
Cristiane Aragão Santos	
Ana Paula Ferreira Gomes	
DOI 10.22533/at.ed.63321170517	
CAPÍTULO 18.....	177
PROJETO REVIVER - CENTRO DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO, ESPORTE E CULTURA PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM TOCANTINS	
Soraia Maria Tomaz	

Raphael Cota Couto

DOI 10.22533/at.ed.63321170518

CAPÍTULO 19..... 185

**RELAÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COM PESSOAS COM
TRANSTORNO MENTAL E FAMILIARES**

Zaira Letícia Tisott

Leila Mariza Hildebrandt

Keity Laís Siepmann Soccol

Aline Kettenhuber Gieseler

Marinês Tambara Leite

DOI 10.22533/at.ed.63321170519

CAPÍTULO 20..... 198

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL: UMA ANÁLISE DE DADOS DE NOTIFICAÇÃO E DE
ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Elisabete Calabuig Chapina Ohara

Evanice de Jesus Santos

Giovana Ornelas Bassanelli

Luísa Cristina Azevedo Folli

Samara Silva de Alcantara

Victória Alves da Silva

DOI 10.22533/at.ed.63321170520

SOBRE A ORGANIZADORA..... 216

ÍNDICE REMISSIVO..... 217

CAPÍTULO 1

A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COMO IMPORTANTE FERRAMENTA PARA REDUZIR O RISCO DE INFECÇÕES HOSPITALARES

Data de submissão: 30/03/2021

Pamela Nery do Lago

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH).
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3421-1346

Flávia Cristina Duarte Silva

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-5271-7172

Paola Conceição da Silva

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0001-7589-7033

Ronaldo Antônio de Abreu Junior

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0001-9568-5644

Liane Medeiros Kanashiro

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH).
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0001-9945-1597

Samantha Lara da Silva Torres Anaisse

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0002-8350-5607

Michelly Angelina Lazzari da Silva

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH)
Dourados – MS
ORCID: 0000-0002-8690-7003

Lívia Sayonara de Sousa Nascimento

Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW-UFPB/EBSERH)
João Pessoa – PB
ORCID: 0000-0003-2552-3169

Fabiana Ribeiro da Silva Braga

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE/EBSERH)
Recife – PE
ORCID: 0000-0002-5049-5596

Danielle Freire dos Anjos

Hospital Universitário de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)
Aracaju – SE
ORCID: 0000-0002-7377-9604

Fernanda Ghesa Oliveira SantAnna Morais Carvalho

Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia (HUPES-BA/EBSERH)
Salvador – BA
ORCID: 0000-0002-4810-1762

Juliane Guerra Golfetto

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM-UFMS/EBSERH)
Santa Maria – RS
ORCID: 0000-0003-2535-1344

RESUMO: Perceber a higienização das mãos como importante ferramenta para minimizar o risco de infecção hospitalar e assim proporcionar uma assistência mais segura para os pacientes e profissionais envolvidos é primordial para um cuidado de qualidade e livre de danos que prolongam o adoecimento e a internação do paciente. Diante desses fatos, o presente trabalho tem por objetivo compreender o nível de adesão e realização da técnica correta de higienização das mãos pelos profissionais de saúde para proporcionar uma assistência segura no âmbito da infecção hospitalar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, em que foi realizada no mês de março de 2021, uma revisão de literatura em artigos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores: segurança do paciente, infecção hospitalar e desinfecção das mãos. Os artigos pesquisados apontam que os profissionais de saúde tem um baixo conhecimento sobre a técnica adequada de higienização das mãos, apesar de ter conhecimento teórico sobre a mesma, bem como uma adesão bastante abaixo do esperado.

PALAVRAS - CHAVE: Segurança do Paciente, Infecção Hospitalar, Desinfecção das Mãos.

HAND HYGIENIZATION AS AN IMPORTANT TOOL TO REDUCE THE RISK OF HOSPITAL INFECTIONS

ABSTRACT: Perceiving hand hygiene as an important tool to minimize the risk of nosocomial infection and thus providing safer care for patients and professionals involved is essential for quality and harm-free care that prolong the illness and hospitalization of the patient. In view of these facts, the present study aims to understand the level of adherence and the performance of the correct hand hygiene technique by health professionals to provide safe care in the context of nosocomial infection. This is a qualitative, exploratory research, in which in March 2021, a literature review was carried out on scientific articles available at the Virtual Health Library, using the descriptors: patient safety, hospital infection and hand disinfection. The researched articles point out that health professionals have a low knowledge about the proper hand hygiene technique, despite having theoretical knowledge about it, as well as a much lower than expected adherence.

KEYWORDS: Patient Safety, Cross Infection, Hand Disinfection.

1 | INTRODUÇÃO

Considerando as seis metas internacionais de segurança do paciente estabelecidas pela Joint Commission International (JCI) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saber: 1. identificar o paciente corretamente; 2. melhorar a eficácia da comunicação; 3. melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; 4. assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5. reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; 6. reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas (EBSERH, sd).

Nesta pesquisa, buscou-se aprofundar os conhecimentos a respeito da Meta 5 que diz respeito a redução do risco de infecções associadas a cuidados de saúde, com foco na higienização das mãos (HM), uma medida tida como simples e por muitas vezes

negligenciada, mas que tem uma capacidade gigantesca de evitar o risco de infecções hospitalares. Infecções estas tão frequentes, que acontecem em todo o mundo e prolongam o período de internação e gravidade de muitos pacientes, conferindo custos elevados e um importante problema de saúde pública.

“No Brasil, a OPAS/OMS em parceria com a ANVISA vem trabalhando o primeiro desafio global para a Segurança do Cliente “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” com foco na higienização das mãos” (ALVES, 2017).

A HM se constitui no procedimento mais eficaz na prevenção e controle de infecção relacionada à assistência (ANVISA, 2013). Conforme Carter e WHO (como citado em Zottele, 2017) as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem-se em eventos adversos presentes nos serviços de saúde em âmbito global, mesmo sendo evitáveis. Estudo de prevalência das IRAS, coordenado pela OMS, em 55 hospitais de 14 países na Ásia, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental, mostrou que em média 8,7% dos pacientes adquirem infecções no decorrer da internação.

Diante desses fatos, o presente trabalho tem por objetivo compreender o nível de adesão e prática da técnica correta de higienização das mãos pelos profissionais de saúde para proporcionar uma assistência segura no âmbito da infecção hospitalar.

Neste contexto, levante-se o questionamento: a higienização das mãos em ambiente hospitalar tem tido uma boa adesão dos profissionais de saúde para minimizar o risco de infecções? Esta é feita utilizando a técnica correta?

Metodologicamente esta pesquisa qualitativa, exploratória, explana sobre a importância da percepção da higienização das mãos como ferramenta para reduzir os riscos de infecção hospitalar e assim proporcionar uma assistência mais segura para os pacientes e profissionais envolvidos.

Foi realizada uma revisão de literatura em artigos científicos, analisados no mês de março de 2021, através de busca no site Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): segurança do paciente, infecção hospitalar e desinfecção das mãos.

A pesquisa dos três descritores foi realizada utilizando o operador booleano AND entre todos. No total, foram encontrados 43 artigos, dos quais somente 5 correspondiam exatamente ao assunto em questão. Estes foram lidos e analisados na íntegra e compõe a pesquisa aqui apresentada.

As publicações estudadas foram escolhidas conforme os seguintes critérios de inclusão: ser publicado em periódico indexado, disponível online, em idioma português, publicados no período de 2017 a 2021, estar em texto completo e abordar o assunto acerca da temática escolhida.

Este trabalho tem por escopo fornecer dados relevantes e identificar possibilidades de melhorias quanto à importância da adesão dos profissionais no que tange a higienização correta das mãos, bem como identificar lacunas do conhecimento que possam ser objetos

de novos debates, visto que a temática aqui levantada é de extremamente relevância a nível global.

2 I ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A higienização das mãos é uma questão amplamente abordada em todos os ambientes atualmente, visto que está diretamente atrelada à diminuição dos riscos de contaminação e infecção cruzada, seja no contexto do coronavírus – tão em voga – quanto para minimizar infecções de quaisquer outras fontes de riscos biológicos presentes nos ambientes de cuidados da saúde.

São considerando os cinco momentos de HM preconizados pela OMS: antes do contato com o paciente, antes de procedimento asséptico, após contato com fluidos corpóreos, após o contato com o paciente e após tocar nas proximidades do paciente (OMS, 2009).

No entanto, apesar da sapiência dos profissionais da saúde sobre sua importância, a realidade que percebemos é que esta importante medida não é tratada como deveria, ficando bastante aquém do necessário.

Estudo sobre adesão de profissionais da saúde de uma unidade oncológica à correta HM desenvolvido por LLapa-Rodríguez *et al* (2018) aponta que:

Foram registradas 1397 observações envolvendo a higienização das mãos, 780 (56%) na unidade de oncologia pediátrica e 617 (44%) na adulta. Entre as ações executadas por profissionais, foram observadas 587 por técnicos ou auxiliares de enfermagem (42%); 339 por enfermeiros (24%); 242 por médicos (17%); 137 por fisioterapeutas (10%) e 131 (7%) ações realizadas por outros profissionais de saúde (técnicos de laboratório, técnicos de nutrição, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos). A taxa de adesão global ao procedimento entre os profissionais observados foi de 29% (407 ações), classificada como uma assistência sofrível e indesejável. A maior taxa (38%) foi para a categoria de enfermeiros com 129 ações e a menor adesão (10%) para a categoria outros profissionais (9 ações).

Este estudo evidencia que apesar de haver o conhecimento teórico dos profissionais de saúde sobre a importância da HM, ela não é colocada em prática, se transformando em uma constante ameaça à saúde dos pacientes e profissionais envolvidos.

Corroborando com o exposto, Zottele *et al.* (2017) desenvolveu um estudo observacional durante 111 dias com 59 profissionais de saúde atuantes em uma unidade de pronto socorro adulto de um Hospital Universitário do estado do Rio Grande do Sul e que teve como resultado global 54,2% de adesão à HM. Enfermeiros e fisioterapeutas apresentaram índice de adesão de 66,6% e médicos residentes 41,3%.

Quanto ao cinco momentos propostos pela OMS para aderência às práticas de HM a pesquisa de LLapa-Rodríguez *et al.* (2018) identificou uma maior taxa de adesão após contato com fluídos corporais, o que revela que profissionais de saúde realizam a HM

na maioria das vezes como uma forma de autocuidado. Da mesma forma, Zottele *et al.* (2017) afirma que parece haver uma banalização quanto à importância da oferta de um cuidado seguro ao paciente, no sentido de ser observada a HM em todos os momentos preconizados pela OMS.

3 | CONHECIMENTO E CONDUTAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE A TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Alves (2017) realizou um estudo com 31 enfermeiros lotados nas clínicas médica e cirúrgica de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro em que foram realizados treinamentos e cursos num momento anterior a observação da HM. Durante as observações foram realizadas intervenções para correção dos erros levantados, a saber: higienização das mãos com adornos; utilização de luvas no posto de enfermagem abrindo gavetas para retirar gaze e retornando ao leito do paciente; utilização das mesmas luvas para aspiração de traqueostomia e troca de curativo; não higienização das mãos após contato com monitor do paciente, após contato com prontuário e até mesmo contato com o próprio paciente; não HM após coleta de *swab* (material biológico). Este estudo não teve por objetivo contabilizar o número de ações, mas sim as intervenções de atividades educativas realizadas quando evidenciados os erros.

Muitos são os apontamentos que podem ser feitos diante dos dados deste estudo, buscando compreender as causas das evidências observadas, entre eles podemos citar a falta de suporte para álcool em gel próximo ao leito do paciente, pias adequadas e próximas, sobrecarga de trabalho da equipe reduzida e o próprio fazer mecanizado que acaba por muitas vezes induzindo ao erro, mesmo tendo ciência da forma correta de agir.

Estudo realizado, com 23 profissionais de enfermagem, em uma unidade de pronto atendimento de um hospital privado do Rio Grande do Sul, abordou o conhecimento sobre o tempo necessário para a preparação alcoólica agir na pele: 9 (39,1%) profissionais afirmaram que o tempo necessário é de 10 segundos, 6 (26,1%) um minuto, 5 (21,7%) três segundos e, 3 (3,0%) corresponderam a 20 segundos. “Todos os entrevistados afirmaram que a preparação alcoólica deve cobrir toda a superfície de ambas as mãos e 20 (87%) entendem que não se deve secar as mãos após friccioná-las com a preparação alcoólica” (KORB *et al.*, 2019).

Ainda no estudo de Korb *et al.* (2019), sobre o conhecimento dos profissionais quanto aos momentos de HM:

Todos afirmaram que devem higienizar as mãos antes do contato com o paciente. Ademais, em relação às ações de higienização das mãos que evitam a infecção do paciente por seus próprios microrganismos, 18 (78,3%) atestam que a higiene deve ocorrer antes do contato com o paciente e, 15 (65,2%) após o contato. Ainda, 21 (91,3%) ratificam que a higienização das mãos deve ocorrer após contato com fluídos corporais e 20 (87%) antes da realização de procedimento asséptico. No que se refere à infecção do

profissional da saúde, 22 (95,7%) afirmam que a higienização deve acontecer após o contato com o paciente e exposição a fluidos corporais. Em relação às superfícies que tem potencial de contaminar as mãos do profissional, se não higienizadas adequadamente, a maçaneta do quarto do paciente foi citada por todos os depoentes.

Estudo realizado por Derhun (2018) em um hospital privado do estado do Paraná com 27 profissionais de enfermagem através de um questionário sobre o conhecimento dos mesmos acerca da técnica correta de HM com preparação alcoólica, teve como resultado que somente um enfermeiro (3,7%) conhecia na íntegra as recomendações para a realização correta da fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica. Dado bastante preocupante, visto que 25 (92,6%) afirmaram ter recebido treinamento sobre HM.

Neste mesmo estudo de Derhun (2018) observamos que:

Apenas 5 participantes (18,5%) acertaram a questão que indagava sobre o tempo mínimo necessário para a preparação alcoólica destruir a maioria dos microrganismos existentes nas mãos, sendo classificada com nível “sofrrível” de conhecimento. Chama a atenção, portanto, o fato de 12 profissionais (44,4%) terem indicado alternativas com tempo inferior a 20 segundos e 10 (37,1%) terem apontado um minuto como sendo suficiente ou necessário para a realização da higiene das mãos com preparação alcoólica.

Todos os artigos analisados neste estudo trazem dados preocupantes sobre a técnica correta de higienização das mãos, seja com água e sabão, seja com preparação alcoólica, pois estão bem aquém do preconizado para uma assistência segura.

Estratégias precisam ser pensadas a nível de gestão hospitalar, visando minimizar erros comuns, mas muito importantes e preocupantes do ponto de vista da saúde do trabalhador e da segurança do paciente.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se pelos estudos aqui levantados que existe uma grande lacuna entre a teoria e a prática assistencial segura e necessária. Mesmo a grande maioria dos profissionais conhecendo a técnica correta e relatando sua importância, na prática do cotidiano não realizam a HM adequadamente, tornando-se uma ameaçadora fonte de transmissão de microrganismos entre pacientes e entre os próprios profissionais.

Faz-se primordial desenvolver estratégias de educação continuada que busque garantir uma assistência segura e de qualidade. Neste cenário, as equipes de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e do Núcleo de Segurança do Paciente de cada instituição têm papel fundamental no sentido de fornecer insumos e orientações que permitam aos profissionais adotarem uma conduta de segurança do paciente e proteção do trabalhador.

Os gestores dos serviços de saúde precisam unir esforços para focar em ações

criativas e constantes, que estimulem a participação da equipe multiprofissional de saúde na construção de uma cultura de segurança que garanta uma assistência livre de riscos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Segurança do Paciente: higienização das mãos. Brasília, 2013.** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf>. Acesso em: 23 de março de 2021.

ALVES, C. F. **Adesão à higienização das mãos: um olhar sobre a edificação do treinamento no processo de cuidar. Relatório de Pesquisa, 2017.** Rio de Janeiro, RJ, Mestrado Profissional, Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

DERHUN, F. M. et al. Uso da preparação alcoólica para higienização das mãos. **Rev enferm UFPE Online**, v. 12, n. 2, p. 320-328, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-965556>>. Acesso em: 23 de março de 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Metas Internacionais de Segurança do Paciente.** Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). S.d. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/meta-05>>. Acessado em: 22 de março de 2021.

KORB, J. P. *et al.* Conhecimento Sobre Higienização das Mãos na Perspectiva de Profissionais de Enfermagem em um Pronto Atendimento. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. esp, p. 517-523, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969404>>. Acessado em: 23 de março de 2021.

LLAPA-RODRÍGUEZ, E. O. Aderência de profissionais de saúde à higienização das mãos. **Rev enferm UFPE Online.**, v. 12, n. 6, p. 1578-1585, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230841>>. Acessado em: 23 de março de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Hand hygiene technical reference manual: to be used by health-care workers, trainers and observers of hand hygiene practices.** 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44196/1/9789241598606_eng.pdf>. Acessado em: 23 de março de 2021.

ZOTTELE, C *et al.* Adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em pronto-socorro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51: e0324, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03242.pdf>. Acessado em 23 de março de 2021.

CAPÍTULO 2

ANÁLISE DESCRITIVA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA FRENTE A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MARIÁPOLIS-SP

Data de submissão: 05/04/2021

Tayná Vilela Lima Gonçalves

Centro Universitário de Adamantina
Araçatuba – SP
<http://lattes.cnpq.br/6313921505066106>

Taiany Flaviany Lucia De Sousa

Centro Universitário de Adamantina
Araçatuba – SP
<http://lattes.cnpq.br/6777204296575106>

Fernando Augusto Horikawa Leonardi

Centro Universitário de Adamantina
Araçatuba – SP
<http://lattes.cnpq.br/7473044282899533>

Márcio José Garcia Borges

Centro Universitário de Adamantina
Rio Preto – SP
<http://lattes.cnpq.br/0693580938748679>

RESUMO: O município de Mariápolis, localizado no oeste do estado de São Paulo, pertence a microrregião de Adamantina. Atualmente a cidade conta com a Estratégia de Saúde da Família em sua estruturação a respeito do Serviço Público de Saúde. O impacto positivo da Atenção Primária em Saúde pode ser analisado na perspectiva da redução do número das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde é um dos principais motivos da reorganização do Sistema Único de Saúde

através da a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família. O presente estudo trata-se de uma análise descritiva de caráter retrospectivo caracterizando as Internações Por Condições Sensíveis a Atenção Básica de pacientes residentes no município de Mariápolis/SP, pagas pelo SUS, durante os anos de 2010 a 2019, acerca da identificação dos possíveis fatores contribuintes para a redução do número de internações. No início do período estudado, o número de internações gerais foram de 441, enquanto que, ao final do período, foram de 289, representando uma redução de 34,5%. No município de Mariápolis-SP, o valor registrado referente às internações de pacientes residentes foi de R\$ 3.152.232,00; de modo que, o gasto referente às Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica foi de R\$ 502.626,20, representando cerca 16% do total gasto com internações por causas gerais de pacientes residentes no município do estudo. Conclui-se através deste estudo que a ampliação e fortalecimento da atenção básica, o investimento financeiro otimizado, o gerenciamento eficiente da Estratégia de Saúde da Família, a ampliação e criação de oferta à saúde de caráter integral e local tem impacto direto na redução das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica.

PALAVRAS - CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Indicadores de Saúde, Atenção Básica em Saúde.

DESCRIPTIVE ANALYSIS OF HOSPITALIZATIONS BY SENSITIVE CONDITIONS TO BASIC CARE IN FRONT OF THE IMPLEMENTATION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE MUNICIPALITY OF MARIÁPOLIS-SP

ABSTRACT: The municipality of Mariápolis, located in the west of the state of São Paulo, belongs to the micro-region of Adamantina. Currently, the city has a Family Health Strategy in its structuring regarding the Public Health Service. The positive impact of Primary Health Care can be analyzed from the perspective of reducing the number of Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care. The strengthening of Primary Health Care is one of the main reasons for the reorganization of the Unified Health System through the implementation and consolidation of the Family Health Strategy. The present study is a retrospective descriptive analysis characterizing Hospitalizations for Sensitive Conditions to Primary Care of patients residing in the city of Mariápolis / SP, paid by SUS, during the years 2010 to 2019, regarding the identification of possible factors contributors to reducing the number of hospitalizations. At the beginning of the period studied, the number of general admissions was 441, while at the end of the period, they were 289, representing a reduction of 34.5%. In the municipality of Mariápolis-SP, the registered amount referring to hospitalizations of resident patients was R \$ 3,152,232.00; so, the expenditure related to Hospitalizations for Critical Conditions to Primary Care was R \$ 502,626.20, representing about 16% of the total spent on hospitalizations for general causes of patients residing in the municipality of the study. It is concluded through this study that the expansion and strengthening of primary care, the optimized financial investment, the efficient management of the Family Health Strategy, the expansion and creation of comprehensive and local health care offer has a direct impact in reducing Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care.

KEYWORDS: Primary Health Care, Family Health Strategy, Health Indicators, Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

O município de Mariápolis-SP, localizado na região sudeste do Brasil, no oeste do estado de São Paulo, pertence a microrregião de Adamantina, possuindo uma população de 3.916 habitantes, tendo uma densidade demográfica de 21,07 hab/km². Apenas 10,7% dessa população tem ocupação laboral, sendo a média de 2,1 salários mínimos por habitante sua constituição econômica. No âmbito da saúde, apresenta uma taxa de mortalidade infantil de 26,32/1000 habitantes, tendo em 2009 dois estabelecimentos de saúde SUS. (IBGE, 2010).

Atualmente, a cidade tem um Centro de Saúde/Unidade Básica que tem gestão municipal e administração pública. Sua estrutura física é composta por 3 consultórios médicos, consultório para atendimento ortopédico, enfermaria, sala de curativos, sala de procedimentos equipada com medicamentos, materiais e ECG, salas de atendimento odontológico, salas para fisioterapia, sala para os agentes comunitários, sala para enfermeiros, sala de vacina, escritórios para serviços gerais, sala de espera com cadeiras e cozinha equipada (BRASIL, 2020).

A ESF tem como propósito auxiliar na organização do SUS, atuando diretamente na participação da comunidade e na municipalização da integralidade. A mesma surge da necessidade de uma nova abordagem de atendimento, uma vez que as estruturas clássicas das UBSs não atendiam as necessidades de suas populações integralmente. A prioridade da estratégia está na ação de proteção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo e das famílias. Deste modo, troca-se o modelo de cura de doenças em hospitais e foca-se na atenção a família como ambiente físico e social, onde a equipe pode atuar de maneira abrangente no processo saúde-doença, sendo a intervenção, além das práticas curativas (BARROS, 2014).

A equipe, em Mariápolis, é composta de 43 pessoas, dividido em duas unidades, sendo elas: 3 cirurgiões dentistas, 2 auxiliares de escritório, 7 agentes comunitários de saúde, 1 enfermeiro da estratégia da saúde da família, 1 médico da estratégia da saúde da família, 1 médico psiquiatra, 1 agente de saúde pública, 1 psicólogo clínico, 9 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiros, 1 médico ginecologista e obstetra, 1 farmacêutico, 1 nutricionista, 1 médico clínico, 1 médico veterinário, 2 auxiliares em saúde bucal, 1 médico dermatologista, 1 gerente de serviços em saúde, 1 agente endêmico, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta geral, 2 visitador sanitário/fiscal sanitário e 1 médico ortopedista. (BRASIL, 2020).

A reorganização do SUS, além do objetivo de melhorar o atendimento a população, tem a meta de otimizar os gastos, reduzindo a procura de serviços de média e alta complexidade, por meio de atendimento integral nas UBSs. Os serviços da atenção primária, mantem os custos irrisoriamente menores além de serem consumidos majoritariamente por populações pobres e de baixa vocalização política, sendo a parcela vulnerável da população. Em contrapartida, a média e a alta complexidade, interferem diretamente no financiamento e manutenção do setor de serviços em saúde, abrangendo toda a população. Deste modo, o objetivo é reduzir a demanda por serviços de maiores complexidades por meio de atendimento integral em saúde nas UBS, que atuam diretamente na prevenção e promoção de saúde de suas populações (GOTTEMS e PIRES, 2009).

A portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a política nacional de Atenção Básica, revisando as diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do sistema único de saúde (SUS) onde, define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, envolvendo a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. É a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede SUS. Deve ser ofertada integralmente e de forma gratuita a toda a população, de acordo com a demanda e necessidade do território. (BRASIL, 2017).

Esta portaria, conforme a normatização vigente no SUS define a organização da RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da

população, destacando a Atenção Básica como a porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Deste modo, a saúde da família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, onde aborda a existência de populações específicas e as particularidades loco regionais. (BRASIL, 2017).

O impacto da atenção primária em saúde na redução das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB) é um dos principais motivos da organização do SUS perante a implantação das ESFs, assim, considerado a institucionalização da Atenção Básica e a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem usados como medida indireta do funcionamento da AB/ESF foi criada a portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, onde foi definida a lista brasileira de ICSAB, de acordo com a décima revisão da classificação internacional de doenças (CID-10), sendo listada por grupos de causas de internações/diagnósticos e, ainda considerando a inclusão desses indicadores da atividade hospitalar como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da ESF (BRASIL, 2008).

Os grupos de doenças sensíveis à atenção básica são: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares, hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus; epilepsias; infecções no rim e trato urinário; infecções da pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos; úlcera gastrointestinal; doenças relacionadas ao pré-natal e parto (BRASIL, 2008).

O uso do indicador ICSAB pelos gestores municipais de saúde é útil pois ele é possivelmente o melhor indicador para a Atenção Básica, sendo fundamental para um sistema de saúde efetivo. Tal indicador é consistente para os gestores atuarem de forma orientada a usar os resultados em prol de suas populações. Ainda, sua utilização pode envolver segmentos para ações de prevenção de doenças loco-regionais mais frequentes, análise de custos operacionais e, orientar ações da Atenção Básica no município onde, além de incluir o planejamento das intervenções, é possível acompanhar os seus resultados (BATISTA e SILVA, 2016).

2 | OBJETIVOS

- Análise do número de internações e verificação do valor gasto com internações por condições sensíveis a atenção básica em residentes no município de Mariápolis/SP no período de 2010 a 2019;
- Identificação dos possíveis fatores contribuintes para o grande número de internações.

- Apresentação de estratégias de prevenção frente aos dados levantados;
- Redução da taxa de internações por condições sensíveis a atenção básica em residentes no município de Mariápolis/SP.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho aborda um estudo descritivo e retrospectivo sobre as internações por condições sensíveis a atenção básica de pacientes residentes no município de Mariápolis/SP, pagas pelo SUS, durante os anos de 2010 a 2019. Tal período, justifica-se pela portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 que, instituiu a implantação da estratégia de saúde.

O levantamento de dados foi realizado através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponível no Departamento de Informática do SUS (Datasus).

As internações foram categorizadas como internações por causas gerais e ICSAP, conforme a Lista de Condições Sensíveis à Atenção Básica: Doenças preveníveis / imunes e condições sensíveis; Gastroenterites Infecciosas e complicações, Anemia; Deficiências Nutricionais; Infecções de ouvido, nariz e garganta; Pneumonias bacterianas; Asma; Doenças Pulmonares; Hipertensão; Angina; Insuficiência cardíaca; Doenças Cerebrovasculares; Diabetes Mellitus; Epilepsias; Infecção do rim e trato urinário; Infecção da pele e tecido subcutâneo; Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos; Úlcera gastrointestinal; Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

As ICSAB foram exploradas por faixa etária (<1 ano; 1 a 4; 5 a 9; 10 a 14; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 a 79; e 80 e mais anos), sexo e gasto da internação. Também, foi calculada a proporção das ICSAP; calculados os valores totais das internações por ICSAP em reais (R\$); e a proporção de gastos anuais com as ICSAP.

Destaca-se que o estudo abrange dados globais, descartando menções individuais, desfrutando de dados secundários do domínio público. Ademais, as normas vigentes brasileiras foram acatadas, conexas com a ética na pesquisa com humanos, mesmo que não tenha se submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois trata-se de um estudo que utilizou banco de dados de domínio público do DATASUS, subsidiando dessa forma dados utilizados para aprimoramento da gestão do SUS.

4 | RESULTADOS

Por meio do SESSP/SIH-SUS, foi possível analisar as internações por condições sensíveis a atenção básica em residentes no município de Mariápolis/SP, no período de 2010 a 2019. Neste período, houve um total de 3.295 internações pagas pelo SUS, sendo que, 862 (26,16%) dessas, foram por condições sensíveis a atenção básica.

Através desses dados, observa-se o decaimento da taxa de internação geral e por condições sensíveis a atenção básica ao longo dos anos, podendo, este último, ser justificado pela implantação da estratégia de saúde da família no próprio município no ano de 2012.

No início da década, o número de internações gerais foram de 441, enquanto que, ao final, foram de 289, representando uma redução de 34,5%. Já o número de internações por condições sensíveis a atenção básica em 2010, foram de 159 e, em 2019 foram de 38; apresentando uma redução de 76% (tabela 1). A partir disso, é possível notar valores discretamente mais elevados das ICSAB no sexo masculino. Nos homens, o número total de internações no período de 2010 a 2019 corresponde a 446, enquanto que, nas mulheres são de 416 (Tabela 1).

Ano	Internações gerais	Internações por condições sensíveis a atenção básica	Internações por condições sensíveis a atenção básica no sexo masculino	Internações por condições sensíveis a atenção básica no sexo feminino
2010	441	159	68	91
2011	406	138	69	69
2012	334	107	54	53
2013	312	74	35	39
2014	349	106	59	47
2015	307	70	35	35
2016	304	67	40	27
2017	301	53	34	19
2018	252	50	28	22
2019	289	38	24	14
Total	3295	862	446	416

Tabela 1 – Relação do número das Internações Gerais e por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) segundo sexo de pacientes residentes no município de Mariápolis/SP, período de 2010 a 2019.

Constata-se que no período de estudo, a população acima de 50 anos de idade é responsável pela maior parte das internações, correspondente a 71,3%. Já a faixa etária dos 10 á 14 anos, obteve o menor número de internações, representando 1,1%.

Assim, houve um decréscimo relevante no número de internações por condições sensíveis a atenção básica nas faixas etárias a partir dos 15 anos até maiores de 80 anos de idade. Ademais, mostra-se a estabilidade na faixa etária de 1 a 4 anos (Tabela 2).

Idade em anos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<1	4	4	1	4	5	1	2	3	4	2	30
1-4	5	8	5	8	4	3	0	1	5	4	43
5-9	2	5	0	0	1	2	1	1	0	1	13
10-14	1	3	1	1	1	0	2	1	0	0	10
15-19	5	5	0	2	1	2	0	0	2	0	17
20-29	6	11	9	2	8	1	1	1	2	2	43
30-39	10	8	2	4	3	4	1	2	1	2	38
40-49	14	7	6	3	8	7	4	3	0	1	53
50-59	17	15	16	4	13	6	6	9	7	3	96
60-69	15	16	25	8	23	14	17	8	10	6	142
70-79	28	27	18	17	20	16	12	8	8	9	163
80 ou mais	52	29	24	21	19	14	20	16	11	8	214
Total	159	138	107	74	106	70	67	53	50	38	

Tabela 2 – Distribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção básica (ICSAB) segundo faixa etária de pacientes residentes no município de Mariápolis/SP, período de 2010 a 2019.

No município de Mariápolis/SP, o valor registrado referente as internações de pacientes residentes foi de R\$ 3.152.232,00; de modo que, o gasto referente às ICSAP foi de R\$ 502.626,20. Tal valor representa 16% da totalidade gasta com internações gerais de pacientes residentes no município de estudo (Tabela 3).

Em relação aos gastos gerados pelas AIHs podemos observar que, durante o período estudado, 27% do valor pago pelo SUS (2010) por tais internações, em relação as internações gerais, sendo que respectivamente no final do período do estudo (2019), temos 5% do valor correspondente a mesma variável avaliada.

Ano	Valores gastos com internações gerais (R\$)	Valores gastos com internações por condições sensíveis á atenção básica (R\$)	Percentuais de gastos com ICSAB em relação aos das internações gerais
2010	302.612,30	81.678,07	27%
2011	257.592,50	74.816,73	29%
2012	255.966,10	60.495,76	24%
2013	331.110,00	35.612,47	11%
2014	351.653,00	71.881,55	20%
2015	300.218,00	40.034,08	13%
2016	312.174,00	66.386,54	21%
2017	382.326,00	30.805,85	8%
2018	255.445,00	22.111,32	9%

2019	403.135,00	18.803,78	5%
Total	3.152.232,00	502.626,20	16%

Tabela 3 – Distribuição dos valores gastos em reais (R\$) por ano com internações AIH paga por Condições Sensíveis à Atenção Básica e com o total de internações de pacientes residentes no município de Mariápolis, São Paulo, 2010 a 2019

Considerando os dados levantados nas três tabelas anteriores, observamos um declínio exponencial do número das ICSAB, sendo que na tabela 1, no início do período estudado (2010) à taxa das ICSAB apresentavam 36% em relação ao total das internações gerais, já no período final do estudo (2019), temos cerca de 13,1% de ICSAB. Este dado comprava a redução notória de tais internações. Na tabela 2, é evidenciado que o declínio ocorre progressivamente nas faixas etárias que mais procuram atendimento junto atenção básica de saúde, considerando as moléstias de maior impacto neste contexto (Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus), que gerariam internações caso não fossem melhores abordadas na estratégia de saúde e família.

5 | DISCUSSÃO

Considerando os resultados obtidos por meio do DATASUS no município de Mariápolis, fica evidente que a redução das ICSAB estão notoriamente relacionadas à ampliação da atenção básica ao longo do período estudado, demonstrando que a implantação da ESF, atuação integral dos agentes comunitários de saúde, garantindo uma cobertura ampla do município como é preconizado pela OMS e MS, juntamente com os serviços de atenção farmacêutica, clínica de fisioterapia, clínica odontológica, atendimentos médicos de dermatologia, atendimento médico de psiquiatria, atendimento médico de ortopedia e ambulatório de nutrição, sendo estes últimos citados como reforços junto a ESF de forma que os princípios doutrinários do SUS (universalidade, equidade, integralidade) sejam contemplados e ofertados de forma eficaz a população do município.

O uso do indicador ICSAB no contexto da atenção básica à saúde tem como objetivo evidenciar a capacidade resolutiva das medidas adotadas e implementadas no que se diz respeito a resolubilidade pertinente e preconizada pela OMS. Consequentemente é uma ferramenta que traduz o uso de tecnologia hospitalar que poderia ser evitada, se à atenção básica abordasse cada vez mais e com maior eficiência as principais moléstias relacionadas na lista das ICSAB (FERREIRA; *et al.* 2014).

O impacto financeiro gerado pelos gastos seja na atenção primária/secundária/terciária à saúde, indica de forma enfática o uso adequado do financiamento do SUS nestas esferas, porém, cabe à atenção primária conforme preconizado pela OMS a resolução de cerca de 80% dos problemas de saúde da população. Portanto, quanto maior a resolução da atenção básica, menor será a utilização de tecnologia hospitalar de forma desnecessária. O

financiamento do SUS deve preconizar o fortalecimento contínuo da ESF com o objetivo de contemplar cada vez mais a promoção de saúde e prevenção de doenças.

Pelo histórico dos avanços da gestão local de saúde, junto aos esforços da equipe de saúde local e pelo presente estudo, constata-se que pela cronologia em que à redução das ICSAB ocorrem gradualmente conforme a ampliação e oferta dos serviços de saúde no município.

6 | CONCLUSÃO

Conclui-se através deste estudo que a ampliação e fortalecimento da atenção básica, o investimento financeiro otimizado, o gerenciamento eficiente da ESF, a ampliação e criação de oferta à saúde de caráter integral e local tem impacto direto na redução das ICSAB. Ainda pode-se afirmar que dentre as diversas ferramentas/indicadores que estão disponíveis no sistema de informação de saúde (DATASUS/TABNET) são de extrema importância para avaliação da atuação do serviço de saúde a luz da resolubilidade dos problemas de saúde da população do município, conforme é preconizado pelos princípios doutrinários e organizacionais do município.

7 | PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Oficinas/treinamentos para equipe de saúde direcionada aos indicadores de resolução de atenção básica disponíveis pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde com objetivo de que tais indicadores se tornem instrumentos no planejamento das ações a saúde implementadas no município.

Disponibilizar os dados deste estudo aos gestores locais da saúde para análise detalhada das internações por condições sensíveis à atenção básica, considerando a faixa etária, sexo e causas das internações, com objetivo de construção de ações junto ao planejamento para que sejam melhores abordadas, objetivando a redução das taxas ainda mais.

Apresentar os dados aos agentes comunitários de saúde, com objetivo de demonstrar os resultados deste estudo e os impactos positivos já alcançados ao longo do período estudado, associado ao trabalho em que os mesmos já estão desenvolvendo nas micro-áreas de atuação.

REFERÊNCIAS

BARROS, IC. **A Importância da estratégia de saúde da Família: contexto histórico.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. 34p. 2014.

BATISTA, YC; SILVA, MCF. **O sistema de informações hospitalares (SIH) e a gestão por resultados da atenção básica dos municípios.** Painel 11/001- Auditoria por Resultados e Contratos Organizativos na Gestão do SUS, 2016.

BRASIL, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, CENSO 2010.**

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 221**, de 17 de abril de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SESSP/SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS, 2020.**

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília, 2020.

FERREIRA, JBB; BORGES, MJG; SANTOS, LLS; FORSTER, AC. **Interações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010.** Epidemiologia em Serviços de Saúde, Brasília, v. 23, n. 1, p. 45-56, março 2014.

GOTTEMS, LBD; PIRES, MRGM. **Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico.** Saude soc., São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, Junho 2009.

ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DE APRENDIZAGEM EM UM MATERIAL EDUCATIVO SOBRE HANSENIASE

Data de aceite: 01/05/2021

Data da submissão: 26/03/2021

Alessandra Aparecida Vieira Machado

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,
Faculdade de Medicina,
Campo Grande - MS
<http://lattes.cnpq.br/0671841036495321>
<https://orcid.org/0000-0002-4257-8885>

Danielly Ferri Gentil

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,
Pró Reitoria de Ensino
Dourados – MS
<http://lattes.cnpq.br/8286864804554749>

Mayara Paula da Silva Marques Hortelan

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,
Mestrado Multi profissional,
Dourados-MS
<http://lattes.cnpq.br/3460004898166380>

Antonio Sales

UEMS e Anhanguera-Uniderp
Programas de Stricto Sensu
Campo Grande-MS
<http://lattes.cnpq.br/4297904237292516>

RESUMO: O presente estudo teve o objetivo de identificar em um material educativo do Ministério da Saúde referente à doença Hanseníase os conceitos de aprendizagem propostos por Antoni Zabala. Trata-se de uma pesquisa exploratória documental de abordagem qualitativa. Previamente para uma análise mais abrangente

do material foi realizado um breve levantamento sobre a temática aprendizagem, material educativo em saúde e educação popular. Por fim, o estudo apontou que a linguagem do folder analisado vem ao encontro dos conteúdos de aprendizagem propostos por Zabala, constituindo assim um instrumento facilitador das ações de saúde pública relacionadas à Hanseníase.

PALAVRAS - CHAVE Conteúdos de Aprendizagem. Educação. Hanseníase.

ANALYSIS OF LEARNING CONTENT IN AN EDUCATIONAL MATERIAL ON LEPROSY

ABSTRACT: The present study aimed to identify, in an educational material from the Ministry of Health regarding leprosy, the learning concepts proposed by Antoni Zabala. This is an exploratory documentary research with a qualitative approach. Previously for a more comprehensive analysis of the material, a brief survey was carried out on the theme of learning, educational material in health and popular education. Finally, the study pointed out that the language of the analyzed folder meets the learning content proposed by Zabala, thus constituting an instrument that facilitates public health actions related to Hansen's disease.
KEYWORDS: Learning content. Education. Leprosy.

1 | INTRODUÇÃO

O estudo em questão se refere à análise de um material educativo levando em consideração as premissas do livro a "Prática Educativa", do autor Zabala, mais

especificamente no quesito em que se trata dos conteúdos de aprendizagem.

Conforme Zabala apud Cool¹ as seguintes questões: “o que se deve saber?” (dimensão conceitual), “o que se deve saber fazer?” (dimensão procedimental) e “como se deve ser?” (dimensão atitudinal) devem estar presentes nos conteúdos de aprendizagem.

Diante do exposto, o intuito da presente pesquisa foi a de analisar se no material educativo do Ministério da Saúde referente à Hanseníase estavam presentes tais questões/dimensões, visto que estudos que fazem essa análise ainda são escassos, apesar de importantes.

2 | OBJETIVOS

Analisar a presença dos conteúdos de aprendizagem em um material educativo em saúde.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória documental que segundo NEVES, 1996 “é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar”. E terá uma abordagem qualitativa, que, Segundo Minayo (MINAYO, 2007), a pesquisa qualitativa é uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser traduzidos em números.

A pesquisa se fundamentou nas tipologias do conteúdo de aprendizagem de Zabala (ZABALA, 2008) onde realizou-se a análise de um material educativo em formato de folder digitalizado sobre a doença Hanseníase de autoria do Ministério da Saúde.

Para a referida análise foi considerado se os tipos de conteúdo abordados estavam de acordo com os propostos pelo autor Antoni Zabala e ainda de identificar se o material apresentava todos os tipos de conteúdo propostos pelo autor ou não, para isso, observou-se o texto e também as figuras.

É importante ressaltar que para uma educação popular mais eficaz é necessário que o processo educativo leve ao aprendizado de fatos, conceitos, procedimentos e induza a construção de atitudes, o que é facilitado quanto todos os tipos de conteúdo de aprendizagem estão presentes.

4 | REVISÃO DE LITERATURA

Para atender os objetivos do presente trabalho optou-se por fazer uma breve revisão de literatura sobre aprendizagem, material educativo e educação popular, visto que

o material analisado é um material educativo de grande valia para a educação popular e que visa à aprendizagem quanto à temática hanseníase.

4.1 Aprendizagem

Segundo Beauclair (BEAUCLAIR,2008) o conceito de aprendizagem é definido como um processo de mudança de comportamento obtido por meio da experiência construída por fatores emocionais, neurológicos, relacionais e ambientais resultantes da interação entre estruturas mentais e o meio ambiente em que se vive, onde deve levar em consideração os conceitos culturais que o grupo social conhece e considera correto, proporcionando ao aprendiz um novo olhar sobre a realidade.

Portanto, com esse novo olhar o aprendiz deve conseguir aprender a lidar com o desconhecido, com o conflito, com o inusitado, com o erro, com as dificuldades, transformar informação em conhecimento, ser seletivo e buscar na pesquisa as alternativas para resolver os problemas que surgem, são tarefas que farão parte do cotidiano das pessoas (FONSECA,2008).

O autor Zabala apresenta conceitos sobre a aprendizagem caracterizando-os como factual, conceitual, procedimental, atitudinal. Para uma melhor compreensão a respeito será realizada uma explanação quanto as principais características de cada um destes conceitos adiante.

Ainda ressalta que o propósito de compartimentar os tipos de conteúdo é de facilitar o entendimento a respeito da forma como ocorre o processo da aprendizagem. Contudo, adverte que a divisão entre um conteúdo e outro é muito sutil e confusa, visto que, um conteúdo sempre está associado e será aprendido junto com demais, atualizando, comparando, identificando diferenças e semelhanças, podendo potencializar uma aprendizagem significativa dos conhecimentos apresentados.

Os conteúdos factuais se referem ao conhecimento de fatos, acontecimentos, dados e fenômenos concretos e singulares. Já os conteúdos conceituais são mais abstratos, se referem ao conjunto de fatos, objetos ou símbolos que têm características comuns e que demandam “compreensão”. Não se pode dizer que se aprendeu um conceito se não entendeu o significado.

Em relação ao conteúdo procedimental, este aborda a aprendizagem de ações, tais como exemplo, o fato de desenhar, ler, calcular, entre outros. Sendo assim, uma das características deste conteúdo é o aprendizado através da ação deste e ainda pode ser dividido em três eixos, sendo eles: motor/cognitivo, poucas ações/muitas ações e *continuum* algorítmico/heurístico.

E ainda o último conteúdo, não menos importante, o atitudinal, versa quanto a valores, atitudes e normas, sendo os valores definidos como princípios ou atitudes éticas.

As atitudes são tendências para atuação de um determinado modo, forma como se realiza uma conduta baseada em valores, a exemplo de cooperação e participação em

coletividade. Já como norma entende-se que estas são regras de comportamentos a serem seguidos.

É importante verificar se os materiais educativos de fato constituem em instrumentos de promoção da saúde e para cumprir essa função educativa é relevante que todas as tipologias de conteúdos de aprendizagem: factual, conceitual, procedimental e atitudinal estejam presentes.

4.2 Material educativo

No Brasil, há predominância de material educativo na forma impressa, mas, praticamente inexitem estudos avaliando a qualidade desses materiais (MOREIRA; NOBREGA & SILVA, 2008). Daí a relevância deste estudo em realizar esse tipo de análise.

Para Reberte, Hoga e Gomes (REBERTE & GOMES, 2012) o uso de material educativo em diversos formatos, inclusive em folder é uma estratégia utilizada também pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de promover resultados significativos em educação em saúde para os usuários do sistema.

Ainda Costa et al (2018) mencionam que os materiais educativos em formato digital ou impresso melhoram o conhecimento da população sobre diversas doenças e consequentemente contribui para a prevenção e a adesão ao tratamento das mais variadas doenças. Já Nascimento et al (2015) referem que os folhetos educativos são capazes de nortear ações de cuidado.

Por outro lado, Moreira, Nobrega, Silva acrescentam que para alcançar resultados importantes com os materiais educativos, há necessidade que estes sejam bem elaborados e tragam uma gama de informações de fácil entendimento, com uma linguagem acessível ao público que será destinado. Além disso, um material passa de fato a ser instrumento de promoção da saúde quando desperta no leitor o desenvolvimento de atitudes e habilidades, autonomia e tomada de decisão (MOREIRA; NOBREGA & SILVA, 2003).

Para tanto, Massara et al (2026) e Martins et al (2019) destacam a importância dos materiais serem produzidos por profissionais qualificados e que a produção seja posteriormente validada para cumprir de fato o seu objetivo de educação em saúde.

Além disso, Damasceno et al (2016) ressaltam a necessidade de mais estudos que versam sobre a análise e avaliação quanto aos tipos de conteúdo de aprendizagem presente nos materiais educativos. Já Sales et al (2020) mencionam que materiais educativos em saúde que abordam os vários tipos de conteúdo de aprendizagem, colaboram para a sensibilização da sociedade proporcionando atitudes de mudanças e consequentemente auxiliando na prevenção em saúde.

4.3 Educação Popular

Segundo Vasconcelos, a educação Popular é o saber que conduz nos difíceis caminhos que podem ser cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração

do sentir, pensar e agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos (VASCONCELOS,2004).

Para Freire a educação popular é uma concepção de educação, realizada por meio de processos contínuos e permanentes de formação, que possui a intencionalidade de transformar a realidade a partir do protagonismo dos sujeitos (FREIRE, 2003).

A Educação Popular em Saúde representa o conjunto de conceitos polissêmicos, que ganham expressão concreta nas ações sociais orientadas pela construção de correspondência entre as necessidades sociais e a configuração de políticas públicas, proporcionando lutas coletivas em torno de projetos que levem à autonomia, solidariedade, justiça e equidade (PEDROSA, p.16).

A área da saúde apresenta grande experiência de Educação Popular que estão hoje voltadas para a superação das necessidades culturais, existente entre os serviços de saúde, as organizações não governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado, e de outro, a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular (REIS, 2009).

5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Análise do material educativo- Folder sobre hanseníase

Através da análise do material foi possível identificar a presença dos quatro tipos de conteúdo de aprendizagem já citados no decorrer deste estudo. Conforme relatado por Gonçalves e Marques os materiais de aprendizagem não precisam ser limitados a apenas um tipo de conteúdo, mas pode ser produto da interação entre eles (GONÇALVES & MARQUES, 2006).

O material analisado compõe-se dos seguintes assuntos: como se trata a hanseníase, o que é a hanseníase, como se transmite, e como identificar se a pessoa possui a doença, conforme a figura abaixo:



Figura 1- Material educativo sobre hanseníase

Fonte: <http://jornalparaipaba.blogspot.com.br/2015/03/ministerio-da-saude- hanseníase.html>.

Para um melhor entendimento sobre os conteúdos de aprendizagem identificados no material serão realizadas algumas considerações expostas seguir.

Foi possível identificar que nos textos referentes aos ensinamentos do que é a Hanseníase e como se transmite a Hanseníase, aparecem dois tipos de conteúdo de aprendizagem, sendo eles o conceitual e o factual.

Conforme já relatado no decorrer deste artigo o conteúdo conceitual está relacionado ao questionamento do que se deve saber, e neste tópico estão expostos os conceitos da doença e as formas de evitá-la, o que vem ao encontro com as características dos conteúdos conceituais. Também é notória a presença do conteúdo factual, visto que, é fato concreto que a doença poderá ser transmitida caso não seja tratada.

Já no texto referente ao conteúdo do tópico diagnóstico da doença, observa-se o conteúdo procedimental e também o factual. Fica visível o conteúdo procedimental, quando o leitor é instigado a olhar para o seu corpo e realizar a ação de observar e examinar a presença dos sinais da doença o que exige certa técnica, ou seja, um procedimento.

Ainda há figuras que mostram os sinais da doença, o que permite o procedimento de comparação pelo leitor das imagens do material em relação ao próprio corpo, respondendo então a questão do que se deve saber fazer. Já as marcas da doença explicitadas no

material como manchas, deformidades, dores, remetem ao conteúdo factual, visto que as marcas são fatos concretos deixados pela doença.

Já em relação ao texto do tópico tratamento da hanseníase, percebem-se os tipos de conteúdo de aprendizagem factual e atitudinal. O factual relaciona-se ao fato do tratamento ser realizado no posto de saúde com o tempo de duração de 6 a 12 meses.

O atitudinal está voltado para o esclarecimento do leitor quanto à forma de tratamento, com o intuito de despertar a atitude pela busca pelo tratamento, ou seja, ele passa a assumir um posicionamento diante do que aprendeu. Tal fato, respondem então ao questionamento do como se deve ser.

Ainda quanto ao conteúdo atitudinal ele também está relacionado com regras de comportamentos a serem seguidos em situações que envolvem um grupo social, indicando o que pode ou não ser feito neste contexto e também a preceitos éticos, sendo um deles a responsabilidade.

Percebe-se então que conforme abordado no material educativo, o tratamento exige uma conduta responsável, uma vez que os medicamentos precisam ser ingeridos diariamente em domicílio e uma vez por mês o paciente deve comparecer a unidade de saúde para acompanhamento. Ou seja, o paciente passa a ser o sujeito ativo do seu próprio cuidado.

Diante do exposto, é possível concluir que o material analisado conseguiu responder as três indagações comentadas no início do texto, retomando-as novamente, sendo “o que se deve saber?”, “o que se deve saber fazer?” e “como se deve ser?”.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve-se enfatizar a importância dos diferentes tipos de conteúdo de aprendizagem nos materiais educativos em saúde, já que a integração destes conteúdos reflete na otimização da aprendizagem e conseqüentemente contribui para a melhoria das ações de saúde.

Além disso, vale ressaltar que os materiais educativos são voltados para públicos diversos, seja esta a diversidade cultural, a social ou a intelectual. Diante do exposto a construção de materiais que abordem integralmente todos os conteúdos de aprendizagem é válida e importante para a construção de aprendizados e realidades mais saudáveis.

Ainda, salienta-se que não há um tipo de conteúdo que deve ser mais valorizado que outro, já que cada um apresenta a sua parcela de contribuição no aprendizado. Por fim, é possível refletir sobre a importância de estudos que analisam os conteúdos de aprendizagem, visto que apesar de relevantes ainda são escassos.

Avaliar os tipos de conteúdo de aprendizagem em materiais educativos permite conhecer se as informações ali apresentadas de fato podem contribuir para algum tipo de aprendizagem, assim como para mudança de atitudes e hábitos mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

BEAUCLAIR, J. **Ensinar é acreditar**. Coleção Ensinantes do Presente, volume I. Editora WAK, Rio de Janeiro, 2008.

COSTA, Cicero Ivan Alcantara et al. Construção e validação de materiais educativos para criança com doença crônica: uma revisão integrativa [Construction and validation of educational materials for children with chronic disease: an integrative review] [Construcción y validación de materiales educativos para niños con enfermedad crónica: una revisión integrativa]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 26, p. e34208, dez. 2018. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/34208>>. Acesso em: 26 mar. 2021. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.34208>.

FREIRE, P. **Educação e atualidade brasileira**. 3. ED. São Paulo: Cortez; instituto Paulo Freire, 2003.

FONSECA, V. **Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GONÇALVES, F. P; MARQUES, C. A. Contribuições pedagógicas e epistemológicas em textos de experimentação no ensino de química. **Investigações em Ensino de Ciências**, v.1, n.2, p. 219-238, maio 2006.

MARTINS, Rosa Maria Grangeiro et al. Desenvolvimento de uma cartilha para a promoção do autocuidado na hanseníase. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 13, jun. 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239873>>. Acesso em: 26 mar. 2021. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239873>.

MASSARA, Cristiano Lara et al. Caracterização de materiais educativos impressos sobre esquistossomose, utilizados para educação em saúde em áreas endêmicas no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 575-584, set. 2016. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300575&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300013>.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.

MOREIRA, Maria de Fátima; NOBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Maria Iracema Tabosa da. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, Apr. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000200015&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>.

NASCIMENTO, Évelyn Aparecida et al. Folhetos educativos em saúde: estudo de recepção. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 49, n. 3, p. 432-439, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000300432&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342015000300011>.

DAMASCENO, Nauristela F. Paniago et al. Conteúdos De Aprendizagem Presentes Em Um Material Educativo Impresso Sobre Combate À Dengue. **Interfaces da Educ.** Paranaíba, v.7, n.20, p.178-194, 2016.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2019.

PEDROSA, J. I. S. **Educação popular no ministério da saúde: identificando espaços de referência: caderno de educação popular e saúde**. Ministério da saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio a gestão participativa. Série b. textos básicos de saúde. Brasília – DF, 2007.

REBERTE, L. M; HOGA, L. A.K; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 20(1), p 1-8, jan.-fev. 2012.

REIS, M. L. **Grupos Educativos em Saúde nas Unidades de Saúde da Família do Município de Juiz de Fora – MG**. 2009.130 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de fora, 2009.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004.

ZABALA, A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DO GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE O DIABETES E PERFIL ALIMENTAR DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CUPIRA, PERNAMBUCO, BRASIL

Ana Maria Rampeloti Almeida

Universidade de Pernambuco

Recife, Pernambuco, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/2248917221022327>

Maria Viviane Alves Ferreira

Universidade de Pernambuco. Garanhuns

Pernambuco, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/9006153946737008>

Rosalva Raimundo da Silva

Instituto de Pesquisas Ageu Magalhães,

Fundação Oswaldo Cruz

Recife, Pernambuco, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/7397121233599771>

Laís Amorim Queiroga Carneiro da Cunha

Universidade Federal de Pernambuco. Vitória

de Santo Antônio

Pernambuco, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/0701603886694497>

Elisa de França Luna

Universidade Federal de Pernambuco. Vitória

de Santo Antônio

Pernambuco, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/6364192318798711>

Carla Maria Bezerra de Menezes

Universidade Federal de Pernambuco. Vitória

de Santo Antônio

Pernambuco, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/1620335335721586>

Andrei Felipe Loureiro do Monte Guedes

Maurício de Nassau University Center

Paraíba, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/1780222075170242>

RESUMO: Objetivo: Analisar o grau de conhecimento sobre o diabetes e a frequência alimentar. Metodologia: Estudo descritivo observacional, de caráter transversal, com pacientes portadores de diabetes mellitus do tipo 2 cadastrados na Unidade de Saúde da Família, no município de Cupira-PE. Foi utilizado o Diabetes *Knowledge Scale* (DKN-A), o Questionário Sociodemográfico e o Questionário de Frequência Alimentar. Resultados: Foi constatado um consumo insuficiente de verduras e legumes, onde as mais consumidas semanalmente (de 1 a 3 vezes por semana) foram o tomate (54%), alface (48%), cenoura (36%) e repolho (40%). O consumo diário de frutas também foi insuficiente, sendo utilizadas semanalmente por 56% dos diabéticos. Apenas 34% têm ingestão diária de laticínios. Verificou-se, ainda, que 98% dos entrevistados, faziam uso semanal de refrigerantes comuns. Em relação ao grau de conhecimento, foi visto que 82% dos diabéticos não possuem conhecimento referente à doença. Conclusão: Há evidências da necessidade de fortalecer as estratégias de educação permanente em saúde para os profissionais possam promover um melhor planejamento e execução de ações de educação popular em saúde. Para melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, é necessário sensibilizá-los à prática do autocuidado, na promoção de

sua saúde, visando a prevenção de complicações associadas ao diabetes mellitus do tipo 2. **PALAVRAS - CHAVE:** Diabetes Mellitus Tipo 2. Hábitos Alimentares. Consumo Alimentar. Autocuidado. Conhecimento.

ANALYSIS OF THE KNOWLEDGE LEVEL ABOUT DIABETES AND FOOD PROFILE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 OF A FAMILY HEALTH UNIT IN THE CITY OF CUIPIRA, PERNAMBUCO, BRAZIL

ABSTRACT: Objective: To analyze the degree of knowledge about diabetes and food frequency. Methodology: Descriptive observational study, cross-sectional, with patients with type 2 diabetes mellitus registered at the Family Health Unit, in the municipality of Cupira-PE. The Diabetes Knowledge Scale (DKN-A), the Sociodemographic Questionnaire and the Food Frequency Questionnaire were used. Results: There was an insufficient consumption of vegetables and legumes, where most consumed weekly (1 to 3 times a week) were tomatoes (54%), lettuce (48%), carrots (36%) and cabbage (40%) The daily consumption of fruits was also insufficient, being used weekly by 56% of diabetics. Only 34% intake intake intake of dairy products. It was also found that 98% of the interviewees used regular soft drinks on a weekly basis. Regarding the degree of knowledge, it was seen that 82% of diabetics have no knowledge regarding the disease. Conclusion: There is evidence of the need to strengthen as a permanent health strategy for professionals, which can promote better planning and execution of popular health education actions. To improve their quality of life, it is necessary to sensitize them to the practice of self-care, in promoting their health, associated with the prevention of those associated with type 2 diabetes mellitus.

KEYWORDS: Type 2 Diabetes Mellitus. Eating habits. Food Consumption. Self-care. Knowledge.

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 425 milhões de pessoas mundialmente. No ano de 2017, o Brasil ocupou o quarto lugar no mundo em número de casos, com 12,5 milhões de pacientes com a doença (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017; OLIVEIRA et al., 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Consiste em um distúrbio metabólico caracterizado pela hiperglicemia crônica, decorrente da produção diminuída ou ausente de insulina pelo pâncreas e/ou pela resistência periférica à ação desse hormônio (ASSUNÇÃO et al., 2017). A longo prazo, níveis constantemente elevados de glicose sanguínea são tóxicos ao organismo, estimulando o desenvolvimento de lesões micro e macrovasculares, podendo resultar em complicações irreversíveis, além da redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade (ROOS, BAPTISTA, DE MIRANDA, 2015; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a aproximadamente 90 a 95% de todos

os casos da doença. Possui etiologia complexa e multifatorial, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais (ASSUNÇÃO et al., 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Dentre os principais fatores de risco para DM2, destacam-se os maus hábitos alimentares, geralmente alimentos ricos em carboidratos (massas, doces, refrigerantes, etc); sedentarismo; tabagismo; obesidade; história familiar da doença, avançar da idade e presença de componentes da síndrome metabólica, tais como hipertensão arterial e dislipidemia, além de outros fatores (DIAS et al., 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Conhecer os fatores de risco do DM, os sinais de hiperglicemia ou hipoglicemia, os sinais de lesão em órgãos alvo e o tratamento nutricional adequado é estritamente necessário para o tratamento precoce e prevenção das complicações advindas com o DM (OLIVEIRA et al., 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Para que o controle da glicemia tenha eficácia, o paciente precisa concordar com a terapêutica e com as práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida. Logo, o conhecimento do paciente sobre o tipo de diabetes que possui, o uso correto da medicação, a prática adequada de atividade física, o seguimento da dieta, além de cuidados com os pés, é fundamental para o autocontrole da doença (GANDRA et al., 2011; DIAS et al., 2018).

Dessa forma, é fundamental manter o peso adequado e ter uma alimentação balanceada, dando preferência a carboidratos complexos, alimentos pouco processados, naturais, alimentos ricos em fibras, evitando a ingestão de alimentos gordurosos, sal, bebidas alcoólicas e açúcares simples (SANTOS et al., 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

A adesão ao tratamento é o maior desafio para pacientes com DM2. Estima-se que apenas uma porcentagem dos diabéticos adere ao tratamento de forma adequada, entendendo a adesão como o envolvimento ativo, voluntário e colaborativo do paciente em termos de emitir comportamentos que produzam resultados terapêuticos no sentido de controlar a doença (SANTOS et al., 2016).

Para assumir a responsabilidade do papel terapêutico, o paciente com DM precisa adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades que o capacitem para o autocuidado. A educação em saúde é uma das estratégias da atenção primária que pode contribuir para isso e proporcionar o controle glicêmico, além de reduzir a alta prevalência de complicações decorrentes da doença não controlada (ASSUNÇÃO et al., 2017).

Neste contexto, os usuários com DM necessitam de acompanhamento sistemático por equipe multiprofissional de saúde que ofereçam as ferramentas necessárias para o manejo da doença com vistas ao autocuidado. Essas ferramentas estão relacionadas às informações que possibilitem ao usuário lidar com situações no dia a dia, advindas

da doença tais como a tomada de decisões frente aos episódios de hipoglicemia e hiperglicemia, o valor calórico dos alimentos, a utilização correta dos medicamentos prescritos, a monitorização da glicemia capilar no domicílio, e as comorbidades, como a hipertensão arterial (OLIVEIRA, ZANETTI, 2011).

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi identificar o grau de conhecimento sobre o DM e o perfil alimentar de diabéticos acompanhados por uma USF de um município de PE, com vistas a oferecer subsídios para o planejamento de ações para o autocuidado e de promoção de saúde.

MÉTODOLOGIA

Estudo descritivo, observacional e de caráter transversal, realizado na região Agreste do estado de Pernambuco, especificamente em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Novo Horizonte, no município de Cupira. A USF foi escolhida por conveniência, a fim de alcançar os indivíduos com DM2 cadastrados e acompanhados no serviço de atenção primária.

A população alvo para a realização da pesquisa foi composta por pacientes adultos e idosos diagnosticados com DM2 e acompanhados pelos profissionais da USF escolhida.

Foram incluídos na pesquisa apenas os indivíduos portadores de DM2, de ambos sexos, maiores de 18 anos, que se encontravam aptos a responder aos questionários de forma consciente, e que consentiram, voluntariamente, a participação no estudo, assinando as 2 vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foi entregue 1 via ao participante e a outra ficou com a pesquisadora responsável. Foram excluídos da amostra pacientes menores de idade, inconscientes, com transtornos mentais, portadores de doenças consoantes como HIV ou câncer e gestantes. A amostra foi realizada por conveniência, onde foram alcançados a participação de 50 pacientes diabéticos.

A coleta de dados foi realizada de julho de 2017 a outubro de 2017. De início, foi feita uma análise de prontuários na USF alvo, onde foram apanhados os endereços e contatos telefônicos dos diabéticos cadastrados. Em seguida os mesmos foram contatados para ver a possibilidade do agendamento de uma visita domiciliar, em um dia e horário elegidos pelo diabético, para poder ser realizada a pesquisa. Após o consentimento e o agendamento para a realização da pesquisa, o entrevistador foi ao encontro do paciente, realizando a aplicação dos questionários ao entrevistado, sempre em um local reservado do domicílio, para evitar possíveis constrangimentos.

Um roteiro sistematizado foi construído considerando as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar; e clínicas: diagnóstico e tratamento.

Para a coleta de dados acerca do conhecimento sobre o diabetes foi utilizado o questionário Diabetes Knowledge Questionnaire - DKN-A (Questionário de Conhecimento

sobre Diabetes) (BEENEY, DUNN, WELCH, 2001). Esse questionário foi traduzido para a língua portuguesa e validado no Brasil⁹. O DKN-A é um questionário que possui 15 itens de múltipla escolha acerca de diversos aspectos referente ao conhecimento geral do diabetes. Apresenta amplamente 5 categorias: fisiologia básica; incluindo a ação da insulina; hipoglicemia; grupos de alimentos e suas substituições; gerenciamento do diabetes em intercorrência a alguma outra enfermidade, e princípios gerais dos cuidados da doença. Após a pesquisa escala foi avaliada de 0-15, onde cada item é aferido com escore de 1 (um) para resposta correta e 0 (zero) para incorreta. As perguntas de 1 (um) a 12 (doze) possuem apenas uma resposta correta. De 13 (treze) a 15 (quinze) possuem mais de uma resposta correta, tendo que ser todas as corretas marcadas, para atingir o escore de 1 (um). Para denominar conhecimento sob a doença, tem-se que obter um escore maior ou igual a 8.

A utilização do questionário DKN-A é justificada por se tratar de um instrumento que possibilita a avaliação do grau de conhecimento sobre o DM, além de auxiliar em orientações ou confirmação da efetividade das ações de profissionais da saúde, direcionadas aos portadores de DM (TORRES, HORTALE, SCHALL, 2005).

Já para a verificação dos hábitos alimentares dos indivíduos entrevistados foi utilizado o Questionário de Frequência Alimentar – QFA (FISBERG, COLUCCI, MORIMOTO, MARCHIONI, 2008). O mesmo é dividido em 11 grupos alimentares, sendo eles: sopas e massas; carnes e peixes; leite e derivados; leguminosas e ovos; arroz e tubérculos; verduras e legumes; molhos e temperos; frutas; bebidas; pães e biscoitos; doces e sobremesas. O questionário avalia a frequência alimentar do indivíduo através da porção e quantidade de vezes consumida de cada alimento.

Os dados foram tabulados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2010 e posteriormente transferidos para o programa estatístico SPSS versão, para verificação da frequência dos resultados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAEE 69194917.1.0000.5666).

RESULTADOS

No presente estudo foram avaliados 14 homens e 36 mulheres, totalizando 50 entrevistados. A mediana da faixa etária foi de 63 anos, 46% deles declararam-se brancos e 32% pretos.

Na avaliação do perfil sociodemográfico constatou-se que 46% dos participantes eram casados e 36% viúvos. Em média, os avaliados tiveram de 5 a 6 filhos. Todos residiam na zona urbana, onde 86% deles possuem casa própria e a maioria (94%) mora com o cônjuge e/ou filhos.

Ao questionar sobre a escolaridade, 54% não concluíram o Ensino Fundamental

e 36% eram analfabetos. Dos diabéticos entrevistados, 70% eram aposentados, 24% agricultores, 4% encontram-se desempregados e 2% realizam trabalhos domésticos. Em relação à situação financeira, a maioria (88%) possui renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos.

Quanto ao tempo de diagnóstico do DM, 48% dos envolvidos convivem com a doença há mais de 10 anos, e 32% receberam o diagnóstico há 1 ou 2 anos. A medicação, predominante, utilizada para o controle da enfermidade em questão na pesquisa, é a combinação do glibenclamida com a metformina (58%), 16% dos diabéticos utilizam apenas o glibenclamida e 12% fazem uso da insulina.

Avaliando a frequência alimentar de arroz, leguminosas, tubérculos, sopas e cereais em geral, constatou-se que os alimentos mais consumidos diariamente foram o arroz (94%), o feijão (88%), o pão (50%), bolachas sem recheios (40%) e a farinha de mandioca/cuscuz (38%) (Tabela 1), sendo inhame/batata doce/mandioca (68%), macarrão com molho (46%) e a sopa (34%) os mais consumidos semanalmente (de 1 a 3 vezes por semana).

Alimentos mais consumidos diariamente	%	Alimentos mais consumidos semanalmente	%
Arroz	94	Ovo	82
Feijão	88	Carne bovina	74
Café/chá com açúcar/adoçante	84	Inhame, batata doce, mandioca	68
Pão (francês, integral etc)	50	Peixes	64
Banana	48	Queijo branco	64
Adição de sal às saladas	46	Mamão	56
Bolachas sem recheios	40	Tomate	54
Farinha de mandioca e cuscuz	38	Charque	52
Leite	34	Suco natural	52
		Laranja	52
		Frango	48
		Alface	48
		Macarrão com molho	46
		Melão	44
		Repolho	40
		Bolo simples	38
		cenoura	36
		sopa	34
		maçã	34
		refrigerante comum	34
		manteiga/margarina comum	20

TABELA 1. Alimentos citados como mais consumidos diariamente (pelo menos 1 vez ao dia) e semanalmente (de 1 a 3 vezes por semana) pelos portadores de diabetes, Cupira, Pernambuco, Brasil, 2017.

Fonte: Elaboração própria.

Do grupo das carnes, peixes e ovos, o mais consumido foi o ovo (82%), seguido da carne bovina (74%), do peixe (64%), da charque (52%) e do frango (48%) (tabela 1). Os menos consumidos foram a carne de porco e embutidos (sendo consumidos 1 vez ao mês 14% e 6%, respectivamente). Investigando de forma mais detalhada o consumo semanal, verificou-se que 32% dos entrevistados consomem ovos 1 vez na semana e 50% consomem de 2 a 4 vezes por semana. Em relação à carne bovina, 56% utilizam-na de 2 a 4 vezes por semana e 22%, 1 vez por semana. Quanto à charque e ao frango, 34% e 12% consomem 1 vez por semana, 20% e 44%, de 2 a 4 vezes por semana, respectivamente.

Quanto ao leite, 34% utilizam-no diariamente (tabela 1), sendo, 16% na forma desnatada e 18% na forma integral. Os derivados como iogurte e queijo branco sendo citados como consumidos semanalmente por 6% e 64%, respectivamente.

Do grupo das verduras e legumes, as mais consumidas semanalmente (de 1 a 3 vezes por semana) foram o tomate (54%), alface (48%), cenoura (36%) e repolho (40%) (tabela 1). 46% dos indivíduos adicionam sal às saladas e 28% fazem uso de azeite e/ou vinagre para temperá-las.

Em relação às frutas, verificou-se o baixo consumo diário, justificado pelas condições financeiras da maioria dos participantes. A fruta mais consumida diariamente foi a banana (48%). Semanalmente, a de maior consumo foi o mamão (56%). 52% dos diabéticos entrevistados fazem uso de sucos naturais.

O consumo diário de café/chá com açúcar ou adoçante foi frequente, sendo utilizado por 84% dos participantes. O açúcar é utilizado diariamente por 14% das pessoas, sendo o principal responsável por este consumo o café/chá, pois algumas delas têm dificuldades em adaptar-se com o adoçante. Dentre os alimentos que contém a adição do açúcar em sua preparação, o bolo simples e o refrigerante foram os mais utilizados, sendo consumidos semanalmente, por 98% e 34%, respectivamente, pelos pacientes. Quanto aos demais alimentos açucarados (chocolates, doces, tortas doces, pudins, mel, etc.) o consumo é normalmente esporádico ou inexistente.

Em relação ao grau de conhecimento quanto à doença, 82% dos envolvidos na pesquisa foram classificados com conhecimento insuficiente, através do questionário DKN-A, com mediana de acerto de 5 pontos. Dos 15 itens do questionário, os que possuíram o maior quantitativo de acertos foram os referentes à quantidade de açúcar no sangue no descontrole da doença, maior chance de surgimento de complicações com o mau controle do diabetes, valor normal da glicemia capilar e a manteiga como composição principal da gordura (tabela 2).

QUESTÕES (n=15)	ACERTOS (%)	ERROS (%)
1. No diabetes sem controle, o açúcar no sangue é alto	100	0
2. O controle mal feito do diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde	100	0
3. A faixa de variação normal da glicose no sangue é de 70-110 mg/dL	88	12
4. A manteiga é composta principalmente de gordura	52	48
5. O arroz é composto principalmente de carboidratos	12	88
6. A presença de cetonas na urina é um mau sinal	28	72
7. Alterações nos pulmões geralmente não estão associadas ao diabetes	26	74
8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas ela deve manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, fazer um exame de sangue e de urina	0	100
9. Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada ela deve usar hipoglicemiante oral para diabetes em vez da insulina	4	96
10. Se a hipoglicemia está começando deve-se comer ou beber algo doce imediatamente	4	96
11. A pessoa com diabetes pode comer o quanto quiser de alface e agrião	32	68
12. A hipoglicemia é causada pelo excesso de insulina	4	96
13. 1 kg corresponde a uma unidade de peso e igual a 1000 gramas	34	66
14. 1 pão francês é igual a 4 biscoitos de água e sal; 1 ovo é igual a 1 porção de carne moída	0	100
15. Substituição do pão francês por 4 biscoitos de água e sal ou 2 pães de queijo médios	0	100

TABELA 2 – Proporção de acertos e erros das questões relacionadas ao conhecimento sobre o diabetes, respondidos pelos portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. Cupira, Pernambuco, Brasil, 2017.

Fonte: Elaboração própria.

Em contrapartida, os que faziam referência às substituições de alimentos e à presença de cetonúria como o mau controle do diabetes foram as que obtiveram a maior proporção de erros. Destaca-se também a quantidade de diabéticos que desconheciam as causas e os cuidados com a hipoglicemia (tabela 2), visto que essas medidas são primordiais no autocuidado da doença.

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que a maioria dos entrevistados corresponde ao sexo feminino, fato que pode ser reflexo da tendência da mulher em ter maior percepção das doenças e autocuidado, buscando mais frequentemente a assistência médica de modo a aumentar a probabilidade de diagnóstico de doença (NETA, VASCONCELOS, 2020), pois o homem, frequentemente, acredita de forma equivocada que o diagnóstico de determinada

doença indica sinônimo de fraqueza, imperando desta forma, o medo e a baixa adesão ao tratamento, devendo a equipe multiprofissional trabalhar para que os homens compareçam mais ao estabelecimento de saúde e desmistifiquem tais ideias errôneas (ASSUNÇÃO et al., 2017).

A média de idade acima de 60 anos confirma o caráter progressivo da doença (OLIVEIRA et al, 2019). O achado condiz com o fato de que grande parte dos casos da doença se manifesta a partir da quarta década de vida, sendo também importante ressaltar a associação com a tendência progressiva do envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crônicas (ROOS, BAPTISTA, DE MIRANDA, 2015; SANTOS et al., 2016; NETA, VASCONCELOS, 2020).

Além disso, a baixa escolaridade dos diabéticos encontrada na amostra em estudo pode representar uma dificuldade ao acesso às informações quanto a compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento (SANTOS et al., 2016). Embora não seja um fator determinante no aparecimento do DM, a escolaridade acaba por interferir no grau de controle clínico da doença (RODRIGUES, SANTOS, TEIXEIRA, 2012; OLIVEIRA et al, 2019).

O tempo de diagnóstico da doença referido pelos pacientes variou de 1 até mais de 10 anos. Vale ressaltar que o momento do diagnóstico pode não corresponder com o real início do desenvolvimento da doença até a data do questionamento (SANTOS, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Na maioria das vezes, a doença é assintomática ou oligossintomática por longo período e quando é diagnosticada, o paciente já apresenta algum tipo de complicação (OLIVEIRA, ZANETTI, 2011; ROOS, BAPTISTA, DE MIRANDA, 2015).

Quanto ao aspecto dietético, o QFA mostrou a predominante ingestão diária do arroz e feijão dentre a maioria dos pacientes, sendo o arroz o mais consumido, assemelhando-se com um estudo sobre o consumo alimentar de diabéticos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em Porto-PI (CARVALHO, CHAGAS, 2016).

A combinação desses dois alimentos é, nutricionalmente, muito importante e deve ser mantida e incentivada, uma vez que possibilita uma dieta balanceada, saudável e de baixo custo. A recomendação diária é de 1 porção, segundo o Guia Alimentar para População Brasileira, é de 1 porção por dia (BRASIL, 2014).

O consumo diário de pães e biscoitos fez-se presente na pesquisa, assim como no estudo de Santos et al. O refinamento dos grãos prejudica a qualidade nutricional dos alimentos, que passam a ter menor teor de vitaminas e minerais, além de reduzir drasticamente o teor de fibra alimentar, que influencia o índice glicêmico dos alimentos e atua no controle do peso (SILVEIRA et al., 2016).

Foi constatado o consumo variado de fontes proteicas na pesquisa, com destaque do ovo, carne bovina, peixes e frango, sendo o ovo o mais consumido. Dentro deste grupo, recomenda-se evitar o consumo excessivo de carne vermelha, dando prioridade aos cortes

magros, sempre que puder, retirar a gordura visível, evitando os embutidos e carnes processadas e buscar incluir o peixe na dieta (BRASIL, 2014).

A maioria dos participantes relatou não consumir produtos embutidos, assim como outro estudo (CARVALHO, CHAGAS, 2016), porém a ingestão da carne charque fez-se presente, onde 34% deles costumavam consumi-la, pelo menos, 1 vez por semana. Por ser um alimento de alto teor de sódio, não se recomenda o seu consumo, nem das demais carnes industrializadas, para manter uma alimentação saudável e prevenir o surgimento ou agravamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2014).

Esses alimentos industrializados, densos em açúcares simples, aditivos alimentares, podem ainda conter gordura saturada e excesso de sódio, além de serem reduzidos em carboidratos complexos, padrão este que possui forte relação com desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e obesidade, devendo ser desencorajado, principalmente na presença de uma doença crônica já instruída (ZANCHIM, KIRSTEN, MARCHI, 2018).

O consumo de leite e seus derivados são essenciais para o desenvolvimento humano, por se tratar da principal fonte de cálcio, nutriente fundamental na manutenção e formação óssea, além de conter proteínas e minerais (SANTOS et al., 2017). Foi observado que o consumo diário de leite e iogurte se encontravam baixos, visto que a recomendação desse grupo de alimentos, segundo o Guia Alimentar para População Brasileira, é de 3 porções diárias (BRASIL, 2014).

Os dados obtidos referente ao consumo de hortaliças, frutas e sucos é possível observar um baixo consumo destes alimentos. A ingestão de legumes e verduras foi baixa, menos da metade dos participantes os consomem semanalmente. Quanto ao consumo de frutas, a banana foi a fruta mais consumida diariamente (48%) e o mamão foi a fruta mais consumida semanalmente. Tais resultados, se assemelham aos encontrados por Zanchim, et al.

O guia alimentar para a população brasileira preconiza o consumo diário de três porções de frutas e três porções de verduras e legumes, ressaltando a importância de uma ingestão variada desses alimentos (BRASIL, 2014).

Sobre o consumo de bebidas açucaradas, o consumo semanal de refrigerante na sua versão comum (98%) foi alarmante, visto que é uma bebida rica em açúcar e sódio. Uma revisão sistemática e metanálise com base nos dados de estudos prospectivos de coorte demonstrou que o elevado consumo de bebidas adoçadas com açúcar ou adoçadas artificialmente aumentou significativamente o risco do desenvolvimento de HAS (KIM, JE, 2016). Limitar o consumo de doces e frituras é a principal recomendação que os profissionais de saúde fazem aos pacientes diabéticos por terem relação direta com a glicemia e o perfil lipídico (ZANCHIM, KIRSTEN, MARCHI, 2018).

A dificuldade no seguimento da dieta entre os diabéticos ocorre porque a mesma está associada a restrições, que envolve a perda do prazer de comer e beber, além da

restrição da autonomia e da liberdade para se alimentar da maneira e no horário desejado (GANDRA et al., 2011).

Com base no questionário DKN-A aplicado, a maioria dos usuários com DM2 apresentou nível insuficiente de conhecimento sobre a doença. Esses resultados podem indicar comprometimento no autocuidado e dificuldades para o enfrentamento da doença, assemelhando-se com um estudo realizado em seis unidades básicas de um município brasileiro, onde mais de 50% dos diabéticos demonstraram ter conhecimento e compreensão insuficientes em relação à doença (OLIVEIRA et al., 2016).

Os resultados insatisfatórios em relação ao conhecimento do DM2, também foi ratificado por outro estudo, onde pacientes com diabetes em atendimento na Atenção Primária, possuíam baixos escores de conhecimento sobre a doença e possível influência positiva no resultado terapêutico frente à melhora desses índices (ASSUNÇÃO et al., 2017).

O bom entendimento quanto ao DM torna-se imprescindível para uma melhor realização do autocuidado. O esperado é que, quanto maior o tempo do diagnóstico, melhor o conhecimento sobre a própria doença, bem como sobre o seu tratamento, o que acarretaria em um controle efetivo enfermidade. Em contrapartida, um outro estudo revelou superficialidade do conhecimento dos diabéticos acerca do tratamento e das mudanças de estilo de vida propostas (DIAS et al., 2016).

O conhecimento dos pacientes a respeito de suas próprias patologias garante à equipe multiprofissional a excelente oportunidade para melhorar a qualidade de vida destes pacientes, seja por meio do estímulo ao autocuidado, seja por meio do estímulo à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, ou ainda, por meio de ações que aproximem o paciente dos serviços de saúde (DIAS et al., 2018).

A partir da análise descritiva dos questionários, concluiu-se que a alimentação dos indivíduos envolvidos na pesquisa em relação ao consumo de frutas, verduras e legumes, encontra-se insuficiente, o que se torna em um fator negativo, visto que as fibras presentes nestes alimentos poderiam auxiliar no controle glicêmico, além das fontes nutritivas que cada um oferece. Verificou-se também, que a ingestão de leites e derivados também foi muito baixa, o que é um outro fator negativo, pois a maioria dos entrevistados eram idosos, que é uma população mais necessitada do consumo de cálcio. Vale ressaltar o alto consumo de refrigerantes comuns por essa população. De modo geral, os dados mostraram uma inadequação na qualidade da dieta desses diabéticos.

Todos estes dados podem ter relação com o baixo grau de conhecimento dos diabéticos quanto à doença, visto que 82% dos participantes foram classificados com conhecimentos insuficientes. Sendo assim, o conhecimento do paciente sobre o DM, o uso correto da medicação, a prática adequada de atividade física, o seguimento da dieta, além de cuidados com os pés, são fundamentais para o autocontrole da doença, evidenciando a necessidade de planejamento e execução de ações educativas para esta população, visando melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, de modo a realizarem

um autocuidado efetivo, prevenindo futuras complicações e/ou surgimento de doenças secundárias ao diabetes.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA. Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. *Diabetes Care*. v. 43, Suppl 1.

ASSUNÇÃO, S.C. et al. Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452017000400238&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Mar. 2021.

BEENEY, L.J.; DUNN, S.M.; WELCH, G. Measurement of diabetes knowledge: the development of the DKN scales. In: Bradley C, editor. *Handbook of psychology and diabetes*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2001. p. 159-89.

BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 12 Mar. 2021.

CARVALHO, R.R.S.; CHAGAS, L.R. Consumo Alimentar em diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família em município do Piauí. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 2, p. 97-106, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771889>. Acesso em: 15 Mar. 2021.

DIAS, J.A.A. et al. DIABETES MELITUS CLIENTS' CONCEPTIONS ABOUT THE TREATMENT. **Journal of Nursing UFPE**, v. 10, n. 7, 2016.

DIAS, S.M. et al. Níveis de conhecimento de pacientes diabéticos sobre a Diabetes Mellitus tipo II. **Revista Interdisciplinar**, v. 11, n. 3, p. 14-21, 2018. Disponível em: <<https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/443>>. Acesso em: 11 Mar. 2021.

FISBERG, R.M.; COLUCCI, A.C.A.; MORIMOTO, J.M.; MARCHIONI, D.M.L. Questionário de frequência alimentar para adultos com base em estudo populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 550-554, 2008.

GANDRA, F.P.P. et al. Efeito de um programa de educação no nível de conhecimento e nas atitudes sobre o diabetes mellitus. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.24, n.4, p. 322-331, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2089>>. Acesso em: 11 Mar. 2021.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – IDF. *Diabetes Atlas [Internet]*. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2017.

KIM, Y., JE, Y. Prospective association of sugar-sweetened and artificially sweetened beverage intake with risk of hypertension. **Archives of cardiovascular diseases**, v. 109, n. 4, p. 242-253, 2016.

NETA, M.A.L.; VASCONCELOS, M.I.O. Diagnóstico situacional de idosos com diabetes mellitus em um município do interior do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 23, n. 1, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232020000100205&lng=en&nm=iso>. Acesso em: 11 Mar. 2021.

OLIVEIRA, K.C.S.; ZANETTI, M.L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 862-868, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Mar. 2021

OLIVEIRA, L.L. et al. Atitudes e comportamentos dos diabéticos acerca das estratégias de prevenção e controle clínico do diabetes. **Revista De Medicina**, v. 98, n. 1, p. 16-22, 2019. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/148752/152682>>. Acesso em: 8 Mar. 2021.

RODRIGUES, F.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, C.R.; GONELA, J.T.; ZANETTI, M.L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 284-90, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2>>. Acesso em: 16 Mar. 2021.

ROOS, A.C.; BAPTISTA D.R.; DE MIRANDA, R.C. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 329-46. 2015. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/13990>>. Acesso em: 10 Mar. 2021.

SANTOS, B.M.O. et al. Conhecimento e atitudes em diabetes mellitus tipo 2: subsídios para autocuidado e promoção de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 31-36, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/443>>. Acesso em: 9 Mar. 2021.

SANTOS, L.M. et al. Avaliação do hábito alimentar e estado nutricional de idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos na atenção básica de saúde do município de Porteiras-CE. **Revista E-Ciência**, v. 5, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/view/271>>. Acesso em: 10 Mar. 2021.

SILVEIRA, E.A. et al. Obesidade em Idosos e sua Associação com Consumo Alimentar, Diabetes Mellitus e Infarto Agudo do Miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 6, p. 509-517, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004500509&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. São Paulo: Clannad, 2019.

TORRES, H.C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V.T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 906-11, 2005. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 09 Mar. 2021.

ZANCHIM, M.C.; KIRSTEN, V.R.; MARCHI, A.C.B. Marcadores do consumo alimentar de pacientes diabéticos avaliados por meio de um aplicativo móvel. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 4199-4208, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n12/4199-4208>>. Acesso em: 14 Mar. 2021.

CAPÍTULO 5

APESAR DE VOCÊ AMANHA HÁ DE SER OUTRO DIA: A INTERFERÊNCIA DO TRABALHO NA VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Data da submissão: 03/02/2021

Tiago Pereira de Souza

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

Paulo Antônio Barros Oliveira

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

RESUMO: Este estudo objetivou estabelecer o impacto do processo de trabalho e caracterizar as interferências cotidianas, na qualidade de vida de um grupo de 62 agentes comunitários de saúde. Trata-se de um estudo do tipo censitário, descritivo exploratório e de abordagem qualitativa. O tratamento dos dados de natureza qualitativa foi feito por meio da construção do Discurso do Sujeito Coletivo. Neste estudo as entrevistas realizadas forneceram 5 Ideias Centrais e 5 discursos, que são a base do material de análise, sendo eles: Ideia Central - A Não interfere; Ideia Central - B Não interfere, mas já interferiu; Ideia Central - C Excesso de preocupação na resolução dos problemas dos usuários; Ideia Central - D Aprendizado com os usuários e suas vidas; Ideia Central - E Processo de Trabalho. A pesquisa demonstrou e caracterizou

a interferência do processo de trabalho na vida do Agente Comunitário de Saúde, estabelecendo as principais causas de sofrimento físico e mental para este grupo de trabalhadores.

PALAVRAS - CHAVE: Estratégia Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Qualidade de Vida.

TOMORROW WILL BE ANOTHER DAY ALTHOUGH YOU: THE INTERFERENCE OF WORK IN THE LIFE OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

ABSTRACT: Objectives: To establish the impact of the work process and to characterize everyday interference in the lives of a group of 62 community health workers. Methods: This is a census study, exploratory descriptive and qualitative approach. The treatment of qualitative data was made through the construction of the Collective Subject Discourse (CSD). Results: In this study the interviews provided 5 Central Ideas (CI) and 5 speeches, which are the basis of the analysis material, as follows: CI-A Does not interfere; CI-B Does not interfere, but has already interfered; CI-C Excessive concern in solving user problems; CI-D Learning with users and their lives; CI-E Working Process. Conclusions: The research demonstrated and characterized the interference of the work process in the life of the community health workers, establishing the main causes of physical and mental suffering for this group of workers.

KEYWORDS: Family Health Strategy, Community Health Workers, Quality of Life.

1 | INTRODUÇÃO

A natureza de qualquer indivíduo trabalhador, concebida por concepções e ideias, ao se encontrar com um processo de trabalho que desconsidera tal emocionalidade, desempenha uma expressão particular propícia a acarretar sofrimento, fazendo com que os coletivos criem maneiras conjuntas para subjugar esse abatimento (BOUYER, 2010; SOUZA; OLIVEIRA, 2019b; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

É crucial a consciência de que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) detêm linhas de trabalho pré-estabelecidas legalmente e estão predispostos ao processo saúde-doença proveniente do trabalho. Desse modo, a psicodinâmica do trabalho ajuda na compreensão desse processo, bem como concede possibilidades de intervenção. Tratam-se de ações transformadoras e que apontam a tomada da extensão humanitária do trabalho, por meio de um prisma diferenciado, no qual busca assimilar o desenlace dos rumos de qualquer individualidade no trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Essa ideologia humanística e interdisciplinar, traz consigo esforços reais pragmáticos no que se expõe à premissa de conversões no labor, a fim de originar condições propícias ao bem-estar dos trabalhadores, deixando o indivíduo no cerne de suas preocupações, procurando o melhoria da eficiência organizacional e representando uma das concepções de qualidade de vida no trabalho (QVT)(AMATUZZI, 1989; KUROGI, 2015; PEREIRA et al., 2018).

A prática de intermediário marca a fundamental natureza dos ACSs, dado que são recursos humanos com experiências cotidianas e aptos a permitir polifonias essenciais na atenção dos usuários. São articuladores em competência das ações em saúde e estendem para as equipes um “olhar” diferenciado do significado cartesiano e mecanicista, comumente marcado à manifesta disposição do ensino em saúde, pois, por morarem na comunidade e por experimentarem dia após dia os progressos sociais, possuem uma experiência amplificada quanto ao sistema em que se organizam as relações sociais, culturais, econômicas e ambientais do campo de trabalho da atenção primária (NUNES et al., 2002).

A ideia de que a satisfação no trabalho compõe grande parcela da satisfação global, ou seja, na vida do trabalhador (HERNANDEZ; MELO, 2003), justifica a crescente aplicação de ações voltadas à QVT, visando o resgate de certos valores ambientais e humanos negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico. O sofrimento por conta do trabalho emerge no momento em que os trabalhadores se deparam com configurações fragmentadas, desconexas, burocráticas, normatizadas, rotineiras, carregadas de exigências, que se chocam com a sua realidade extra laboral (GALAVOTE et al., 2013; SOUZA; OLIVEIRA, 2020; VENSON et al., 2013).

Esta pesquisa surge a partir de uma demanda inicialmente oriunda das práticas no

SUS, em decorrência da experiência do pesquisador em processo de formação (residência multiprofissional) e em atuação profissional (educação permanente em saúde), que durou aproximadamente sete anos. Durante esse tempo, houve a possibilidade de convívio com os trabalhadores da atenção básica, sobretudo com ACSs, o que levou o pesquisador a observar de forma empírica a grande quantidade de trabalhadores em sofrimento físico e psíquico. Dessa forma, o artigo objetivou estabelecer o impacto do processo de trabalho e caracterizar as interferências cotidianas, na vida de um grupo de 62 agentes comunitários de saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo censitário, descritivo exploratório e de abordagem qualitativa. Participaram deste estudo todos os trabalhadores ACSs (62 sujeitos) que exerciam suas atividades nas Unidades de Estratégia Saúde da Família. Os critérios de exclusão foram: servidores em férias, afastados do trabalho no período da coleta dos dados ou que se negaram a participar da pesquisa.

A pesquisa foi coletada num município brasileiro localizado no estado do Rio Grande do Sul, pertencente à Região Metropolitana de Porto Alegre e ao chamado Vale do Rio dos Sinos. Possui 60 km² de área, 63.767 habitantes e 98,13% de cobertura da ESF.

Inicialmente o projeto foi apresentado para banca no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL), quando o Parecer Consubstanciado foi emitido. Em seguida, o Termo de Autorização de Pesquisa foi assinado, junto à Secretaria Municipal de Saúde, e tivemos acesso à relação de trabalhadores da rede básica com base na função exercida, ou seja, trabalhadores no cargo de agente comunitário de saúde e as unidades nas quais trabalhavam.

Posteriormente, o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade vinculada e recebeu a aprovação sob o número 1.541.369. O autor agendou encontros dentro do Programa de Educação Permanente (PEP) da prefeitura para explicar aos trabalhadores os objetivos do estudo e como ele foi conduzido, ocasião na qual os que concordaram em participar e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os instrumentos da pesquisa.

Em data posterior, o autor realizou entrevistas individuais com o objetivo de levantar dados quali-qualitativos relacionados ao processo de trabalho, utilizando um questionário semiestruturado, seguindo um roteiro de questões norteadoras, respeitando a disponibilidade e a singularidade dos participantes, em relação à existência de interferência do trabalho nas suas vidas.

O tratamento dos dados de natureza qualitativa foi feito por meio da construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos desenvolvida no fim da década de 90 e que tem como fundamento a

teoria da Representação Social(LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003). O DSC é um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados(LEFÈVRE et al., 2002).

A construção de um DSC foi realizada em três fases distintas de sistematização das ideias. Inicialmente buscamos estabelecer as Expressões-chave (ECs) por meio das transcrições literais de parte dos depoimentos (contínuos ou não), visando o resgate de sua essência. Posteriormente configuramos a Ideia Central (IC), realizando a síntese do conteúdo do discurso explicitado pelos participantes.

Por último, construímos o DSC somando os discursos na tentativa de aglutinar as ideias, considerando os posicionamentos individuais e as diferentes possibilidades de categorização necessárias para representar o pensamento desse grupo de indivíduos em relação ao seu processo de trabalho e à interferência do trabalho na sua qualidade de vida (LEFÈVRE et al., 2002).

Os depoimentos coletivos foram escritos na primeira pessoa do singular para produzir o efeito de uma opinião coletiva, caracterizando as representações sociais (LEFÈVRE et al., 2002).

3 | RESULTADOS E ANÁLISE

Participaram desta pesquisa 62 Agentes Comunitários de Saúde, com idade entre 23 e 61 anos, sendo 58 (93,5%) mulheres e 4 (6,5%) homens. Quanto à escolaridade, 1 deles (1,6%) tem o ensino fundamental incompleto, 3 deles (4,8%) têm o ensino fundamental completo, 14 deles (22,6%) indicam ensino médio incompleto, 34 (54,8%) citam ensino médio completo, 9 (14,5%) têm ensino superior incompleto e 1 deles (1,6%) indica ensino superior completo. A maioria dos trabalhadores, mais especificamente 50 deles (80,6%), era casado ou morava junto com um parceiro, sendo que 51 (82,3%) residiam em domicílios próprios, 5 (8,1%) em domicílios alugados e 6 (9,7%) em domicílios cedidos. A renda familiar média era de R\$ 2.949,34. Os dados demonstram similaridade com outros estudos que objetivaram traçar perfis desta população, com exceção da caracterização da renda familiar, que se mostrou relativamente mais alta.

O tempo médio do exercício do trabalho remunerado durante a vida foi de 15,5 anos e o tempo médio do exercício da função de ACS foi de 5 anos. O grupo totaliza 11.581 famílias cadastradas, com distribuição individual entre 130 e 280, correspondendo a uma média de 186 famílias por ACS.

Neste estudo as entrevistas realizadas forneceram 5 ideias centrais e 5 discursos, que são a base do material de análise.

Passamos a discutir os Discursos dos Sujeitos Coletivos, objeto deste trabalho, a partir da questão disparadora *“Em que aspectos o trabalho interfere na sua vida?”*. Do total de entrevistados obtivemos 60 respostas, uma vez que 2 deles não quiseram responder a

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

	Ideias Centrais	n	%
A	Não interfere	19	31,6
B	Não interfere, mas já interferiu	2	3,33
C	Excesso de preocupação na resolução dos problemas dos usuários	19	31,6
D	Aprendizado com os usuários e suas vidas	14	23,3
E	Processo de Trabalho	9	15,0

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

Tabela 1. Síntese das ideias centrais e respectiva frequência de manifestações para a questão: “Em que aspectos o trabalho interfere na sua vida?”

Fonte: DSC, maio 2016.

A ideia central A (Não Interfere) representa 31,66% dos entrevistados, sendo expressa pelo discurso do sujeito coletivo:

Ele não interfere na minha vida porque eu não deixo. Se eu preciso fazer algo do trabalho, vou até feriado ou sábado, mas é porque eu quero, posso ficar fazendo meus trabalhos no horário e depois recupero. Procuro separar, deixar resolvido o máximo possível no local de trabalho, para poder ficar bem despreocupada fora do mesmo. Quando chego em casa procuro não lembrar dos problemas das pessoas. O meu trabalho me completa, me realiza é um complemento, eu gosto de fazer o que eu faço, amo tudo o que eu faço nos grupos. Levo a vida normal. Vou para casa, se alguém bate na porta, pedindo alguma informação, nº de fichas, médico, pediatra, ou mesmo quando ando nas ruas, no ônibus, dou informações, converso, sem nenhum problema. As vezes atendo telefone de usuários que me liguem, eu já me acostumei com eles. Só me faz bem trabalhar, é normal.

Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com autor.

O discurso expresso na ideia central acima, aponta para uma indefinição de jornada de trabalho, mesmo a manifestação, não caracterizando impacto diretamente negativo na vida dos trabalhadores, o mesmo grupo apontou em outro estudo que o fato de morar e trabalhar na mesma comunidade produz sofrimento, devido ao grande envolvimento com os usuários (SOUZA; OLIVEIRA, 2020). A realização pessoal está presente de forma clara, no sentido de justificar processos de resignificação da relação dúbia de morador-ACS, visto que, a partir da fala, foi possível perceber que por alavancarem satisfações, estão dispostos a atender a população mesmo fora de seu horário de trabalho, numa tentativa de produzir resolubilidade na e diminuição de sofrimento, como também foi possível comprovar

com outros estudos com o mesmo grupo de ACSs (SOUZA; OLIVEIRA, 2019a, 2020). Para além disto, podemos observar discrepâncias eticopolíticas sobre as possibilidades de promoção da saúde a partir da lógica de auto organização comunitária e sistemas de Estado (JARDIM; LANCMAN, 2009; NOGUEIRA, 2002).

Os sujeitos que expressaram a ideia central B (Agora não interfere mais), trazem 3,3% do total das respostas, caracterizando o discurso do sujeito coletivo a seguir exposto:

Agora não interfere em nada, no início eu levava os problemas dos outros pra dentro de minha casa, quase surtei. Comecei com análises e psiquiatria, hoje não faço mais uso de medicações e entendi que a vida dos outros, eu posso tentar ajudar até onde meu horário de trabalho permite, depois disso, é minha família que importa. E o usuário? Amanhã eu retomo com ele e, se posso ajudar, ótimo, se não cabe mim, passo para outro profissional que possa ajudá-lo. No começo o que interferia era que eu não conseguia me desligar dos problemas dos usuários, até que um dia resolvi mudar. Hoje quando chego em casa, largo a mochila. Termina a ACS e começa a mãe, esposa, vovó, filha e irmã.

Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com autor.

É interessante perceber o processo de “maturação” da experiência de trabalho expressa neste discurso. Claramente é possível identificar o efeito adoecedor na saúde mental dos trabalhadores, quando não conseguiam desvincular o indivíduo ACS do morador do bairro. Se destaca a importância do cuidado em saúde mental referido, para que haja o estabelecimento de autoconhecimento, visando o total entendimento de vida, psiquismo, sociedade e trabalho, a fim de possibilitar uma melhor relação com os diferentes espaços de constituição de identidade (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; BARROSO; GUERRA, 2013; FERNANDES et al., 2018; FLUMIAN; FIORONI, 2017; JARDIM; LANCMAN, 2009; KRUG et al., 2017).

O “Excesso de preocupação na resolução dos problemas dos usuários” (Ideia Central C), representada por 31,66% do total de entrevistados e 48,71% dos ACS's que referem que existe interferência do trabalho em sua vida, foi destacado pelo discurso a baixo.

Me angustio de mais com os problemas da população, em alguns casos preocupada com famílias que não posso resolver o caso delas ou quando não consigo um retorno para os pacientes sobre assuntos que a unidade não resolve acabo ficando entristecida. Algumas vezes tenho dificuldade de chegar em casa e esquecer alguns casos especificas, muitas vezes casos de pacientes terminais, isso me deixa muito abalada ainda, apesar de anos de trabalho. Responsabilidade com a vida, com as vidas, interfere totalmente pois não consigo me desligar dos problemas das pessoas quando volto pra casa, fico pensando demais nos problemas dos meus usuários. Muitas vezes ficamos preocupadas, às vezes até chocadas com histórias familiares(dramas) do dia a dia que algumas famílias enfrentam. Desta forma, levamos para o nosso dia a dia familiar (para o nosso lar) estas preocupações,

já que muitas vezes não temos respostas e soluções imediatas para ajudar aquela família desestruturada e que necessita de nossa ajuda. No início não dormia devido preocupação problemas das pessoas, tentando uma solução para poder ajudá-las e passar logo a equipe. Em algumas situações que não consigo atender as pessoas como eu gostaria, no meio em que elas vivem. No emocional, pois tem situações em que fico triste com a realidade em que vejo e sei que não depende de mim. Quando não conseguimos resolver algum problema. Porque não depende só de nós, mas também de toda equipe.

Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com autor.

Este discurso está centrado na palavra “preocupação”. O que se observa é a incapacidade de desvincular relações cotidianas frente a problemáticas sociais, familiares, culturais, econômicas e de saúde. Esta característica corrobora com outros estudos que demonstram o quanto se preocupar demasiadamente pode ser considerado um comportamento estressor (ABREU et al., 2002; BARROSO; GUERRA, 2013; FLUMIAN; FIORONI, 2017; LOPES et al., 2012; MARTINS et al., 2000; MOTA; DOSEA; NUNES, 2014; ROBAZZI et al., 2012; SANZOVO; COELHO, 2007). De certo modo, a constituição do processo de trabalho de forma diversa às diretrizes preestabelecidas coloca o agente comunitário numa frente de ações múltiplas. Dentre estas distorções, temos a ideia de que o mesmo possui a função de suporte em saúde mental, emocional e psicológico quando, na verdade, é este trabalhador que necessitaria de auxílio para dar conta das diferentes realidades acompanhadas, bem como, da forma de lidar com estas vivências de maneira saudável (SANTOS; NUNES, 2014; SOUZA; OLIVEIRA, 2019a).

Nem todas as ideias centrais demonstraram impactos negativos em relação ao trabalho e qualidade de vida. A IC “Aprendizado com os usuários e suas vidas” (IC-D), com 23,33% do total de entrevistados e 35,84% dos que relataram alguma interferência, traz consigo a possibilidade de crescimento e aprendizado mútuo a partir das trocas significativas de experiência com os usuários. O discurso abaixo evidencia esta relação.

Ver os problemas dos outros, como fazem é bom para avaliar na casa da gente, como os outros tem mais problemas que eu, consigo ter mais facilidade no agir, no desenvolvimento das minhas atividades diárias. São lições de vida passadas pelos usuários, me ponho no lugar deles e os problemas da UBS. Olhando para o lado bom, o meu trabalho também interfere de maneira positiva, pois me faz ter mais compaixão pelo próximo e ser mais feliz pelo que sou e tenho (não estou falando em questão material), mas muito mais emocional, sentimental, psicológico, existem pessoas em situações muito, mas muito mais difíceis do que as que tenho que enfrentar. Me faz ser uma pessoa melhor, dar mais valor ao pouco que às vezes para outros é muito. Nos aspectos físicos e mentais, pois são muitas realidades encontradas que podemos ajudar e cada vez eu aprendo mais e muito mais. Trabalhar em saúde faz parte da minha vida, meu pai trabalhou aproximadamente 30 anos como motorista de ambulância, por isso que escolhi esta área. Me sinto integrada ao convívio social do bairro, as vezes fico triste com que vejo e escuto, mas já aprendi muito desde que sou ACS, e posso aplicar na minha vida, família, na

saúde de todos, então o trabalho só interfere para coisas boas. Criamos um vínculo de amizade com os pacientes que acabo me preocupando o tempo todo. Com o conhecimento das dificuldades dos outros, o trabalho me ajuda a superar e enfrentar os meus desafios. Aprendo com os usuários muitas coisas que ponho em prática na minha casa e descubro outras coisas que tenho para que nunca aconteça conosco.

Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com autor.

O trabalho do ACS, sobretudo, compartilha de experiências de cidadania, já que, manifesta-se não apenas pela transmissão de conteúdos predefinidos mas sim, produz um aprendizado cognitivo, afetivo e social (CECCIM; FERLA, 2008). Esta sensação de “recompensa”, oriunda deste processo de aprendizado, também contribui para promover uma atenção mais humanizada, manifestada pela satisfação do usuário pelo próprio movimento de escuta qualificada no momento da interação (BOSI; UCHIMURA, 2007; DELFINO et al., 2012; MACHADO et al., 2007).

Outro aspecto importante que podemos observar, está relacionado às construções coletivas de conhecimento, ou seja, “aprender a aprender”. O contexto histórico destes atores (ACS-Usuário) possui uma intersecção importante, configurando um “aprender a conhecer”, quando desperta prazer no ato de compreender o outro e a relação deste com o mundo, na busca de um viver com dignidade (CASSOL et al., 2012; SIMÕES; STIPP, 2006).

Por último, a IC-D (Processo de Trabalho), totalizou 15% do total de entrevistados e 23,07% dos que referem interferência do processo de trabalho em suas vidas. A relação pode ser acompanhada pelo discurso a baixo.

Quando existe assédio moral por parte de enfermeiras e coordenação. Os horários que fico até tarde na rua, então chego cansada com pouca disposição para minha família, então isso as vezes me gera estresse. Levo muito os sentimentos e problemas das pessoas para casa, pois me ponho no lugar delas e absorvo os problemas da UBS pois, quem trabalha lá, não tem uma visão de ESF e não tem vontade de ir na UBS. Nos últimos três anos está um pouco cansativo fisicamente, pois moro longe da minha área, pelo por andar no sol e a voz por usá-la bastante, mas amo minha equipe e comunidade, então nunca pedi para trocar de área. Quando deparo com situações que não consigo resolver ou, também, quando acontece do usuário não receber a visita de forma cordial e não consigo cumprir as metas. A burocracia, o descaso dos administradores com os problemas levados que, muitas vezes, o que falta é vontade de se comprometerem, (descaso, mesmo). Quando preciso ir depois do horário fazer VD, as vezes chego muito tarde e a família reclama, mas não me importo. Às vezes, é muito cansativo fisicamente, como no verão, e mentalmente, como quando visitamos pessoas com muitos problemas e quando reclamam e xingam.

Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com autor.

Neste discurso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer espaços de diálogo

entre gestão e trabalhadores, uma vez que, importantes demandas foram elencadas como fatores de influência na qualidade de vida. A expressão “assédio moral”, por definição, representa atos que atinjam a dignidade do trabalhador ou seus Direitos, deste modo, programas de prevenção de assédio moral e sexual, vem sendo desenvolvidos em diferentes instituições (MESQUITA et al., 2017).

Alguns autores destacam programas de intervenção afim de coibir a existência de assédio nas instituições, propondo diferentes fases de execução: Avaliação de riscos e auditoria das práticas existentes; Desenvolvimento de planos de ação, com listas das medidas preventivas necessárias em ordem de prioridade, destacando quem é responsável e o prazo; Implementação do plano para redução dos riscos ou intervenções; Avaliação regular do plano de ação; Aprendizagem organizacional, visando à atualização e às adaptações do plano de ação (BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN, 2009; GLINA; SOBOLL, 2012).

O discurso também refere que não há o entendimento correto do real propósito da ESF. Fica evidente que uma visão distorcida, por parte da equipe, produz um trabalho distanciado dos indivíduos e da integralidade do cuidado, proporcionando um sentimento de frustração do trabalhador (FLUMIAN; FIORONI, 2017; LOPES et al., 2018; SORATTO et al., 2015) e, por consequência, a desvinculação entre usuários, serviços e setores (MELO; GOULART; TAVARES, 2011). Se pensarmos que o vínculo orienta o cuidado em saúde, o conhecimento das famílias, identificação dos modos de vida, as dificuldades de saúde, a articulação e compartilhamento na perspectiva da integralidade, é possível concluir que a característica descrita no discurso pode ser considerada como fator estressante do ACS (AZEVEDO, 2010).

O meio ambiente também foi descrito como aspecto de interferência. Esses fatores, relacionados ao trabalho, são descritos em outras pesquisas como desgastantes e demandam do poder público, materiais simples, tais como capa de chuva, protetor solar, programas de cuidado da saúde vocal, uniformes condizentes com os fatores climáticos do estado, matérias de escritório, entre outros (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010). O grupo, em outros estudos, também apontou a necessidade de receberem materiais (de qualidade) para poderem trabalhar (SOUZA; OLIVEIRA, 2020), sendo estatisticamente comprovado que os escores médios de qualidade de vida, no domínio físico, foram significativamente maiores nos profissionais que têm à disposição o material necessário para o seu trabalho (SOUZA; OLIVEIRA, 2019b). Essa relação entre qualidade de vida e ambiente, foi exposta em vários estudos que também chegaram as mesmas conclusões (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016a, 2016b; FERNANDES et al., 2018; FLUMIAN; FIORONI, 2017; LOPES et al., 2018; MACIAZEKI-GOMES et al., 2016; MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

Mesmo os ACS's sendo integrantes das comunidades, vivendo em situações semelhantes às dos usuários do serviço e uma relação de identificação com as condições de vida e saúde da população, eles sofrem com o desrespeito e a falta de cordialidade

ao recebe-los nas residências (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016a; FERNANDES et al., 2018; NISHIHARA et al., 2018; SOUZA; OLIVEIRA, 2020). Essa característica descrita, corrobora com outros estudos que visam estabelecer a relação trabalho e stress (PEREIRA et al., 2018; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

O discurso também produz reflexões sobre a lógica do trabalho organizado de forma taylorista, expresso por metas e ritmos de trabalho excessivos dentro de prazos curtos, sem planejamento cronológico, sujeito a interrupções e intervenções externas constantes (FLUMIAN; FIORONI, 2017; SANTOS; HOPPE; KRUG, 2018; SANTOS; DAVID, 2011). Além disso, aponta para ações desconexas nos métodos administrativos, frente às situações levantadas por eles, bem como descaso à proteção ocupacional e à falta de apoio governamental (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016b; LOPES et al., 2018; SANTOS; HOPPE; KRUG, 2018; SOUZA et al., 2016; ZANCHETTA et al., 2005).

CONCLUSÕES

As IC-A/B corresponderam, em seu somatório, a maior parte das respostas que evidenciaram a “não interferência” do trabalho em suas vidas, embora ao analisarmos a produção subjetiva do discurso, existem contradições em vários pontos, o que pode representar uma dificuldade em se autoconhecer ou, até mesmo, de reconhecer o ambiente no qual estão expostos.

Os trabalhadores que referiram a interferência do trabalho com o discurso interligado a IC-C, elencaram a “preocupação excessiva” como fator estressante. Isso pode provocar frustração, preocupações cotidianas, além do manifestação de uma construção coletiva de heroísmo (SOUZA; OLIVEIRA, 2019a), uma vez que, nesse caso, não fica preciso para o profissional a pleno proporção de seu produção.

A IC-D demonstrou o reconhecimento de aspectos positivos na relação trabalho-vida. O discurso proporciona uma visão de aprendizado mútuo entre trabalhadores e usuários. Desta forma é possível inferir que, a base do processo de cuidado necessita de constantes reflexões baseadas nos pressupostos da educação em saúde e ao trabalho centrado no cuidado singular. O não entendimento destas relações de constituição, incorporadas à estratégia de saúde da família, dificultam a prática profissional humanizada.

Mesmo com um número de sujeitos menor, comparado a outras ideias centrais, o processo de trabalho expresso pela IC-E, nos trouxe objetos de reflexão importantes para pensar e fazer a prática em ESF de forma saudável. Esse conteúdo, nos faz refletir e reconsiderar sobre a ação dos agentes comunitários e mediante a “obrigatoriedade”, instaurada pelo modelo biomédico, da concordância por parte dos usuários de todo e qualquer tipo de interferência, de processos mecânicos e análises da produtividade quantitativa, bem como, o não entendimento da real função da ESF.

Desse modo, a pesquisa demonstrou e caracterizou a interferência do processo de

trabalho na vida do ACS, estabelecendo as principais causas de sofrimento físico e mental para este grupo de trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. L. DE et al. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 22, n. 2, p. 22–29, jun. 2002.

ALMEIDA, M. C. D. S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. 0Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 95–103, mar. 2016a.

ALMEIDA, M. C. DOS S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. 0 Acidentes de trabalho com agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 24, n. 5, p. e17104–e17104, out. 2016b.

AMATUZZI, M. M. O significado da psicologia humanista, posicionamentos filosóficos implícitos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 41, n. 4, p. 88–95, 5 maio 1989.

AZEVEDO, E. B. DE. Rede de Cuidado da Saúde Mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande-PB. p. 145–145, 2010.

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

BARROSO, S. M.; GUERRA, A. DA R. P. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 338–345, set. 2013.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 150–153, fev. 2007.

BOUYER, G. C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 249–259, dez. 2010.

BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. SATISFAÇÕES E INSATISFAÇÕES NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, 30 mar. 2010.

BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN (ED.). **PRIMA-EF: Leitlinien zum europäischen Handlungsrahmen für psychosoziales Risikomanagement ; ein Handbuch für Arbeitgeber und Arbeitnehmervertreter**. 1. Aufl ed. Dortmund-Dorstfeld: BAuA, 2009.

CASSOL, P. B. et al. TRATAMENTO EM UM GRUPO OPERATIVO EM SAÚDE: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 132–138, 8 maio 2012.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443–456, 2008.

DELFINO, M. R. R. et al. Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 315–333, out. 2012.

FERNANDES, G. A. B. et al. Demandas psicológicas, controle e apoio social no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Cogitare enferm**, v. 23, n. 4, p. e55918–e55918, 2018.

FLUMIAN, R. B.; FIORONI, L. N. O Aproximações às vicissitudes e superações do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Tempus (Brasília)**, v. 11, n. 2, p. 179–198, jun. 2017.

GALAVOTE, H. S. et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 46, p. 575–586, set. 2013.

GLINA, D. M. R.; SOBOLL, L. A. Intervenções em assédio moral no trabalho: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 269–283, dez. 2012.

HERNANDEZ, J. A. E.; MELO, F. M. O clima organizacional e a satisfação dos funcionários de um Centro Médico Integrado. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 3, n. 1, p. 11–26, 1 jan. 2003.

JARDIM, T. DE A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 123–135, mar. 2009.

KRUG, S. B. F. et al. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. **Trab. educ. saúde**, v. 15, n. 3, p. 771–788, dez. 2017.

KUROGI, M. S. Qualidade de vida no trabalho e suas diversas abordagens. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 12, n. 16, p. 63–76, 17 jul. 2015.

LEFÈVRE, A. M. C. et al. Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 2, p. 35–47, dez. 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos**, 2003.

LOPES, D. M. Q. et al. O Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 633–640, jun. 2012.

LOPES, D. M. Q. et al. O Cargas de trabalho do agente comunitário de saúde: pesquisa e assistência na perspectiva convergente-assistencial. **Texto & contexto enferm**, v. 27, n. 4, p. e3850017–e3850017, 2018.

MACHADO, M. DE F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 335–342, abr. 2007.

MACIAZEKI-GOMES, R. DE C. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 5, p. 1637–46, maio 2016.

- MARTINS, L. M. M. et al. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 52–58, mar. 2000.
- MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1375–1386, maio 2013.
- MELO, F. A. B.; GOULART, B. F.; TAVARES, D. M. D. S. Gerência em saúde: a percepção de coordenadores da estratégia saúde da família, em Uberaba-MG. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 498–505, 8 jan. 2011.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, p. 341–349, out. 1991.
- MESQUITA, A. A. et al. Assédio Moral: Impacto Sobre a Saúde Mental e o Envolvimento com Trabalho em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 1, 27 abr. 2017.
- MOTA, C. M.; DOSEA, G. S.; NUNES, P. S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4719–4726, dez. 2014.
- NISIHARA, R. et al. Avaliação do perfil sociodemográfico, laboral e a qualidade de vida dos agentes de saúde responsáveis pelo combate à dengue em duas cidades do estado do Paraná. **Rev. bras. med. trab**, v. 16, n. 4, p. 393–399, dez. 2018.
- NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 91–93, fev. 2002.
- NUNES, M. DE O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1639–1646, dez. 2002.
- PEREIRA, A. M. et al. A QUALIDADE DE VIDA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, p. 784–796, 2018.
- ROBAZZI, M. L. DO C. C. et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde [Health changes from overwork among health sector workers] [cambios en la salud por exceso de trabajo entre trabajadores del área salud]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 4, p. 526–532, 2012.
- 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 (Rio J.)**, v. 28, n. 4, p. e280403–e280403, 2018.
- SANTOS, G. A.; NUNES, M. DE O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 105–125, mar. 2014.

SANTOS, L. F. B.; DAVID, H. M. S. L. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, p. 52–57, 2011.

SANZOVO, C. É.; COELHO, M. E. C. Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 24, n. 2, p. 227–238, jun. 2007.

SIMÕES, F. V.; STIPP, M. A. C. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 1, p. 139–144, abr. 2006.

SORATTO, J. et al. Family health strategy: a technological innovation in health. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 584–592, jun. 2015.

SOUZA, T. P. DE; OLIVEIRA, P. A. B. Quem somos nós? A identidade não tão secreta dos agentes comunitários de saúde. **Espaço para Saúde**, v. 20, n. 1, 15 jul. 2019a.

SOUZA, T. P. DE; OLIVEIRA, P. A. B. Falem bem ou falem mal, mas falem de mim: relação entre trabalho e qualidade de vida do agente Comunitário de Saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 2, p. [55-66], dez. 2019b.

SOUZA, T. P. DE; OLIVEIRA, P. A. B. 0EU MUDO, NÓS MUDAMOS? PERSPECTIVAS SOBRE O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. **Espaço para Saúde**, v. 21, n. 1, 1 jul. 2020.

SOUZA, M. C. M. R. et al. Câncer de pele: hábitos de exposição solar e alterações cutâneas entre agentes de saúde em um município de Minas Gerais. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, v. 6, n. 1, p. 1945–1956, jan. 2016.

VASCONCELLOS, N. DE P. C.; COSTA-VAL, R. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE LAGOA SANTA - MG. **Revista de APS**, v. 11, n. 1, 28 jun. 2008.

VENSON, A. B. S. et al. O recurso mais importante para as organizações são mesmo as pessoas? Uma análise da produção científica sobre qualidade de vida no trabalho (QVT). **Revista de Administração da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 139–156, 12 abr. 2013.

ZANCHETTA, M. S. et al. Education and professional strengthening of the community health agent - an ethnography study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 4, n. 3, 1 dez. 2005.

CAPÍTULO 6

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rodrigo Andrade Leal

Faculdade AGES de Medicina
Jacobina-BA

<http://lattes.cnpq.br/0726952092458096>

Ana Carla Almeida de Melo

Universidade Potiguar
Natal-RN

<http://lattes.cnpq.br/1941152810652063>

Tarcísio Gonçalves de Souza Santos

Faculdade AGES de Medicina
Jacobina-BA

<http://lattes.cnpq.br/9182195100305554>

Victor Guilherme Pereira da Silva Marques

Centro Universitário do Piauí (UNIFAPI)
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/0721993919161374>

Célio Pereira de Sousa Júnior

Universidade do Pará
Altamira-PA

<http://lattes.cnpq.br/6693575500207403>

Graciele da Silva Carvalho

Centro Universitário do Piauí (UNIFAPI)
Teresina-PI

<https://orcid.org/0000-0001-7536-8561>

Elielson Rodrigues da Silva

Centro Universitário do Rio São Francisco
Delmiro Gouveia-AL

<http://lattes.cnpq.br/7033381620589876>

Marks Passos Santos

Faculdade AGES de Medicina
Jacobina-BA

<http://lattes.cnpq.br/7911021652975924>

Mariel Wágner Holanda Lima

Secretária de Educação do Estado do Rio
Grande do Norte

Caicó-RN

<http://lattes.cnpq.br/5141104432836563>

Bruno Santos Souza

Faculdade AGES de Medicina
Jacobina-BA

<http://lattes.cnpq.br/3797714737481727>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) é considerada um importante problema de saúde mundial e requer uma atenção fundamental no que diz respeito ao desenvolvimento de estratégias para o seu controle. **OBJETIVO:** Realizar um levantamento bibliográfico acerca da assistência ao paciente com tuberculose na atenção primária. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão da literatura na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os artigos foram coletados no período de fevereiro e março de 2021. Foram utilizados os descritores: Assistência ao paciente, atenção primária à saúde e tuberculose, como critério de inclusão foram considerados: texto completo, idioma português, inglês e espanhol, que retratassem a temática em estudo, publicados com o recorte temporal de 2011 a 2021, e como critério de exclusão: textos repetidos, incompletos e que não focaram no tema exposto. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentro dessas buscas foram encontrados 180

artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 100 obras. Ao final das análises, 71 artigos foram incluídos na revisão, porque melhor se enquadraram no objetivo proposto. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que através dos protocolos do ministério da saúde os profissionais conseguem prestar uma assistência humanizada minimizando os riscos de agravamento do paciente diagnosticado com tuberculose na atenção primária à saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Assistência ao paciente, Atenção primária à saúde e Tuberculose.

CARE OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: INTRODUCTION: Tuberculosis (TB) is considered a major global health problem and requires fundamental attention regarding the development of strategies for its control.

OBJECTIVE: To conduct a bibliographic review of the care given to patients with tuberculosis in primary care. **METHODOLOGY:** This is a literature review of the Virtual Health Library (VHL) database. The articles were collected from January to February 2021. The descriptors used were: patient care, primary health care and tuberculosis. The inclusion criteria were: full text, Portuguese, English and Spanish, which portrayed the theme under study, published in the period from 2011 to 2021, and as exclusion criteria: repeated texts, incomplete and not focused on the exposed theme. **RESULTS AND DISCUSSION:** Within these searches 180 articles were found, however, after exclusion of duplicate and incomplete findings, they were restricted to 100 works. At the end of the analysis, 71 articles were included in the review because they best fit the proposed objective. **CONCLUSION:** We conclude that, by means of the Ministry of Health protocols, professionals are able to provide humanized care, minimizing the risks of aggravation for patients diagnosed with tuberculosis in primary health care.

KEYWORDS: Patient care, Primary health care, and Tuberculosis.

1 | INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é considerada um importante problema de saúde mundial e requer uma atenção fundamental no que diz respeito ao desenvolvimento de estratégias para o seu controle. Atualmente encontra-se entre as cinco doenças mais em foco pelo Ministério da Saúde, sendo uma prioridade desde 2003, pois obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, que são: grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade (ROSSONI et al, 2016).

A tuberculose apresenta um longo período de latência, acometendo principalmente os pulmões, sendo os pacientes que apresentam a forma pulmonar bacilífera potenciais transmissores. São considerados sintomáticos respiratórios os que apresentam tosse por três semanas ou mais, os quais, muitas vezes, são negligenciados pelos profissionais de saúde (PASCHOAL et al, 2018).

O diagnóstico e o tratamento da TB ainda são tardios no Brasil, e vários aspectos têm sido associados à sua ocorrência, entre os quais a oferta de atendimento em horário incompatível com o do usuário, presença de profissionais pouco qualificados nos serviços e falta de acolhimento (acessibilidade organizacional). Também estão relacionados

às condições do usuário, como aquelas relativas ao local que reside (acessibilidade geográfica), sua disponibilidade de tempo e poder aquisitivo (acessibilidade econômica), bem como os hábitos, costumes e a relação entre eles (acessibilidade sociocultural). Somam-se, ainda, as dificuldades para a rápida realização do diagnóstico em decorrência de uma baixa solicitação de baciloscopia nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (FURLAN; BARRETO; MARCON, 2017).

A equipe multiprofissional, formada minimamente por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem, desempenha importante papel no manejo da tuberculose, tendo como funções busca ativa e identificação dos sintomáticos respiratórios, orientação com relação ao tratamento e enfrentamento da doença e estratégias para a realização de diagnóstico precoce. Isso é dificultado pela “inabilidade dos profissionais de saúde” em identificar a doença, seus sinais e sintomas, além da atuação de forma não integral e humanizada, pela sobrecarga dos serviços de saúde e a falta de investimentos em uma política de saúde pública organizada se tornam um empecilho para essa investigação (PASCHOAL et al, 2018).

Para isso, é necessária a atuação multiprofissional e a formação de vínculo desses profissionais com a população de modo que possibilitem o desenvolvimento de estratégias de acesso, prevenção e tratamento da doença. Tais atividades são possíveis quando esses profissionais se apropriam de registro de informações importantes sobre as condições de saúde dos usuários dos serviços (MEDEIROS et al, 2017).

2 | OBJETIVO

Realizar um levantamento bibliográfico acerca da assistência ao paciente com tuberculose na atenção primária.

3 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura. A realização das buscas ocorreu entre fevereiro e março de 2021, utilizou-se como base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde ocorreu uma seleção criteriosa no que diz respeito às obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão. Foram utilizados de modo associado e isolado os seguintes descritores: Assistência ao paciente, Atenção primária à saúde e Tuberculose, indexados no DECs (Descritores em Ciências da Saúde).

Considerou-se como critério de inclusão, artigos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol e artigos com recorte temporal de 2011 a 2021 e como critério de exclusão artigos incompletos, duplicados e que não focaram no tema exposto.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro dessas buscas foram encontrados 180 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 100 obras. Ao final das análises, 71 artigos foram incluídos na revisão, porque melhor se enquadraram no objetivo proposto.

A TB é transmitida por via aérea, na maioria dos casos. A fala, o espirro e, principalmente, a tosse de um doente com tuberculose pulmonar ativa lançam no ar gotículas contaminadas de tamanhos variados. Apenas as gotículas com diâmetro de 2 a 10 μm (Núcleos de Wells) e poucos bacilos (1 ou 2) conseguem alcançar os bronquíolos e alvéolos pulmonares onde iniciam sua multiplicação (ROSSONI et al, 2016).

A unidade de saúde deve ter profissional capacitado para fornecer informações claras ao doente quanto à coleta do escarro, pois a quantidade e a qualidade da amostra interferem no resultado da baciloscopia direta, método fundamental para o diagnóstico e o controle do tratamento em adultos (SANTOS; NOGUEIRA; ARCENCIO, 2012).

A descoberta precoce da TB, por meio da busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade, constitui-se em importante atribuição das equipes de saúde da família. Em caso de suspeição, deve-se de imediato solicitar o exame bacteriológico do escarro. Para isto, devem ser garantidos os insumos necessários como potes, etiquetas, conservação e armazenamento adequados do material coletado, fluxo laboratorial, sistema de informação (SÁ et al, 2012).

Como forma de ampliar esse cuidado e obterem-se melhores resultados quanto à disponibilidade de informações acerca do tratamento de portadores de TB na APS, sugere-se a constante capacitação dos profissionais e o acesso aos materiais informativos de qualidade, conforme apontado em estudo. A persistência em mostrar a importância dos papéis desses profissionais no controle da TB também se caracteriza como uma das formas de se conseguir a efetivação na disponibilidade de informação sobre o tratamento da TB (MEDEIROS et al, 2017).

O Tratamento Diretamente Observado (DOT) pode ser feito em Unidades de Saúde, na residência do doente e em outros locais a combinar, sendo a supervisão feita por profissionais do Programa de Saúde da Família, familiares e pessoas da comunidade (PASCHOAL et al, 2018).

Dessa maneira, é essencial que se conheça como se dá o processo do TDO, não é quem o realiza; já que se considera que, se o TDO for desenvolvido de acordo com a estratégia do acolhimento como organização do serviço e acesso, obterá práticas baseadas na qualidade da assistência e que preservem a individualidade de cada paciente dentro de suas necessidades (COSTA et al, 2016).

Com relação ao esquema básico terapêutico para o tratamento da tuberculose, o Ministério da Saúde preconiza que o mesmo seja feito em duas fases, sendo a primeira fase intensiva, com os medicamentos rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol,

de duração de 2 meses e a segunda fase de manutenção, composta por rifampicina e isoniazida, com duração de 4 meses, totalizando 6 meses de tratamento (PASCHOAL et al, 2018).

O controle de contatos deve ser realizado fundamentalmente pela atenção básica. O enfermeiro poderá utilizar algumas estratégias para alcançar e identificar os contatos: uma delas é durante o atendimento diário para o TDO, durante a consulta, investigando os acompanhantes do paciente. Outra estratégia é a visita domiciliar, por meio do ACS, visando buscar os contatos e orientá-los sobre a importância da realização dos exames (SANTOS; NOGUEIRA; ARCENCIO, 2012).

Com a finalidade de ampliar o acesso às ações e serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da TB, a partir do ano 2000, o Brasil iniciou o processo de descentralização das ações de monitoramento e manejo dos casos, contribuindo para que os municípios se responsabilizassem pela organização da assistência ao doente com TB como uma das ações prioritárias da APS (FURLAN; BARRETO; MARCON, 2017).

A maneira de sistematização da equipe para o desenvolvimento do serviço é decisiva para estimular a aceitação do paciente ao tratamento, reproduzindo a cura. Perante essa complexidade, é relevante que seja compartilhado entre equipe multidisciplinar o tratamento do paciente para que esses possuam, entre si, a mesma finalidade: colaborar para um aperfeiçoamento da adesão ao tratamento e da cura da TB (COSTA et al, 2016).

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que a assistência ao paciente com tuberculose na atenção primária se dar por meio da equipe multiprofissional realizando todos os procedimentos necessários orientados pelos protocolos do ministério da saúde visando uma assistência humanizada e fazendo com que esses pacientes tenham uma vida normal e sem riscos através do tratamento realizado na atenção primária.

O presente trabalho mostra os tipos de medicamentos utilizados no tratamento da tuberculose e a necessidade de os profissionais envolvidos serem capacitados para melhor realizar a assistência, por meio de ações estratégicas o Brasil vem monitorando esses casos em todo país, através dos municípios que tem esse papel fundamental em combate a doença.

REFERÊNCIAS

COSTA, H.M.G et al. **A importância do trabalho em equipe na efetivação do tratamento diretamente observado em tuberculose.** Rev. enferm. UFPE on line. v. 10, n. 4 p. 1202-1209, 2016.

FURLAN, M.C.R; BARRETO, M.S; MARCON, S.S. **Acesso ao diagnóstico de tuberculose em unidades básicas de saúde e ambulatórios de referência.** Rev. enferm. UFPE on line. v. 11, n. 10, p. 3787-3795, 2017.

MEDEIROS, E.R et al. **Sistemas de informação clínica para o manejo da tuberculose na atenção primária à saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 25, p. 1-7, 2017.

PASCHOAL, G.S et al. **Tuberculosis: are the future health professionals prepared for adequate patient care?.** International Journal of Health Education. v. 2, n. 1, p. 73-81, 2018.. v. 25, 2017.

ROSSONI, R. et al. **Protocolo de enfermagem para o paciente com tuberculose.** Revista de Enfermagem UFPE online. v. 10, n. 2, p. 464-474, 2016.

SANTOS, T.M.M.G; NOGUEIRA, L.T; ARCENCIO, R.A. **Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose.** Acta Paul Enferm. v. 25, n. 6, p. 954-961, 2012. v. 10, n. 2, p. 464-474, 2016.

SA, L.D et al. **Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras.** Rev. Esc. Enferm USP. v. 46, n. 2, p. 356-363, 2012.

SANTOS, T.M.M.G; NOGUEIRA, L.T; ARCENCIO, R.A. **Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose.** Acta Paul Enferm. v. 25, n. 6, p. 954-961, 2012.

CAPÍTULO 7

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL: UM ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL DE 2017 A 2019

Data da submissão: 20/03/2021

Isabel Cristina Ribeiro Regazzi

Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio das Ostras/Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0002-0662-9446>

Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp

Universidade Federal Fluminense (UFF)
Rio das Ostras/Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0001-5512-2863>

Kamile Santos Siqueira

Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio das Ostras/Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0002-7206-704X>

Janaína Luiza dos Santos

Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio das Ostras, Rio de Janeiro.
<https://orcid.org/0000-0002-8664-9569>

Jane Baptista Quitete

Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio das Ostras, Rio de Janeiro.
<https://orcid.org/0000-0003-0330-458X>

Diana Paola Gutiérrez Diaz de Azevedo

Profsaúde (FIOCRUZ). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
<https://orcid.org/0000-0003-2865-7824>

Pedro Henrique Teles Ferreira

Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio das Ostras, Rio de Janeiro.
<http://orcid.org/0000-0001-7967-235X>

Pedro Regazzi Barcelos

Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). Duque de Caxias, Rio de Janeiro.
<https://orcid.org/0000-0002-2168-6609>

Gilberto Santos de Aguiar

Secretaria Municipal de Saúde Casimiro de Abreu. Casimiro de Abreu, Rio de Janeiro.
<https://orcid.org/0000-0001-8121-944X>

Riva Schumacker Brust

Universidade Federal Fluminense. Casimiro de Abreu. Rio de Janeiro.
<https://orcid.org/0000-0002-4662-1238>

Daniel Erthal Hermano Caldas

Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1232-215X>.

Marcia da Rocha Meirelles Nasser

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1956-0601>.

RESUMO: Descrever a evolução dos procedimentos ao longo de três anos das PIC no Sistema Único de Saúde (SUS) após a implantação da política. Trata-se de um estudo descritivo de base populacional que analisou as informações dos procedimentos, que compõem as Práticas Integrativas Complementares, contidas no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) do Brasil no período de 2017 a 2019. A unidade de análise é o Brasil dividido geograficamente em 27 Unidades de Federação. Foram selecionados os procedimentos do BPA

do SIA/SUS: Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas; Sessão de Arteterapia; Sessão de Meditação, Sessão de Musicoterapia, sendo verificados os anos de 2017, 2018 e 2019. Um mapeamento dos procedimentos foi realizado segundo a Unidade de Federação constante no BPA. Identificou-se uma distribuição desigual no número de procedimentos de acupuntura com inserção de agulhas, meditação, arteterapia e musicoterapia entre os estados do Brasil, com os valores mais baixos na região Norte e em geral, o maior número de procedimentos nos estados do Sudeste, região, que por sua vez, constitui um polo em produção científica, sobre eficácia e eficiência das PIC em saúde em diversas práticas. O Brasil consiste em um país em desenvolvimento, com o intuito de identificar possíveis fatores locais que influenciam no processo de adoção, incorporação e implementação destas práticas nos serviços de saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Terapias Complementares; Sistemas de Informação em Saúde; Sistema Único de Saúde.

OUTPATIENT CARE IN COMPLEMENTARY INTEGRATIVE PRACTICES IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM: A TIME SERIES STUDY FROM 2017 TO 2019

ABSTRACT: To describe the evolution of procedures over three years of Pic in the Unified Health System (SUS) after the implementation of the policy. This is a descriptive population-based study that analyzed the information of the procedures, which compose the Complementary Integrative Practices, contained in the Outpatient Information System (SIA/SUS) of Brazil in the period from 2017 to 2019. The unit of analysis is Brazil geographically divided into 27 Federation Units. The BPA procedures of the SIA/SUS were selected: Acupuncture Session with Needle Insertion; Art therapy session; Meditation Session, Music Therapy Session, being verified the years 2017, 2018 and 2019. A mapping of the procedures was performed according to the Federation Unit in the BPA. An unequal distribution was identified in the number of acupuncture procedures with needle insertion, meditation, art therapy and music therapy among the states of Brazil, with the lowest values in the North region and in general, the largest number of procedures in the states of the Southeast, region, which in turn constitutes a pole in scientific production, on efficacy and efficiency of ICP in health in various practices. Brazil consists of a developing country, in order to identify possible local factors that influence the process of adoption, incorporation and implementation of these practices in health services.

KEYWORDS: Complementary Therapies; Health Information Systems; Unified Health System.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o termo Medicina Complementar/ Alternativa (MAC) ou, simplesmente, Medicina Tradicional (MT) para nomear um amplo universo de conhecimentos, atitudes e práticas, baseadas em teorias, crenças e experiências advindas de diferentes culturas, utilizadas para a manutenção da saúde, prevenção, diagnóstico, recuperação ou tratamento de doença física ou mental. (OMS,

2013).

As MAC/MT estão presentes na agenda internacional da OMS desde o final da década de 1970 e junto dela um conjunto variado de condições tem lhe possibilitado maior valorização e legitimidade no campo oficial da saúde (OMS, 2013). Este cenário tem estimulado a implantação de políticas nacionais de MAC/MT em todo o mundo. Em 2006, o Brasil seguiu essa tendência mundial e publicou a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), quando apresentou um conjunto de objetivos e diretrizes para implementação de práticas e sistemas terapêuticos associados às MAC/MT no Sistema Único de Saúde (SUS) (MS, 2006).

Devido especialmente ao princípio da descentralização dos serviços, que constituem um dos pilares do SUS, os Estados e Municípios tiveram uma maior autonomia para implantar ações e serviços públicos, sem depender somente das ações em saúde da União (MS, 2006). Algumas dessas ações implantadas se tratam de Práticas Integrativas e complementares (PICS), ou também denominadas práticas integrativas de saúde, que vêm se disseminando, e tornando-se realidade no âmbito da rede de atenção básica da saúde pública (FERREIRA et al., 2020). A origem das práticas integrativas nos sistemas públicos de saúde vem no final da década de 70, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, tendo sua importância reconhecida para o cuidado em saúde, a partir de recomendações aos Estados no sentido de formularem políticas locais para a implementação dessas práticas, principalmente na atenção primária à saúde (TELESI JUNIOR, 2016, p. 102).

No final da década de 70, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na então União Soviética, cujo o tema foi “Saúde para Todos no Ano 2000”, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional para a formulação de Políticas Públicas na área, comprometendo-se a incentivar seus Estados-membros à formulação e implementação de políticas para o uso integrado e racional da Medicina Tradicional (MT) e Medicina Complementar e Alternativa (MCA), visando o crescente aumento de demanda por tais práticas (OMS, 1978) A qualidade, segurança e eficácia de tais práticas são comprovadas e sua contribuição não pode deixar de ser notada quando se fala em atenção à saúde centrada na pessoa.

Todo o processo de formulação da política durou décadas até que em maio de 2006, o Ministério da Saúde, embasado em diretrizes da Organização Mundial da Saúde, aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) por meio da Portaria GM/MS nº 971, em 3 de maio de 2006, contemplando distintas práticas, tais como: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, antroposofia e termalismo.

A partir de um processo lento em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 849/2017, de 27 de março, a qual incluiu outros tipos de Práticas Integrativas Complementares (PICs) nos serviços de saúde pública: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki,

shantala, terapia comunitária integrativa e o yoga.

Complementarmente em 2018, o Ministério da Saúde, publicou a Portaria n. 702, de 21 de março, que altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Diante da recente implementação das Práticas Integrativas Complementares e da importância de conhecer o quantitativo de procedimentos realizados pelo SUS, de forma espacial e longitudinal, o objetivo deste estudo é descrever a evolução dos procedimentos ao longo de três anos das PIC no Sistema Único de Saúde (SUS) após a implantação da política.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo série temporal que analisou as informações dos procedimentos, que compõem as Práticas Integrativas Complementares, contidas no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) do Brasil no período de 2017 a 2019. A unidade de análise é o Brasil dividido geograficamente em 27 Unidades de Federação.

As informações foram obtidas através dos dados do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), que é o instrumento de registro do SIA/SUS, que capta e processa as contas ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, preenchidos de forma rotineira pelas unidades ambulatoriais. O BPA possui o número de atendimentos por procedimento e em alguns casos por grupo populacional (BRASIL, 2009). Foi criado para substituir a Guia de Autorização de Pagamento (GAP) e o Sistema de Informações e Controle Ambulatorial da Previdência Social (SICAPS) com o objetivo de financiar os atendimentos ambulatoriais. Em 1996, foi amplamente implantado nas Secretarias Municipais de Saúde, que de acordo com a Norma Operacional Básica 96 (NOB 96) era chamada de gestão semiplena (BRASIL, 2014). Em 1997, passou a processar também a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), que é um documento numerado e autorizado que registra os procedimentos de alta complexidade.

Foram selecionados os procedimentos do BPA do SIA/SUS: 1. Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas; 2. Sessão de Arteterapia; 3. Sessão de Meditação, 4. Sessão de Musicoterapia, sendo verificados os anos de 2017, 2018 e 2019. Um mapeamento dos procedimentos foi realizado segundo a Unidade de Federação constante no BPA.

A coleta de dados foi realizada no Tabnet, através do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), em quatorze de agosto de 2020. O processamento e o mapeamento das informações foram realizados por meio do TAB para Windows – TabWin (Datapus) que é um programa de código aberto desenvolvido pelo Datapus (www.datapus.gov.br).

A análise dos dados foi realizada por meio das variáveis contidas no SIA/SUS e sua

distribuição no espaço geográfico.

O presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) porque utilizou dados secundários não identificados disponíveis no Sistema de Informação em Saúde.

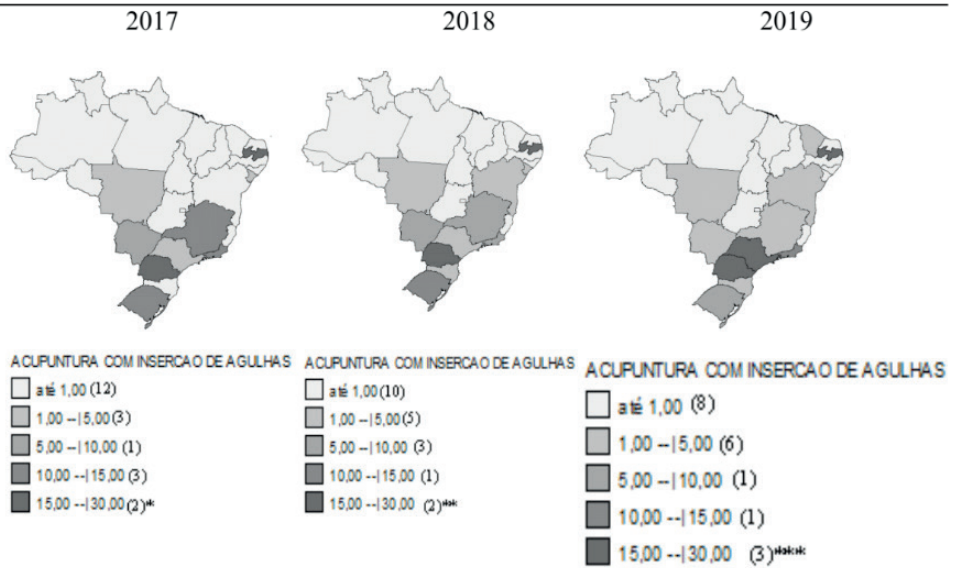
3 | RESULTADOS

No período de 2017 a 2019, foi observado um número no SIA/ SUS do Brasil de 1.699.595 procedimentos de “Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas”. O maior quantitativo foi verificado em 2019 (594.231 procedimentos). Na análise da distribuição espacial, verificou-se um número elevado de ignorados (1.497.180), que não foi incluído no mapa, pelo sistema não apresentar o estado do Brasil onde foi realizado o registro. Entre os estados, as proporções do procedimento “Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas”, no período analisado, se distribuíram como na tabela 1.

Estado	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Paraíba	10.512	22,2	15.504	25,7	19.973	21,1
Minas Gerais	6.922	14,6	3.988	6,6	3.593	3,8
Paraná	10.408	21,9	16.792	27,9	22.157	23,4
Rio Grande de Sul	5.734	12,1	6.128	10,2	6.090	6,4

Tabela 1 – Distribuição percentual do procedimento Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas no SIA/ SUS, Brasil, 2017 a 2019.

Vale destacar, a queda significativa no quantitativo do procedimento ao longo dos anos nos referidos estados e o baixo número nos estados da região Norte (Mapa 1).



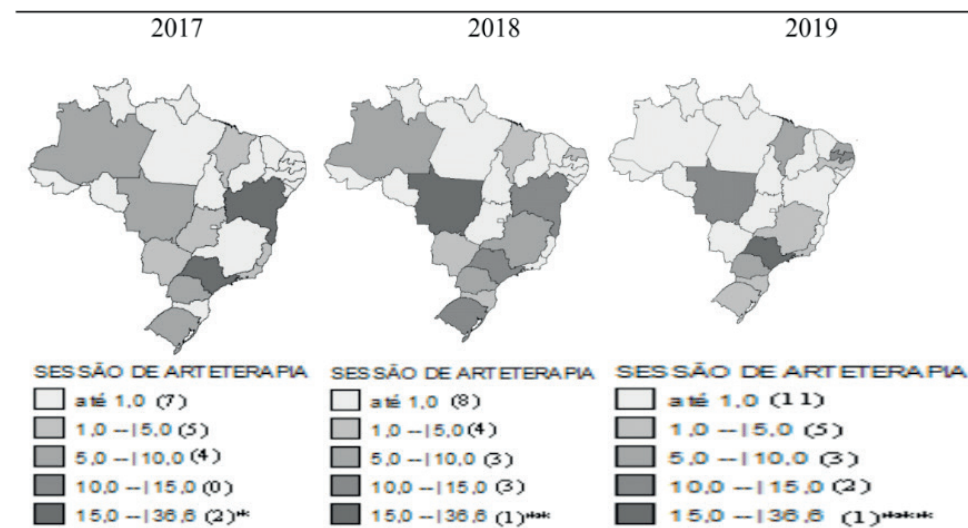
Mapa 1 – Distribuição do procedimento Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas no SIA/ SUS, Brasil, 2017 a 2019.

Fonte: SIA/ SUS (Data acesso: 14/08/2020).

Nota:*Maior proporção em 2017: 22,2%; ** Maior proporção em 2018: 27,9%; *** maior proporção em 2019: 23,4%.

Para o procedimento “Sessão de Arteterapia”, verificou-se 31.205 registros no período estudado, com aumento expressivo ao longo dos anos e destaque para o ano de 2019 com um número de procedimentos de 1712 (54,9%).

Entre os estados do Brasil, a maior proporção observada desse procedimento foi em 2017 na Bahia (n= 953; 29,2%) e em São Paulo (n= 907 e 27,8%); em 2018, em Mato Grosso (n= 2.660; 24,6%) e em São Paulo (n= 1.572; 14,5%); e, em 2019, no estado da Paraíba (n= 2.032; 11,9%) e em segundo lugar também no Estado de São Paulo (n= 6.261; 36,6%). A região Norte apresentou as menores frequências de realização do procedimento (Mapa 2).



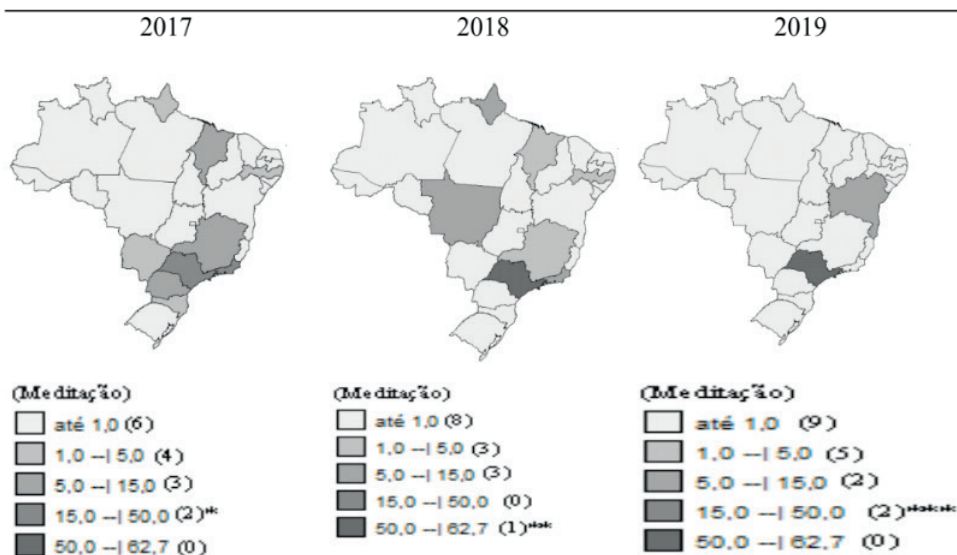
Mapa 2 – Distribuição do procedimento Sessão de Arteterapia no SIA/ SUS, Brasil, 2017 a 2019

Fonte: SIA/ SUS (Data acesso: 14/08/2020).

Nota:*Maior proporção em 2017: 29,2%; ** Maior proporção em 2018: 24,6%; *** maior proporção em 2019: 36,6%.

Em relação ao procedimento “Sessão de Meditação”, no total dos anos 2017, 2018 e 2019, foram observados 23.882 registros, com um aumento significativo entre os anos e maior valor em 2019 (n= 16.489; 69,0%).

Em 2017, as maiores proporções foram verificadas em São Paulo (n= 644; 46,9%) seguida pelo Rio de Janeiro (n= 253; 18,4%); em 2018, a maior proporção foi observada em Mato Grosso (n= 838; 13,9%) e São Paulo (n= 3.776; 62,7%); e, em 2019, os maiores valores foram observados na Bahia (n= 4.436; 26,9%) e em São Paulo (n= 7.711; 46,8%). A região Norte apresentou os menores valores (Mapa 3).

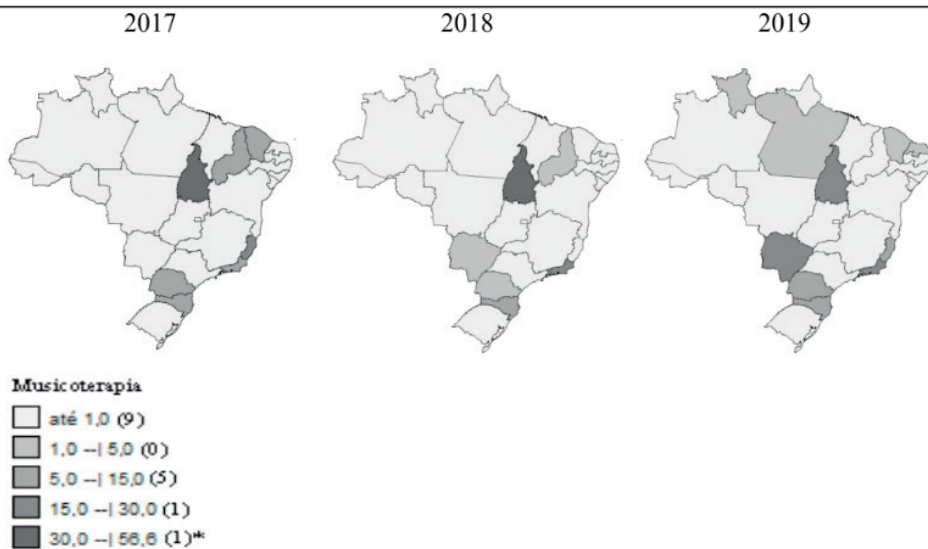


Mapa 3 – Distribuição do procedimento Sessão de Meditação no SIA/ SUS, Brasil, 2017 a 2019.

Fonte: SIA/ SUS (Data acesso: 14/08/2020).

Nota:*Maior proporção em 2017: 46,9%; ** Maior proporção em 2018: 62,7%; *** maior proporção em 2019: 46,8%.

Quanto ao procedimento “sessão de musicoterapia” as maiores proporções foram observadas em Tocantins sendo em 2017 de 31,2%; em 2018 de 56,6% e em 2019 de 25,2% (Mapa 4).



4 | DISCUSSÃO

Identificou-se uma distribuição desigual no número de procedimentos de acupuntura com inserção de agulhas, meditação, arteterapia e musicoterapia entre os estados do Brasil, com os valores mais baixos na região Norte e em geral, o maior número de procedimentos nos estados do Sudeste, região, que por sua vez, constitui um polo em produção científica, sobre eficácia e eficiência das PIC em saúde em diversas práticas (REIS, 2019).

Ainda que, a PNPIC tenha surgido da necessidade de regulamentar e definir abordagens das práticas em todo o território brasileiro, em resposta a uma dinâmica díspar e desorganizada de difusão destas experiências antes da política, apenas após 13 anos que tem acontecido a expansão das PIC em saúde, especialmente, na região nordeste e sudeste (FERRAZ, 2019).

As dificuldades na ampliação das PIC no país são secundárias ao déficit na formação profissional; às deficiências na gestão do Sistema; e, ao predomínio da medicina alopática sobre a medicina integrativa (REIS, 2019). Por sua vez, pode-se afirmar que no cenário brasileiro, a Atenção Básica de Saúde (ABS) constitui um locus privilegiado para a implementação das PIC no SUS. Porém, enquadra-se, igualmente, no panorama de fragilidades do planejamento, a falta de recursos e a carência da perspectiva das PIC na

promoção da saúde (AGUIAR, 2019).

A implementação das PIC no SUS qualifica a integralidade dos serviços, sendo sua consolidação dependente de vários fatores no processo, enquanto gestão, políticas institucionais, atuação profissional; além da cultura local e organizacional (FERRAZ, 2019). Entretanto, a PIC não consegue satisfazer ainda as demandas dos usuários, que insatisfeitos com o modelo biomédico, poderiam ampliar o interesse e o uso, como suporte para a assistência em saúde.

A estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional (MTC) de 2014-2023 sinaliza a persistência de problemas na consolidação das PIC no mundo, enquanto desenvolvimento e aplicação de políticas e regulamentações; sua incorporação na APS; a avaliação da eficácia dos produtos e serviços; e, na formação de profissionais e as atividades de pesquisa, informação e comunicação em saúde relacionadas (OMS, 2013).

A MTC é subestimada na atenção à saúde, assim, a OMS aponta a medida estratégica de reconhecê-la como um recurso para contribuir na melhoria dos serviços de saúde e na obtenção de resultados sanitários medicina ocidental e a medicina tradicional neste cenário, a fim de obter os melhores benefícios e superar as deficiências de cada uma em forma complementar (OMS, 2013).

Barbosa et al. (2020) analisaram informações, da intercessão dos bancos de dados correspondentes ao Inquérito Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS (2014-2016) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (2013-2014), correspondentes a 1.487 municípios brasileiros, dos quais, 23,5% ofertaram PICs nos três níveis de atenção (APS, secundária e terciária) e 8,6% especificamente na APS de 18 estados em todo o Brasil. Ao encontro da pesquisa, as regiões Nordeste e Sudeste persistem com maior oferta das PICS e as regiões Norte e Centro-oeste apresentaram uma menor oferta, indicando uma expansão e consolidação insuficiente destas práticas no território nacional.

Ainda que as PICS apresentem um potencial importante para o fortalecimento do SUS como um modelo de atenção diferenciado, profissionais da saúde referem limitações na ampliação do cuidado por meio destas práticas, associado às necessidades de reorganização dos processos de trabalho, da capacitação profissional e da superação do modelo hegemônico que valoriza principalmente as intervenções alopáticas que impedem um olhar para uma nova cultura de saúde (DALMOLIN, 2019).

Apesar de diversas iniciativas político-sociais como a Conferência de Alma Ata, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e da OMS, focadas em enaltecer a relevância da promoção da saúde e da necessidade de ofertar outras práticas e estratégias de cuidado; gestores, trabalhadores e usuários podem ter desconhecimento da PNPIC devido existir uma fragilidade na discussão da inserção das PIC no país (RUELA, 2019). A implantação das PIC na APS, como inovação técnico-tecnológica, traz desafios na integração do trabalho interprofissional, visando assegurar a aproximação de profissionais e das equipes com

usuários, que são competências básicas para alcançar a integralidade e transversalidade do cuidado (BARROS, 2018).

Igualmente, a PNPIC promulga a garantia dos princípios estabelecidos pelo SUS. Portanto, torna-se fundamental declarar que os profissionais de saúde devem se habilitar para atender as normas e ações inerentes a esta política, mediante um processo de qualificação profissional; e, um processo formativo para implementar as PICs nos estabelecimentos assistenciais de saúde, com potencialidade de desencadear diversos benefícios, não se restringindo apenas a população atendida, mas também para a própria equipe de saúde (FISCHBORN et al., 2016).

Neste contexto, destaca-se a relevância das instituições de ensino superior, responsáveis pela formação de profissionais da saúde, em inserir na sua grade curricular o conteúdo das PICs, recomendando-se tal inclusão nos primeiros anos da graduação, objetivando oferecer aos futuros provedores de cuidado, um melhor aprimoramento, competência e habilidades no âmbito destas práticas (CALADO et al., 2019). Esta proposta da reformulação no ensino impacta diretamente a qualidade e a efetividade da assistência prestada pelo sistema público de saúde (FISCHBORN et al., 2016).

Ao igual que a expansão não homogênea das PIC pelas cinco regiões brasileiras, o crescimento de escolas médicas ainda que triplicado a partir de 1970, é desigual ao longo do território nacional e carente da sistematização de ensino da MCA, apesar das recomendações da OMS para a qualificação dos recursos humanos para o apoio da MCA, em especial na APS (ALBUQUERQUE et al., 2019).

Especificamente em relação à formação profissional, das 272 faculdades de medicina do Brasil, 57 abordam o ensino da MCA, sendo essa proporção maior nas regiões Sul, Centro-Oeste e com uma maior concentração nas capitais, como na Região Nordeste. Em geral, as escolas adotam um único modelo de prática e predomina o ensino da homeopatia e da acupuntura, seguida da medicina integrativa e da fitoterapia (ALBUQUERQUE et al., 2019).

Deste ângulo, a implantação da PNPIC em 2006 não teve um impacto significativo no SUS e entre outros fatores que interferem o processo de implementação das PICs no território brasileiro, encontra-se a falta de incorporação destas práticas pelos profissionais da saúde no seu ambiente de cuidado (MENDES et al., 2019). Todavia, existe certa disputa de poder entre a equipe de saúde, referente à qual categoria possui competência e habilidade para desempenhar as PICs.

Por outro lado, as PIC como uma tecnologia para a promoção da saúde ainda não materializada totalmente nas rotinas de “fazer saúde” imprimem seus benefícios sobre o paradigma biomédico incluindo práticas intersetoriais, baseadas no conceito de saúde expandido e positivo, além de ter a capacidade de prover cuidados individuais e coletivos com ênfase social e com maior acesso psicológico e afetivo; porém, movimentos de promoção da saúde e das PIC poderiam estar mais próximos explicitamente na teoria e na

prática no SUS (FRANCO, 2019).

Das PICs analisadas no presente estudo, a acupuntura está majoritariamente consolidada no Brasil. Ao encontro, a pesquisa conduzida por Boing et al. (2019) que analisou o uso de qualquer PIC nos últimos 12 meses e seus fatores associados no país a partir da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, com uma amostra de 145.580 adultos de 18 anos ou mais. No referido estudo a frequência do uso de PICs na população brasileira foi de 4,1%, com maior prevalência de uso das plantas medicinais e fitoterapia (2,5%), seguido da acupuntura (0,9%) e a homeopatia (0,6%). Igualmente, o uso das PIC foi maior na Região Norte, entre mulheres, idosos, com maior escolaridade e com 2 ou mais doenças crônicas.

Ainda no estudo de Boing et al. (2019), foi observada uma prevalência do uso da acupuntura maior na região Centro-Oeste (1,4%); seguido do Sul (0,9%); Sudeste (0,6%), Nordeste (0,2%); e, com menor prevalência, na região Norte (0,1%), situação que continua latente, evidenciada pelo baixo número de procedimentos de “Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas” no SIA/ SUS, no período de 2017 a 2019, nos estados da região Norte, observados na presente pesquisa.

De igual forma, Ruela et al. (2019), na sua revisão integrativa reportaram o predomínio de estudos que abordaram várias práticas na mesma pesquisa que incluíram a acupuntura, prática que apresenta uma crescente adesão pelos usuários e maior oferta pelos serviços. Inclusive a OMS referiu no documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional (MT) 2014-2023” que 80% dos 129 países dos Estados Membros reportaram a utilização da acupuntura; porém, existe um déficit de normas internacionais sobre esta prática (OMS, 2013).

Um estudo da produção científica sobre PICs na ABS durante os 10 primeiros anos de implementação da PNPIC (2006 a 2016) apontou a acupuntura como uma prática, majoritariamente referida nos estudos, atividade que se disseminou no SUS após ser exercida por outros profissionais não médicos (AGUIAR, 2019).

Ao respeito, à história da implementação da acupuntura no Brasil se sucedeu, no princípio, com o repúdio da medicina, sendo este procedimento milenar, adotado e exercido por profissionais de saúde de outras categorias, sendo, apenas na década de 1980, criado um movimento para introduzir esta prática nas atividades médicas. Tal cenário resultou, mais recentemente, em uma luta da medicina para transformar a acupuntura em uma especialidade restrita aos médicos, uma vez que havia iniciativas para incorporar a prática na rede pública de saúde e que tal procedimento ainda não se encontrava adequadamente regulamentado (ROCHA et al, 2015).

A acupuntura requer um processo de regulamentação, com a finalidade de oferecer esta prática à população de forma segura, e de atender as necessidades dos profissionais acupunturistas que possuem competência para exercê-la (ROCHA et al, 2015). Uma análise documental dos registros referentes à acupuntura e envolvendo diferentes documentos de

gestão entre 2001 e 2011 de 26 municípios do Departamento Regional de Saúde XIII de São Paulo, apontou algumas incoerências e contradições, incluídas após implantação da PNPIC, ressaltando o requerimento de um compromisso político com a institucionalização das PIC no SUS, que no caso, fortaleceria o planejamento, a inserção e a ampliação da acupuntura (SOUSA, 2017).

Deste outro ângulo, produções científicas relacionadas com o SUS e as PICS enfatizam na abordagem da acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia, podendo este fato ser um reflexo da baixa oferta de outras terapias nos serviços (RUELA, 2019). Como dado importante neste estudo, os procedimentos de meditação, musicoterapia e arteterapia apresentaram um aumento expressivo dos registros ao longo dos anos.

A arteterapia, a meditação e a musicoterapia foram incluídas à PNPIC pela Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, práticas presentes nos serviços de saúde em todo o país segundo dados do ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) na avaliação de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional (BRASIL, 2017).

As práticas meditativas transitam como ato técnico e prática social que contribuem na construção de referências para o cuidado da saúde por meio de um processo de refinamento da auto-atenção, uma perspectiva holística entre promoção e cuidado terapêutico; porém, escassas evidências sobre as contribuições desta PIC e a precariedade da sua integração às demais ofertas dos serviços de saúde, são necessidades evidentes a ser abordadas (GALVANESE, 2017).

Investigações sobre o processo de implantação das práticas de meditação, musicoterapia e arteterapia no Brasil e especificamente na ABS, após sua inclusão na PNPIC, são quase inexistentes, ao igual do número reduzido de produções sobre seu uso. Estudos relacionados à musicoterapia em países da América do Sul são escassos, prática de maior utilização nas instituições hospitalares ainda que reconhecida pelos profissionais da saúde como uma tecnologia leve, de baixo custo e aplicável em diversos cenários (SANTEE, 2019).

Finalmente, os resultados quantitativos de procedimentos relacionados a estas PIC no território brasileiro nos últimos anos, correspondem a um reflexo das desigualdades histórico-sociais do Brasil, mas também da crescente oferta pelos profissionais da saúde e da adesão da população em uma inovação tecnológica centrada no autocuidado, na promoção de saúde e na qualidade de vida, práticas que ocorrem em um contexto plural de cuidados à saúde e na abordagem diferenciada aos indivíduos e coletivos.

5 | CONCLUSÃO

O atendimento em PICs contempla a dimensão física, mental, espiritual e social do ser humano, favorecem a saúde e despertam o autocuidado. Logo, recomenda-se que sejam

realizados estudos sobre a percepção dos estudantes e dos profissionais da saúde sobre as PICs no território brasileiro, dado que o Brasil consiste em um país em desenvolvimento, com o intuito de identificar possíveis fatores locais que influenciam no processo de adoção, incorporação e implementação destas práticas nos serviços de saúde.

Estas inadequações estruturais das unidades para o desenvolvimento do trabalho com técnicas de cuidado coletivas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J.;KANAN, L.A.;MASIERO, A.V. **Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira.** Saúde em Debate.v.43,n.123,p.1205-18,2019.Disponível em: : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019000401205&tlng=pt. Acesso em: 10 Dez.2018.
- ALBUQUERQUE, L.V.C.;LIMA, J.W.D.O.;SILVA, A.B.G.;CORREIA, I.C.M.;MAIA, L.R.O.G.;BESSA, M.C. et al. **Complementary and Alternative Medicine Teaching: Evaluation of theTeaching-Learning Process of Integrative Practices in Brazilian Medical Schools.** Rev Bras Educ Med.v.43,n.4,p.109-16,2019.
- BARBOSA, F.E.S.; GUIMARÃES, M.B.L.; SANTOS, C.R.; BEZERRA, A.F.B.; TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C. **Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil.** Cad Saude Publica.v.36,n.1.e00208818.
- BARROS, N.F.; SPADACIO, C.; COSTA, M.V. **Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios.** Saúde em Debate.v.42,n.1,p.163-73,2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 14 Ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico Operacional SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais - **Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético - VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético.** Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Brasília: DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SIA - **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS Apresentação.** Brasília, 2014. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>. Acesso em: 14 Ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, 2018. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 14 Ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. **Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.** Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 14 Ago. 2020.

BOING, A.C.; SANTIAGO, P.H.R.; TESSER, C.D.; FURLAN, I.L.; BERTOLDI, A.D.; BOING, A.F. **Prevalence and associated factors with integrative and complementary practices use in Brazil. Complement Ther Clin Pract**.v.37,p.1-5, 2019. Disponível em :<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.07.009>. Acesso em: 15 Ago. 2020.

CALADO, R. S. F.; SILVA, A.A.O.B.da; OLIVEIRA, D.A.L. et al. **Ensino das práticas integrativas e complementares na formação em enfermagem.** Rev enferm UFPE on line, Recife: v.13, n.1, p.261-7, 2019.Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a237094p261-267-2019>. Acesso em: 02 Nov.2020.

DALMOLIN, I.S.;HEIDEMANN, I.T.S.B.;FREITAG, V.L. **Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: desvelando potências e limites.** Rev da Esc Enferm da USP,p.53,2019. Disponível em:: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018026603506>. Acesso em: 02 Nov.2020.

FERRAZ, I.S.; CLIMACO, L.C.C.; ALMEIDA, J.D.S.; ARAGÃO, S.A.; REIS, L.A. dos; FILHO, I.E.M. **Expansão das práticas integrativas e complementares no Brasil e o processo de implantação no sistema único de saúde.** Enfermeria actual en Costa Rica.v.18,n.38,2019. Disponível em:<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/37750>. Acesso em: 26 Set.2020.

FERREIRA, S.K.S.;CUNHA, I.P.;MENEHIM, M.C.;CHECCHI, M.H.R. **POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.** Revista Faipe, v.10, n.1, p. 21-39, jan-jun. 2020.

FISCHBORN, A. F. et al. **A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato de experiência sobre a implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde.** Cinergis, Santa Cruz do Sul: v.17, n.4, supl.1, p. 358-363, 2016.

FRANCO,R.S.;NOGUEIRA, J;GUERRA,V.A. **Traditional and complementary medicine as health promotion technology in Brazil. Health Promot Int**.v.1,n.34,p.174-81,2019. Supl:1. Disponível em:https://academic.oup.com/heapro/article/34/Supplement_1/i74/5187410.Acesso em: 26 Set.2020.

GALVANESE, A.T.C.;BARROS, N.F.D.O.;LUCAS, A.F.P. **Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil.** Cad.Saúde Pública.v.33,n.12, 2017,e00122016.Epub.INSS 1678-446. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00122016>. Acesso em: 26 Set.2020.

HEALTH ORGANIZATION. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional.** Geneva: p.1–72,2013.
MENDES, D. S. et al. **Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem.** Journal Health NPEPS: v.4, n.1, p. 302-318, 2019.

REIS, B.O.; Esteves, L.R.; GRECO, R.M. **AVANÇOS E DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO BRASIL.** Rev APS. v.21,n.3,p.355-64, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16383>. Acesso em: 27 de Set.2020.

ROCHA, S.P. et al. **A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas.** *Ciência & Saúde Coletiva*: v.20, n.1, p.155-164, 2015.

RUELA, L.O.; MOURA, C.C.; GRADIM, C.V.C.; STEFANELLO, J.; IUNES, D.H.; PRADO, R.R. **Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura.** *Cien Saude Colet*.v.24,n.11,p.4239-50,2019.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104239&tlng=pt. Acesso em: 26 Set.2020.

SANTEE, K.M.; OLIVEIRA, T.S.; SANTOS, T.R.; LIA, M.R.G.; FERNANDES, C.N.S. et.al. **O uso da música nos serviços de saúde; uma revisão integrativa.** v.2,2019.Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/14432/10087>. Acesso em: 26 Set.2020.

SOUSA, L.A.; BARROS, N.F.; PIGARI, J.O.; BRAGHETTO, G.T.; KARPIUCK, L.B.; PEREIRA, M.J.B. **Acupuntura no Sistema Único de Saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de gestão.** *Cien Saude Colet*. v.22,n.1,p.301-10,2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017000100301&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 Dez. 2020.

TELESI JUNIOR, E. **Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS.** *Estudos avançados. On-line version* ISSN 1806-9592. V.30,n.86,p.99-112,2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>. Acesso em:14 Dez.2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde,1978.** Declaração de Alma-Ata. Alma Ata, Cazaquistão,1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso 02 Nov.2020.

WHO (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.** OMS Ginebra; 2013.

AVALIAÇÃO DA CAMPANHA “OUTUBRO ROSA” DE ACORDO COM A REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIAS NO MÊS DE OUTUBRO EM ALAGOAS, ENTRE 2015 E 2020

Data de submissão: 08/03/2021

Amanda de Souza Soares

Centro Universitário Cesmac
Maceió – AL

<http://lattes.cnpq.br/7143445337410086>

Gabrielle Moraes de Deus Araújo

Centro Universitário Cesmac
Maceió – AL

<http://lattes.cnpq.br/6865469297584890>

Renata Marcela Cavalcante Ferreira Ferro

Centro Universitário Cesmac
Maceió – AL

<http://lattes.cnpq.br/7840136056280222>

Beatriz Brito Ribeiro

Universidade Federal de Alagoas
Arapiraca – AL

<http://lattes.cnpq.br/7544460491629803>

Camila de Barros Prado Moura-Sales

Centro Universitário Cesmac
Maceió – AL

<http://lattes.cnpq.br/9456383228503002>

RESUMO: Introdução: O câncer de mama é considerado um problema de saúde pública devido à grande incidência e letalidade, especialmente atrelado ao diagnóstico tardio. Em 1990, a campanha Outubro Rosa foi criada a fim de ampliar o conhecimento e incentivar a busca de exames para o rastreamento precoce do câncer, em mulheres dos 50 aos 69 anos. No Brasil, a

campanha foi implantada no Sistema de Saúde pelo Instituto Nacional do Câncer, tornando-se parte do programa nacional de controle do câncer de mama. Diante disso, é importante observar se há de fato um aumento no número de rastreamento incentivado pela campanha em Alagoas.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal fundamentado no Sistema de Informação do Câncer, do DATASUS, entre os anos de 2015 e 2020. **Resultados:** Foi constatado um aumento significativo de rastreio mamográfico entre 2015 e 2019, com 36.152 exames em 2015, 37.005 em 2016, 69.499 em 2017, 77.039 em 2018 e 80.698 em 2019. Porém, houve uma diminuição em 2020, com 53.020 mamografias de rastreio. Além disso, dentro desses anos, Outubro apresentou 17,65% das mamografias, sendo a maior taxa entre todos os meses. **Discussão:** Os resultados indicam que a campanha cumpre seus objetivos na prevenção do câncer de mama, pois promove conhecimentos sobre a patologia e a importância de rastrear precocemente, através de panfletos, palestras e recursos visuais. Ademais, diante da pandemia de Covid-19, houve uma diminuição na quantidade total de mamografias devido à dificuldade ao acesso, o que pode resultar em diagnósticos mais tardios de casos em estágio mais avançado. **Conclusão:** Observou-se a efetividade da campanha Outubro Rosa, de acordo com os resultados, no qual constatou-se um aumento de 123,23% de 2015 para 2019, com redução de 34,16% em 2020, destacando-se outubro como o mês com mais mamografias realizadas.

PALAVRAS - CHAVE: Mamografia; Câncer de mama; Alagoas.

EVALUATION OF THE “PINK OCTOBER” CAMPAIGN ACCORDING TO THE ACCOMPLISHMENT OF MAMMOGRAMS IN OCTOBER MONTH, IN ALAGOAS, BETWEEN 2015 AND 2020.

ABSTRACT: Introduction: Breast cancer is considered a public health problem due to the high incidence and lethality, especially related to late diagnosis. In 1990, the Pink October campaign was created in order to expand knowledge and encourage the search for tests for early cancer screening, in women aged 50 to 69 years. In Brazil, the campaign was implemented in the Health System by the National Cancer Institute, becoming part of the National Breast Cancer Control Program. Thus, it is important to note whether there is in fact an increase in the number of tracking encouraged by the campaign in Alagoas state.

Methodology: This is a cross-sectional study based on the Cancer Information System, from DATASUS, between the years 2015 and 2020. **Results:** It was found a significant increase in mammography screening between 2015 and 2019, with 36.152 tests in 2015, 37.005 in 2016, 69.499 in 2017, 77.039 in 2018 and 80.698 in 2019. However, there was a decrease in 2020, with 53.020 mammography screening. Moreover, in those years, October presented 17,65% of mammograms, being the highest rate among all months. **Discussion:** The results indicate that the campaign fulfills its objectives in the prevention of breast cancer, since it promotes knowledge about pathology and the importance of early screening, through pamphlets, lectures and visual aids. Furthermore, in the face of the Covid-19 pandemic, there was a decrease in the total number of mammograms due to the difficulty of access, which may result in later diagnoses of cases in more advanced stages. **Conclusion:** The effectiveness of the Pink October campaign was observed, according to the results, in which there was an increase of 123.23% from 2015 to 2019, with a reduction of 34.16% in 2020, highlighting October as the month with more mammograms done.

KEYWORDS: Mammography; Breast cancer; Alagoas.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de mama é considerado um problema de saúde pública devido à grande incidência, prevalência e letalidade no mundo. No Brasil, representa a mais frequente neoplasia e causa de mortalidade na população feminina, ficando atrás dos tumores de pele não melanoma (FAYER, 2020). A sua incidência cresce progressivamente a partir dos 40 anos, por isso há importância de realizar o rastreamento periódico a partir dessa idade, visto que a detecção precoce da doença é a melhor estratégia para seu enfrentamento (COUTO, 2017).

Dentre os fatores de risco para essa patologia estão a história familiar positiva em parentes de primeiro e segundo grau, alterações nos genes BRCA1 e BRCA2 (COUTO, 2017). Além disso, outros fatores de risco constitucionais são idade superior a 50 anos, fenômenos da vida reprodutiva da mulher, alta densidade do parênquima mamário e baixos níveis de melatonina (VEIGA, 2019). Entre os fatores de risco modificáveis estão a exposição à radiação, tabagismo, sobrepeso e sedentarismo (COUTO, 2017).

Dessa forma, diante do número elevado de casos dessa patologia, principalmente

atrelado ao diagnóstico tardio, em 1990, a campanha Outubro Rosa foi criada com o objetivo de ampliar o conhecimento da população sobre o câncer de mama e sua gravidade, assim como incentivar a busca de exames para o diagnóstico precoce e o rastreamento do câncer, em que o primeiro se refere a realização do exame ainda na fase inicial da doença nas pacientes sintomáticas, e a segunda está relacionada a identificação da neoplasia em mulheres sem sintomas, sendo estes feito principalmente através da mamografia (GUERRA, 2020).

Entre as técnicas utilizadas para o rastreamento da neoplasia mamária, destacam-se o exame clínico das mamas (ECM), realizado por profissionais e os exames de imagem, como mamografia e ultrassonografia, na rotina de atenção à saúde da mulher. Além disso, as práticas de educação sobre comportamentos de risco e detecção precoce do tumor, como o autoexame das mamas, que apesar de não ser indicado como método de rastreamento para o câncer de mama, é uma prática importante para o conhecimento do corpo da mulher e no reconhecimento de alterações suspeitas para procura de um serviço de saúde o mais cedo possível (INCA, 2019). Também são de grande importância para a promoção da saúde individual e coletiva da comunidade (COUTO, 2017).

A mamografia é o principal método de diagnóstico do câncer de mama, sendo uma ferramenta muito sensível e altamente específica (DELGADO, 2019) e usada como exame de rastreio para todas as mulheres a partir dos 50 anos, e a partir dos 45 anos caso estas tenham fatores de risco para o câncer de mama, de acordo com o Ministério da Saúde. Essa técnica permite identificar melhor as lesões mamárias em mulheres após a menopausa. Antes desse período, as mamas são mais densas e a sensibilidade da mamografia é reduzida, gerando maior número de resultados falso-negativos e também de falsos-positivos, o que gera exposição desnecessária à radiação e a necessidade de realização de mais exames. Além disso, nessa faixa etária, os possíveis benefícios do rastreamento superam seus riscos (INCA, 2019).

Tratando-se da mamografia, o rastreamento por meio desse exame é o principal meio de detecção precoce para diagnóstico de neoplasias malignas da mama. O número de mamógrafos disponíveis em Alagoas corresponde a 50 unidades, de acordo com o último dado de 2012 da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, sendo 41 referentes à rede privada e 9 pertencentes ao Sistema Único de Saúde. Quanto à porcentagem de utilização de mamógrafos disponíveis pelo SUS, Alagoas atingiu apenas 37,2% da cobertura em 2012, apesar da recomendação do Ministério da Saúde ser de 43,7%, em 2015 (XAVIER, 2016).

No Brasil, em 2010, a campanha Outubro Rosa foi implantada no Sistema de Saúde pelo Instituto Nacional do Câncer, tornando-se parte do programa nacional de controle do câncer de mama (COUTO, 2017). Diante disso, é importante observar se há de fato um aumento no número de rastreamento incentivado pela campanha.

Portanto, os objetivos do artigo consistem em correlacionar a incidência de

mamografias de rastreamento entre os anos de 2015 e 2020 nas mulheres de Alagoas com a faixa etária de maior prevalência, bem como analisar a taxa de adesão no mês de outubro, a fim de avaliar a eficácia da campanha Outubro Rosa em relação à prevenção ao câncer de mama.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, cuja coleta de dados acerca das mamografias foi realizada através do site DATASUS, do Ministério da Saúde. Para isso, foi utilizado o sistema TabNet, no qual foi selecionado o “Sistema de Informação do Câncer - SISCAN (colo do útero e mama)”, dentro das informações “Epidemiológicas e Morbidade”. Em seguida, no SISCAN, foi selecionada a opção “Mamografia - Por pacientes”, com abrangência demográfica para o estado de Alagoas. As tabelas com os valores utilizados foram encontradas através dos seguintes filtros:

- Pacientes segundo Mês/Ano competência: linha “Mês/Ano competência”; coluna “Faixa etária”; Período “2015 - 2019”; sexo “Feminino”; Mês/ano competência “Janeiro/2015 a Dezembro/2019”; sexo “Feminino”; indicação clínica “mamografia de rastreamento”.
- Pacientes segundo Mês/Ano competência: linha “Mês/Ano competência”; coluna “Faixa etária”; Período “2020”; sexo “Feminino”; Mês/ano competência “Janeiro/2020 a Dezembro/2020”; sexo “Feminino”; indicação clínica “mamografia de rastreamento”.
- Pacientes por Ano competência segundo Faixa etária: linha “Faixa etária”; coluna “Ano competência”; período “2015 - 2020”; Ano competência “2015 - 2020”; sexo “Feminino”; indicação clínica “Mamografia de rastreamento”.
- Pacientes por Laudo Mamografia segundo Faixa etária: linha “Faixa etária”; coluna “Laudo mamografia”; Ano competência “2015 - 2020”; sexo “Feminino”; tipo de mamografia de rastreamento “População de risco elevado (história familiar)”.
- Pacientes por Laudo Mamografia segundo Faixa etária: linha “Faixa etária”; coluna “Laudo mamografia”; Ano competência “2015 - 2020”; sexo “Feminino”; tipo de mamografia de rastreamento “População alvo”.
- Pacientes por Ano competência segundo Faixa etária: linha “Faixa etária”; coluna “Ano competência”; Ano competência “2015 - 2020”; sexo “Feminino”; indicação clínica “Mamografia diagnóstica”.

Já para a coleta de dados da densidade demográfica, foi utilizado o site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com pesquisa na distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade em Alagoas.

3 | RESULTADOS

Foi constatado um aumento significativo de rastreamento mamográfico entre 2015 e 2019 (gráfico 01), com 36.152 exames em 2015, 37.005 em 2016, 69.499 em 2017, 77.039 em 2018 e 80.698 em 2019, incluindo todas as faixas etárias. No entanto, houve uma diminuição em 2020, com 53.020 mamografias de rastreamento. Além disso, dentro desses seis anos, o mês de Outubro apresentou 17,65% das mamografias, sendo a maior taxa entre todos os meses (gráfico 02). Já de acordo com a faixa etária, a mais prevalente foi entre 50 e 54 anos, com valor total de 62.154 procedimentos em seis anos (17,43% do total). Apesar dessa faixa etária corresponder apenas a 2,3% (71.484) do total de mulheres, segundo o censo de 2010 do IBGE, proporcionalmente foi a que mais realizou mamografias de rastreamento ao longo dos anos, com a taxa de 86,94%.

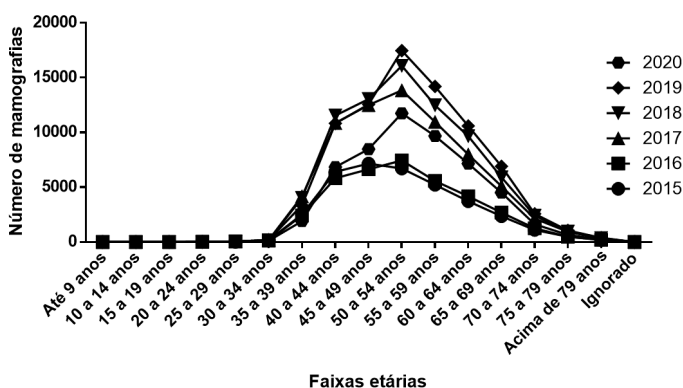


Figura 01 - Mamografias de rastreamento por faixa etária entre 2015 e 2020

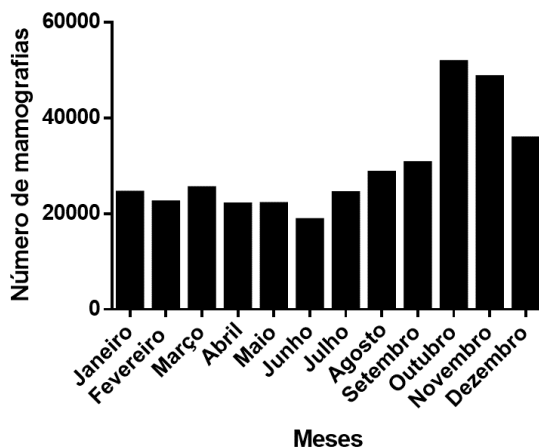


Figura 02 - Mamografias de rastreamento por mês entre 2015 e 2020

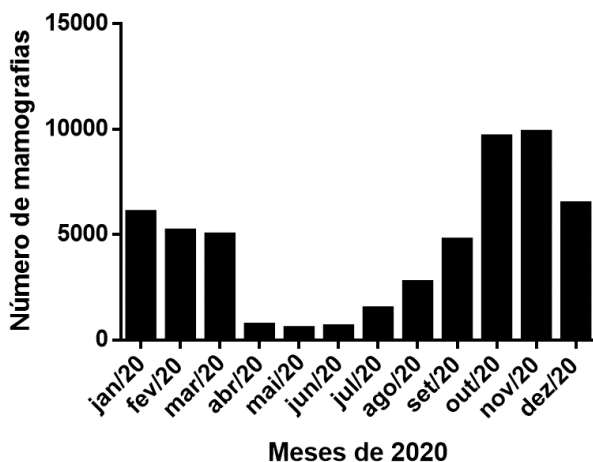


Figura 03 - Mamografias de rastreo por mês em 2020

Em relação às mamografias diagnósticas, também houve um aumento de 2015 a 2019 e acentuada redução em 2020, havendo 32 exames em 2015, 47 em 2016, 372 em 2017, 304 em 2018, 523 em 2019 e 115 em 2020 (gráfico 04). Em relação à faixa etária, a mais incidente foi entre 45 a 49 anos, com um total de 318 diagnósticos nesses seis anos (23,82% do número total).

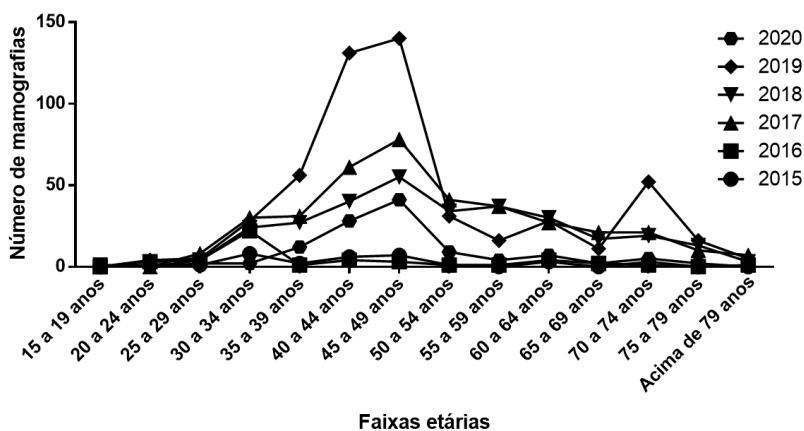


Figura 04 - Mamografias diagnósticas por faixa etária entre 2015 e 2020

Considerando ambos os tipos de mamografia (rastreamento e diagnóstico) voltado para a população alvo, o laudo mais frequente se encaixa na categoria 1 (Bi-rads 1), representando 31.394 casos (22,32% do total dessa categoria) nas mulheres dos 50 aos 54 anos. Além disso, foi observado que com o avanço da idade há uma evolução na categoria, sendo a categoria 2 a mais frequente em mulheres acima dos 55 anos (gráfico 05). Ademais, mesmo para a população de risco elevado, isto é, com histórico familiar, a categoria 1 também é a mais frequente, com 402 casos (25,26%) na mesma faixa etária (gráfico 06).

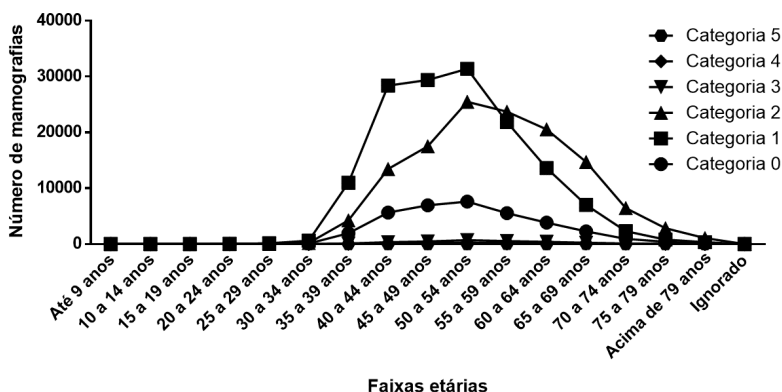


Figura 05 - Laudo por faixa etária na população alvo, entre 2015 e 2020

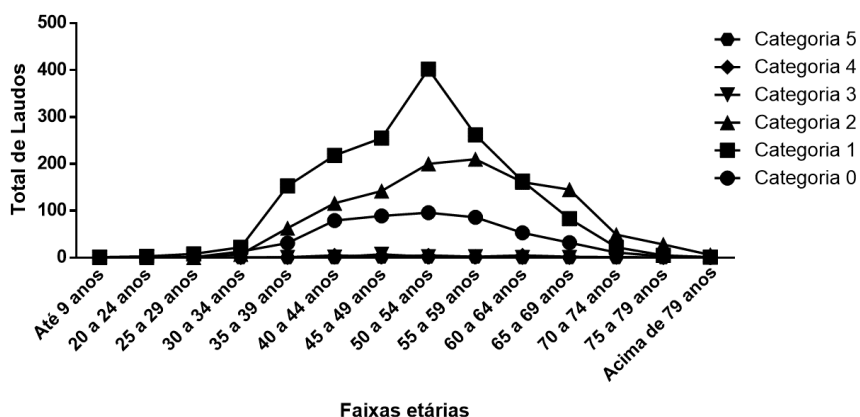


Figura 06 - Laudo por faixa etária para população de risco elevado, entre 2015 e 2020

4 | DISCUSSÃO

Em Alagoas, a estimativa de incidência de câncer de mama apresenta aumento progressivo. O biênio 2018-2019 apresentou 1.120 casos e espera-se um aumento para 1.240 casos no biênio seguinte (ANDRADE, 2020). Diante dos resultados apresentados, foi observado que a faixa etária que mais realizou mamografias de rastreamento encontra-se entre 50 a 54 anos, convergindo com a faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde para realização do exame. Já em relação às mamografias de diagnóstico, a faixa etária entre 45 a 49 anos foi a mais frequente. Assim, provavelmente o aumento na incidência ocorre devido ao aumento no rastreio a cada ano. Além disso, o acentuado aumento na realização da mamografia ao longo dos últimos anos, assim como a sua maior prevalência no mês de outubro, reflete a eficácia da campanha Outubro Rosa, uma vez que o diagnóstico precoce implica no melhor prognóstico da doença (INCA, 2019).

De acordo com os achados radiográficos através da mamografia, a categoria 1 é a mais encontrada na faixa etária de 50 a 54 anos, o que significa dizer que nenhuma alteração nas mamas foi encontrada segundo a classificação de Bi-rads, ou seja, resultado negativo para alterações da mama. Por outro lado, acima dessa faixa etária, o Bi-rads 2 prevalece, determinando achados provavelmente benignos (mas com necessidade de acompanhamento mais frequente), o que justifica a importância de realizar o rastreamento. Além disso, de acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia, o rastreio é recomendado a partir dos 40 anos, o que condiz com os dados obtidos, visto que acima dessa faixa etária foi percebida uma evolução mais frequente nas categorias e a incidência é maior acima dos 50 anos (Sociedade Brasileira de Mastologia, 2020).

Ademais, diante da pandemia do coronavírus, houve uma diminuição na quantidade total de mamografias devido à dificuldade ao acesso e a menor busca pelos serviços de saúde (ANDRADE, 2020), o que pode resultar em diagnósticos mais tardios de casos em estágio mais avançado. Apesar disso, outubro continuou sendo o mês com maior quantidade de exames realizados, assim como novembro, juntos correspondendo a 36,78% do total no ano (gráfico 03).

Os dados apresentados no resultado indicam que a campanha do Outubro Rosa vem conseguindo cumprir seus objetivos na conscientização da população acerca da prevenção do câncer de mama, uma vez que promove conhecimentos sobre a patologia, bem como sua gravidade, e a importância de rastrear precocemente, através do autoexame, sinais e sintomas e mamografia. Tais ações educativas são disponibilizadas para a população por meio de mídias sociais, imprensa, unidades de saúde, instituições e empresas, incluindo a disponibilização de panfletos, palestras e recursos visuais. No entanto, no Brasil, a distribuição dos serviços de saúde é desigual nas diferentes regiões do país, devido à baixa disponibilidade dos serviços de saúde que está associada às regiões mais pobres, havendo precariedade relacionada à realização do rastreamento ao aparato e ao estágio da doença

no diagnóstico (ANDRADE, 2020).

5 | CONCLUSÃO

Observou-se a efetividade da campanha Outubro Rosa, de acordo com os resultados obtidos, no qual constatou-se um aumento de 123,23% de 2015 para 2019, com redução de 34,16% entre 2019 e 2020, provavelmente devido à pandemia de Covid-19. Além disso, junto a forte campanha do Outubro Rosa, foi constatado que a busca por rastreio e diagnóstico precoce prevalecem no mês de Outubro e Novembro, até mesmo em 2020 com a situação da pandemia do COVID-19. Dessa forma, ressalta-se a importância de apoiar essa campanha, a fim de ampliar a prevenção e o diagnóstico de câncer de mama, bem como reduzir a mortalidade no Brasil e em Alagoas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Juliana Sarmento. Incidência e mortalidade de câncer de mama em Alagoas. Orientador: Ariana de Alencar Gonçalves Ferreira do Amaral. 2020. 20f TCC (Graduação) – Curso de Nutrição, Centro Universitário Unit, Maceió, 2020. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3681/TCC%20-%20CLARA%20LUIZA%20JULIANA%20SARMENTO%20DE%20ANDRADE.pdf?sequence=1> Acesso em: 05 Mar 2021.
- CERQUEIRA, Juliana Calazans de *et al.* Indicador preventivo de saúde da mulher: proposta combinada de mamografia e Papanicolaou. **Rev Panam Salud Publica**, jan. 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpssp/2017.v41/e99>. Acesso em: 02 mar. 2021.
- COUTO, Vanessa Brito Miguel *et al.* “Além da Mama”: o cenário do outubro rosa no aprendizado da formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 1, p. 30-37, jan. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000100030. Acesso em: 02 mar. 2021.
- CUNHA, Gerson Nunes da *et al.* Rastreamento do câncer de mama: modelo de melhoria do acesso pelo uso de mamógrafos móveis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, 19 jun. 2018. Pan American Health Organization. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49770/v43e192019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 02 mar. 2021.
- FAYER, Vívian Assis *et al.* Controle do câncer de mama no estado de São Paulo: uma avaliação do rastreamento mamográfico. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 140-152, mar. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2020000100140. Acesso em: 02 mar. 2021.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - Alagoas**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 11 de set. 2020.
- Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Conceito e Magnitude do câncer de mama**. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>. Acesso em: 02 mar. 2021.

Ministério da Saúde, DATASUS. **Sistema de Informação do Câncer - SISCAN (colo do útero e mama)**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colo-do-utero-e-mama/>. Acesso em 11 de set. 2020.

VEIGA, Eduardo Carvalho de Arruda *et al.* Repercussions of melatonin on the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 5, n. 65, p. 699-705, jun. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31166448/>. Acesso em: 02 mar. 2021.

XAVIER, Diego Ricardo et al. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. **Saúde debate**, v. 40, n. 110 jul-set 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2016.v40n110/20-35/pt/#> Acesso em: 05 mar. 2021.

CAPACIDADE DISCRIMINATIVA DA ESCALA DE BRADEN NA PREDIÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de submissão: 11/02/2021

Graziela Argenti

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa - Paraná
<https://orcid.org/0000-0001-7260-619X>

Gerson Ishikawa

Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Ponta Grossa - Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-2942-3571>

Cristina Berger Fadel

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa - Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-7303-5429>

RESUMO: O objetivo do estudo é avaliar se a escala de Braden e seus componentes possuem capacidade discriminativa no prognóstico de desenvolvimento de lesão por pressão, quando aplicado em terapia intensiva. Foram coletados dados de 764 prontuários de pacientes internados entre 2017 e 2018, sendo 582 considerados válidos. Realizou-se medidas de associação, testes de hipóteses para diferenças entre grupos, correlação bivariada e regressão logística. A idade média dos pacientes foi de 66,4 anos e a pontuação média obtida na escala de Braden de 12,57. Houve diferença estatisticamente significativa no desenvolvimento de lesão por pressão entre os grupos de alto e baixo risco. Ao analisar os componentes da escala de

Braden observou-se que ‘Percepção Sensorial’ e ‘Atividade’ se destacam como mais associados ao desenvolvimento de lesão por pressão, mas com expressiva correlação entre si. ‘Umidade’ e ‘Nutrição’ tiveram desempenho insignificante na predição de lesões por pressão. Conclui-se que a escala de Braden ainda possui capacidade preditiva de lesões por pressão em terapia intensiva, apesar do desempenho moderado, com estatística de conformidade de 0,751 (intervalo de confiança de 95% entre 0,712 e 0,791). O modelo de regressão logística sugere que apenas a mensuração de ‘percepção sensorial’ tem desempenho discriminatório equivalente à escala de Braden em terapia intensiva nesta amostra.

PALAVRAS - CHAVE: Lesão por Pressão; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermagem; Medição de Risco.

DISCRIMINATIVE CAPACITY OF THE BRADEN SCALE IN THE PREDICTION OF PRESSURE INJURY IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: The objective of the study is to evaluate whether the Braden scale and its components have a discriminative capacity in the prognosis of developing pressure injuries, when applied in intensive care. Data were collected from 764 medical records of patients hospitalized between 2017 and 2018, 582 of which were considered valid. Association measures, hypothesis tests for differences between groups, bivariate correlation and logistic regression were performed. The mean age of the patients was 66.4 years and the average score obtained on the

Braden scale was 12.57. There was a statistically significant difference in the development of pressure injuries between the high and low risk groups. When analyzing the components of the Braden scale, it was observed that 'Sensory Perception' and 'Activity' stand out as more associated with the development of pressure injury, but with significant correlation between them. 'Moisture' and 'Nutrition' had an insignificant performance in predicting pressure injuries. It is concluded that the Braden scale still has predictive capacity for pressure injuries in intensive care, despite the moderate performance, with compliance statistics of 0.751 (95% confidence interval between 0.712 and 0.791). The logistic regression model suggests that only the measurement of 'sensory perception' has discriminatory performance equivalent to the Braden scale in intensive care in this sample.

KEYWORDS: Pressure Ulcer; Intensive Care Unit; Critical Care; Nursing Care; Risk Assessment.

1 | INTRODUÇÃO

Lesão por pressão (LPP) corresponde a danos na pele ou em tecidos subjacentes a uma proeminência óssea, em consequência de pressão prolongada ou de um dispositivo médico. Úlcera por pressão, úlcera de decúbito e escara de leito são denominações também encontradas na literatura, sendo lesão por pressão o termo o mais adequado após atualização por consenso, em 2016, pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (EDSBERG et al., 2016; BECKER et al., 2017; COSTA; COSTA; BOUÇÃO, 2016; BORGHARDT et al., 2015; DEBON et al., 2018; GOODMAN et al., 2018).

A ocorrência de LPP é um evento ainda comum nos vários contextos de assistência à saúde apesar dos avanços acerca do conhecimento de seus fatores de risco e melhorias dos métodos e tecnologias de prevenção. Constitui um agravo de importância epidemiológica, com proporções de incidência de amplitude considerável que variam entre 3% a 62,5% e acometendo em sua maioria pacientes críticos, tendo como principais reflexos o aumento do risco de complicações hospitalares, aumento do tempo de internação e dos custos de tratamento, além de ser motivo de sofrimento e dor demonstrando dessa forma ser um dos eventos adversos do cuidado mais complexos enfrentados por gestores de saúde (COSTA; COSTA; BOUÇÃO, 2016; CAMPANILI et al., 2015; BORGHARDT et al., 2015; Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA], 2017; ALDERDEN, et al., 2017; GOODMAN et al., 2018).

A escala de Braden foi publicada em 1987 e é uma das mais difundidas ferramentas de mensuração do risco de desenvolvimento para LPP, com validação e tradução para diversos idiomas ao redor do mundo (BOGIE et al. 2018; DEBON et al., 2018). No Brasil, a escala de Braden foi validada em 1999 e está amparada na fisiopatologia ampla das lesões por pressão, permitindo avaliação de aspectos importantes à sua formação, segundo seis parâmetros: 'percepção sensorial', 'umidade', 'mobilidade', 'atividade', 'nutrição' e 'fricção e cisalhamento' que juntos compõe os determinantes clínicos e de tolerância do tecido à

pressão (BERGSTRON et al., 1987; PARANHOS; SANTOS, 1999).

Como a escala de Braden não foi originalmente concebida para ser específica de setores de terapia intensiva, há controvérsias em sua aplicação neste público. Costa; Costa; Boução, (2016) apontam que a escala de Braden tem valor preditivo de LPPs em pacientes internados em UTI, enquanto Bogie et al (2018) e El-Marsi et al. (2018) apontam falhas principalmente pelo fato de que essa escala não aborda fatores específicos de terapia intensiva, sendo portanto ferramenta generalista. Neste contexto, a possibilidade de se mensurar antecipadamente o risco de um paciente desenvolver LPP possibilita intervenções precoces e medidas oportunas de vigilância epidemiológica, tornando cada vez mais as LPPs um evento evitável.

O objetivo do presente estudo foi avaliar se a escala de Braden e seus componentes possuem capacidade discriminativa no prognóstico de desenvolvimento de LPP quando aplicado em UTI. Por capacidade discriminativa, entende-se a medida em que a classificação da escala de Braden prediz corretamente os pacientes que serão acometidos por LPP em UTI e aqueles que não serão (especificidade e sensibilidade, respectivamente).

Os resultados aqui apresentados são integrantes de projeto de pesquisa e foi aprovada em comitê de ética sob protocolo CAEE: 21591719.7.0000.0105, número do parecer: 3.604.604.

2 | MÉTODO

O presente estudo, de caráter epidemiológico, longitudinal retrospectivo e observacional, investiga a incidência de LPP em UTI e sua associação com a escala de Braden, aplicada na admissão do paciente.

Foram coletados dados de prontuários arquivados de pacientes que estiveram internados em uma unidade de terapia intensiva de média complexidade em um hospital público no município de médio porte do sul do Brasil, e que saíram da unidade no período de 2017 a 2018 (n= 764), com auxílio de planilha própria com dados constantes nos prontuários arquivados, constituídos por arquivos mistos (digitais e manuscritos). Para avaliar a capacidade discriminativa da escala de Braden foram coletados: dados demográficos (sexo e idade), dados clínicos (motivo de internação considerando a Classificação Internacional de Doenças [CID], presença de doença crônica, tempo de internação na UTI, presença ou ausência de LPP na admissão, presença ou ausência LPP na saída e estadiamento da ferida, quando presente) e dados sobre a avaliação pela escala de Braden e seus componentes.

Por prática do hospital, os pacientes da unidade foram avaliados em até 24 horas a partir da admissão quanto ao risco de desenvolvimento de LPPs utilizando-se a escala de Braden com registro em prontuário e diariamente após isso. Utilizou-se nesse estudo a primeira nota atribuída da escala de Braden por ser a única medida em que constavam as

notas das subescalas de forma sistemática.

Foram excluídos prontuários de pacientes já admitidos com LPP (n=150). Foram excluídos menores de 18 anos (n= 11) e aqueles com internamento inferior a 12 horas (n= 20). Houve perda amostral de um prontuário considerado incompleto, totalizando 582 prontuários considerados válidos.

A análise descritiva e a análise estatística foram feitas com auxílio do software *IBM Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22. Na análise descritiva da amostra foram descritas frequências, médias e incidência de LPP e demais variáveis coletadas. Depois das estatísticas descritivas da amostra, a análise da capacidade discriminativa da escala de Braden foi feita em duas etapas. Inicialmente a amostra foi estratificada em grupos com base no grau de risco indicado pela escala de Braden dicotomizada em alto risco (pontuação menor ou igual a 12) e baixo risco (superior a 12) e em grupos com base na presença ou ausência de LPP na saída da UTI. Aplicando-se o conceito de “valores nulos” em associações (WESTREICH, 2020), foram avaliadas as estatísticas de diferença entre médias destes grupos (testes para refutar a hipótese nula de que não há diferenças entre os grupos classificados pelo risco: ‘t de Student’, ‘Chi quadrado’ de Pearson). As correlações entre os componentes da escala de Braden e o maior ou menor risco apontado para desenvolvimento de LPP foram obtidas pela correlação de postos de Spearman. Também foram testadas as correlações entre os componentes da escala de Braden e o desenvolvimento de LPP. A seguir foram avaliadas a especificidade e a sensibilidade da capacidade discriminativa através da análise de modelos de regressão logística, tendo a dicotomização das variações de LPP (desenvolvimento de LPP ou não) como variável dependente e a escala de Braden (ou seus componentes) como variáveis preditoras da probabilidade de desenvolvimento (ou não) de LPP. Os parâmetros de capacidade discriminativa da escala de Braden foram calculados com a estatística de conformidade dos modelos de regressão logística, conhecida como área sob a curva ‘*Receiver Operating Characteristic*’ (AUC - ROC) (KLEIMBAUM; KLEIN, 2010; WESTREICH, 2020).

3 | RESULTADOS

Dos 582 internos selecionados para o estudo, 200 desenvolveram LPP durante estadia em terapia intensiva sendo a proporção de incidência igual a 34,3%.

A tabela 01 apresenta as principais características demográficas e clínicas dos pacientes e o grau de desenvolvimento de LPPs na saída da UTI.

		Total n=582	Sem LPP n=382	Com LPP n=200	Grau 1 n =73	Grau 2 n =101	Grau 3 n =23	Grau 4 n = 3
Idade	Média	66,4	64,1	70,57	70,53	70,67	74,39	68,67
Sexo	Masculino	276 (47,4%)	183	93	31	51	10	1
	Feminino	306 (52,6%)	199	107	42	50	13	2
Presença de Doença Crônica	Hipertensão	299 (51,3%)	183	116	46	51	16	3
	Diabetes	154 (26,4%)	97	57	19	25	11	2
Doença Crônica	Doença coronariana	203 (34,8%)	127	76	23	16	30	1
	*DPOC	135 (23,2%)	65	70	20	38	10	2
Tempo de UTI**	Média em dias (intervalo)	6,02 (0-96)	3,33 (0-96)	11,2 (0-67)	5,28 (0-13)	12,4 (1-67)	19,8 (5-47)	47 (27-62)

Tabela 01 – Valores absolutos e relativos de dados demográficos e clínicos extraídos de prontuários de hospital público, período 2017 a 2018. Ponta Grossa-PR. 2020. Brasil.

Notas: **Tempo médio de Internamento em UTI em dias e entre parênteses período mínimo e máximo observado. Legenda: LPP – Lesão Por Pressão. DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Nesta amostra as principais causas de internação conforme classificação internacional de doenças (CID) registrado foram as pneumonias (19,4%), seguidas de fraturas de fêmur (12,2%), insuficiência cardíaca (11,1%), abdome agudo (11,3%) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (7,5%). Todas as outras causas atingiram menos de 5% da amostra cada.

A menor nota atribuída na escala de Braden foi 08 e a maior 20, com média de 12,57 e mediana de 11 (desvio padrão de 2,26), indicando que estes pacientes em conjunto têm alto risco para o desenvolvimento de LPPs. A tabela 02 traz informações sobre as pontuações obtidas na escala de Braden.

Pontuação de Braden	Sem LPP	Com LPP	LPP Grau 1	LPP Grau 2	LPP Grau 3	LPP Grau 4	Total da amostra
8 – 12	161 (42,1%)	180 (90%)	64 (87,6%)	90 (89,1%)	23 (100%)	3 (100%)	341 (58,6%)
13 – 14	61 (16%)	10 (5%)	5 (6,8%)	5 (5%)	0	0	71 (12,2%)
15 – 20	160 (41,9%)	10 (5%)	4 (5,5%)	6 (5,9%)	0	0	170 (29,2%)
Total	382	200	73	101	23	3	582 (100%)

Tabela 02 – Frequências dos valores absolutos e relativos da pontuação na escala de Braden, de acordo com o grau de risco. Prontuários clínicos de uma UTI de hospital público, período 2017 a 2018. Ponta Grossa-PR. 2020. Brasil.

Nota: Percentuais por coluna. Optou-se por unificar as pontuações menores que 12 pelo fato de que apenas 14 pacientes (2,4% do total) tiveram pontuação igual ou inferior a 9. Legenda: LPP = Lesão por pressão. Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Também foram coletadas informações sobre as notas que compõe a escala de Braden e seus resultados são apresentados na tabela 03. Para algumas subescalas as notas dos pacientes encontram-se quase que totalmente concentradas, fato que pode ser explicado pelo perfil de pacientes de uma UTI geral, que frequentemente se encontram restritos ao leito, em uso de diversos dispositivos médicos e com restrições à administração de dieta.

Subescalas	Pontuação				Total
	1	2	3	4	
Percepção sensorial	325 (55,8%)	27 (4,6%)	79 (13,6%)	151 (25,9%)	582
Umidade	1 (0,2%)	0	575 (98,8%)	6 (1%)	582
Atividade	343 (58,9%)	218 (37,5%)	21 (3,6%)	0	582
Mobilidade	28 (4,8%)	489 (84%)	64 (11%)	1 (0,2%)	582
Nutrição	27 (4,6%)	513 (88,1%)	42 (7,2%)	0	582
Fricção e Cisalhamento	82 (14,1%)	457 (78,5%)	43 (7,4%)	NA	582

Tabela 03 – Frequências dos valores absolutos e relativos da pontuação de subescalas da escala de Braden. Prontuários clínicos de uma UTI de hospital público, período 2017 a 2018.

Ponta Grossa-PR. 2020. Brasil.

Nota: percentuais por linha. Legenda: NA – Não aplicável por não conter esta nota na escala de Braden. Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

Calculou-se o estadiamento médio das LPPs considerando a variação de 0 (zero, sem lesão) a 4 (grau mais severo documentado) e chegou-se à média de 0,612 para o grupo total de pacientes, com desvio padrão de 0,94. Para a avaliação desta média de grupo, os pacientes foram divididos de acordo com a nota de Braden dicotomizada em alto risco (≤ 12 pontos) e baixo risco (≥ 13 pontos) (PARANHOS; SANTOS, 1999), conforme tabela 04. A avaliação de Braden ocorreu na admissão do paciente na UTI e a classificação da LPP ocorreu na saída. O grupo de alto risco tem média de grau de LPP 7,38 vezes maior que o grupo de baixo risco, indicando a menor gravidade de eventuais lesões que ocorreram neste grupo.

Grupos	Número de casos (%)	Média do grau de LPP na saída	Desvio Padrão	teste-t para Igualdade de Médias			
				Diferença média	Erro padrão	Sig.	
Alto risco	341 (58,6%)	0,953	1,042	VIA	0,8244	0,0715	0,000
Baixo risco	241 (41,4%)	0,129	0,451	VINA	0,8244	0,0635	0,000
Geral	582 (100%)	0,612	0,94				

Tabela 04 – Valores absolutos e relativos de casos de LPP por grau de risco, de acordo com o período analisado. Prontuários clínicos de uma UTI de hospital público, período 2017 a 2018.

Ponta Grossa-PR. 2020. Brasil.

Legenda: VIA - Variâncias iguais assumidas; VINA- Variâncias iguais não assumidas; LPP - Lesão por pressão (variando de zero a quatro).

Nota: O ponto de corte adotado foi o recomendado por Paranhos e Santos (1999).

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

A fim de se verificar a associação entre subescalas de Braden e o desenvolvimento de LPPs a amostra também foi estratificada em outros dois grupos pelo critério de presença ou ausência de LPP na saída da UTI. As frequências das notas obtidas na escala de Braden nos grupos com LPP e sem LPP estão dispostas de maneira detalhada na tabela 05 acompanhados do teste de associação 'Chi-quadrado' para variáveis qualitativas (BARBETTA, 2004).

Grupo		Pontuação das subescalas de Braden conforme estado do paciente na admissão em terapia intensiva				Total	Teste do Chi quadrado	
		1	2	3	4		Valor	Sig.
Percepção Sensorial	Sem LPP	148 (38,7%)	22 (5,8%)	68 (17,8%)	144 (37,7%)	382	135,0	0,000
	Com LPP	177 (88,5%)	5 (2,5%)	11 (5,5%)	7 (3,5%)	200		
Umidade	Sem LPP	0	0	377 (98,7%)	5 (1,3%)	382	NA *	
	Com LPP	1 (0,5%)	0	198 (99%)	1 (0,5%)	200		
Atividade	Sem LPP	165 (43,2%)	198 (51,8%)	19 (5,0%)	0	382	113,8	0,000
	Com LPP	178 (89%)	20 (10%)	2 (1%)	0	200		
Mobilidade	Sem LPP	18 (4,7%)	307 (80,4%)	56 (14,7%)	1 (0,3%)	382	15,3*	0,000
	Com LPP	10 (5%)	182 (91%)	8 (4%)	0	200		
Nutrição	Sem LPP	15 (3,9%)	338 (88,5%)	29 (7,6%)	0	382	1,45	0,483
	Com LPP	12 (6%)	175 (87,5%)	13 (6,5%)	0	200		
Fricção e cisalhamento	Sem LPP	47 (12,3%)	297 (77,8%)	38 (9,9%)		382	12,45	0,002
	Com LPP	35 (17,6%)	160 (80%)	5 (2,5%)		200		
Pontos		8 – 9	10 – 12	13 – 14	≤15			
Braden	Sem LPP	7 (1,8%)	154 (40,3%)	61 (16%)	160 (41,9%)	382	125,4	0,000
	Com LPP	7 (3,5%)	173 (86,5%)	10 (5%)	10 (5%)	200		

Tabela 05 - Valores absolutos e relativos da pontuação das subescalas de Braden nos grupos com e sem LPP, de acordo com o período analisado. Prontuários clínicos de uma UTI de hospital público, período 2017 a 2018. Ponta Grossa-PR. 2020. Brasil.

Notas: (NA*) Não satisfaz as prerrogativas do teste por conter células com contagem esperada menor que 5 e contagem mínima esperada menor do que 1. (**) Calculado excluindo-se a coluna de nota 4 por conter apenas um caso e visando satisfazer as necessidades do teste Chi-quadrado. Percentuais por linha. Legenda: P. sensorial = Percepção Sensorial. Fricção e C. = Fricção e Cisalhamento. Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

A análise da correlação de Spearman, aplicável a variáveis ordinais (HO, 2014), entre notas de Braden, seus componentes e o desenvolvimento de LPPs aponta que Braden e as subescalas de 'Percepção Sensorial' e 'Atividade' possuem maior correlação (-0,431,

-0,477 e -0,437 com significância bilateral <0,001). 'Mobilidade' assim como 'Fricção e Cisalhamento' apresentam baixa correlação com LPP (-0,138 e -0,129 com significância bilateral <0,01). Umidade e Nutrição praticamente não possuem correlação com LPP nesta UTI (-0,057 e -0,043 sem significância). Os resultados das correlações ainda permitem observar que apenas uma subescala (Percepção Sensorial) já teria desempenho levemente superior a da escala de Braden nesta amostra com coeficiente de correlação com LPP igual a -0,477 (versus -0,431 de Braden). Adicionalmente, o componente de 'Percepção Sensorial' está fortemente correlacionado com 'Atividade' (correlação de 0,868 com significância bilateral <0,001), sugerindo que apenas um componente poderia ser suficiente para o prognóstico de desenvolvimento de LPP e com desempenho similar ao da escala de Braden em terapia intensiva.

Para a análise do desempenho discriminativo da escala de Braden, utilizou-se a regressão logística (KLEIMBAUM; KLEIN, 2010) sendo que o principal parâmetro de comparação é a estatística de concordância também conhecida com AUC (*Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve*). A curva AUC é construída a partir da especificidade e da sensibilidade do modelo de regressão logística variando-se o valor de recorte entre 0 e 1. Kleimbaum e Klein (2010) sugerem que valores de AUC entre 0,5 e 0,6 correspondem a capacidade discriminativa pobre, entre 0,6 e 0,7 moderada, boa entre 0,8 e 0,9 e excelente entre 0,9 e 1,0.

	Const.	B	Odds Ratio	IC. 95% para EXP(B)		AUC	IC 95% (AUC)	
				Limite Inferior	Limite Superior		Limite inferior	Limite superior
Braden	6,127	-0,560***	0,571	0,508	0,642	0,751***	0,712	0,791
Percepção sensorial	1,226	-1,064***	0,345	0,278	0,429	0,760***	0,722	0,799

Tabela 06 – Coeficientes e estatísticas de concordância (AUC) dos modelos de regressão logística por período analisado, de acordo com Braden e subescala Percepção sensorial. Prontuários clínicos de uma UTI de hospital público, período 2017 a 2018. Ponta Grossa-PR. 2020. Brasil.

Legenda: IC: Intervalo de Confiança. B: coeficiente da variável na equação de regressão logística. Exp(B): razão de chance do coeficiente. ***: significância do coeficiente da regressão ou significância assintótica do AUC menor que 0,001. AUC: Área sob a Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*). Significância assintótica do AUC sob suposição paramétrica; hipótese nula: área real = 0,5.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

A tabela 06 compara os modelos de regressão logística univariável. Em termos de capacidade discriminativa, os modelos de regressão logística com Braden e com Percepção Sensorial apresentam AUC similares (0,751 vs 0,760, respectivamente para Braden e Percepção Sensorial). Considerando-se os intervalos de confiança a 95%, não

há diferença nos valores de AUC entre esses modelos sugerindo que Percepção Sensorial, nesta amostra, tem capacidade discriminativa equivalente à escala de Braden.

4 | DISCUSSÃO

Esse estudo concentrou-se na avaliação da capacidade discriminativa da escala de Braden na predição de desenvolvimento de LPPs apenas em pacientes de média complexidade de UTI. O estudo de LPPs neste tipo de ambiente não admite ensaios “randomizados” por questões éticas de não maleficência. Essa avaliação é representativa do perfil de pacientes desse hospital de atendimento SUS em cidade de médio porte (abaixo de 500.000 habitantes), de média complexidade e de faixa etária média acima de 60 anos.

Alinhado com a elevada incidência de LPPs em hospitais, principalmente em UTIs e apesar dos avanços na segurança do paciente e nos cuidados de prevenção (KAYSER; VANGILDER; LACHENBRUCH, 2018; SILVA; COSTA; PISSAIA, 2018), no presente estudo, 34,3% dos pacientes desenvolveram LPPs durante estadia em terapia intensiva, estando este índice de incidência dentro de limites já identificados em outros estudos (BECKER et al., 2017; ALDERDEN, et al., 2017; COX; ROCHE, 2015). Artigos publicados em diferentes regiões indicam a variação de incidência de LPP em hospitais entre 10,0% a 62,5%. El-Marsi et al. (2018) encontraram a incidência de 33,7% em uma UTI do Líbano. No Brasil, Becker et al. (2017) encontraram 13,6% de incidência de LPPs em seu estudo multicêntrico. Alderdeen et al., (2017) trazem incidências entre 3% a 60% ao redor do mundo em revisão de literatura. Tzuc-Guardia, Vega-Morales e Colli-Novelo (2015) apontam a média de prevalência de LP de 18,5% em um conjunto de 11 países europeus. Goodman et al. (2018) trazem dados de prevalência de LP em torno de 49% na Europa ocidental e 50% na Austrália. Campanili et. al (2015) trazem dados de incidência de LPP brasileiros que variam entre 10% a 62,5%.

A capacidade preditiva da escala de Braden sobre o desenvolvimento de LPP na amostra do presente estudo se mostrou indicativa de maior risco para desenvolvimento de lesão por pressão, em consonância com estudos de Kayser; Vangilder; Lachenbruch, (2018), Tzuc-Guardia, Vega-Morales e Colli-Novelo (2015), Goodman et al. (2018), Debon et al. (2018) e Tescher et al. (2012). Porém, o reconhecimento de quais indivíduos possuem maior risco de sofrer lesões por pressão no cuidado em terapia intensiva tem se mostrado problemático porque as escalas de avaliação de risco atualmente utilizadas para pacientes em cuidados críticos tendem a superestimar o risco para LPPs (ALDERDEN, et al., 2017). Tzuc-Guardia, Vega-Morales e Colli-Novelo (2015) relatam que a escala de Bradem apontou 100% dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva como sendo de alto risco. Na amostra do presente estudo os pacientes considerados de alto risco (12 pontos ou menos) chegaram a 58,5%. Quando se compara o grupo de pacientes da amostra que tiveram escores de 12 pontos ou menos na escala de Braden (alto risco)

pode-se perceber que a maioria deles acabou por desenvolver LPP apesar de seguirem o mesmo protocolo de cuidados (161 sem lesão e 180 com lesão). Esta proporção foi pronunciadamente diferente entre os pacientes com pontuação igual ou maior que 13 na escala de Braden (222 sem LPP e 20 com LPP) (tabela 2).

Diferentemente de Tescher et al. (2012), que sugerem a observação das pontuações das subescalas de Braden para individualização do cuidado e melhor identificação dos fatores de risco de LPPs (para concentrar esforços de prevenção em fatores específicos de cada paciente), este estudo não identificou diferenças significativas que individualizem fatores específicos a partir das subescalas de Braden.

A análise das subescalas de Braden na amostra indica forte correlação de LPP com ‘percepção sensorial’ e ‘atividade’, que correspondem aos componentes mais explicativos de alto risco de LPP em UTI. Destaca-se que foram identificadas correlações moderadas (inferiores a 0,5) de LPP com ‘mobilidade’ e ‘fricção e cisalhamento’ e baixa correlação com ‘umidade’ e ‘nutrição’. Lahmann e Kottner (2011), em um dos raros estudos que analisam os componentes da escala de Braden, encontraram diferenças na etiologia de lesões superficiais e profundas usando subescalas de Braden. No referido estudo, os autores observaram maior associação entre ‘fricção e cisalhamento’ e lesões superficiais (de grau 2) e entre ‘mobilidade’ e lesões profundas (de grau 3 e 4). No entanto, Kayser; Vangilder; Lachenbruch, (2018) consideram que a pequena amostra de lesões de graus 3 e 4 possa ser importante viés da pesquisa, além do fato de o estudo não ter considerado LPPs de grau 1.

Para a análise da capacidade discriminativa da escala de Braden, utilizou-se a regressão logística (BORGHARDT et al., 2015; SIMÃO; NOGUEIRA; GARCIA, 2020), sendo que o principal parâmetro de comparação é a estatística de concordância (AUC: *Area under the receiver operating characteristic curve*). A capacidade discriminativa de Braden foi moderada. Além disto, utilizando apenas a subescala de ‘percepção sensorial’ nesta amostra, obteve-se capacidade discriminativa muito semelhante à de Braden (com sobreposição significativa entre os valores de AUC com intervalo de confiança de 95%).

Por fim, a literatura aponta que ainda são desconhecidos os fatores indiretos de risco que influenciam a suscetibilidade de um paciente a lesões superficiais ou graves por pressão (KAYSER; VANGILDER; LACHENBRUCH, 2018). O documento SCALE (Skin Changes At Life’s End) traz ponderações sobre tal suscetibilidade individual ao desenvolvimento de LPP e aponta que as mudanças fisiológicas do processo de morrer e de estados críticos podem causar mudanças inevitáveis na pele e em tecidos moles, independente do grau de cuidados adotados na sua prevenção (SIBBALD; KRASNER; LUTZ, 2010; AYELLO et al., 2019).

À medida que novos estudos sobre a etiologia de LPPs são realizados, novos conceitos passam a ser debatidos. Um exemplo disso é o conceito de ‘*insuficiência cutânea*’ definido por Langemo e Brown (2006) e refinado por Delmore et al. (2015) como “o estado

de hipoperfusão que ocasiona isquemia e morte da pele e do tecido subjacente e que ocorre concomitantemente com disfunção grave ou falha de outros sistemas orgânicos” classificando o evento como agudo, crônico e de fase final de vida (AYELLO et al., 2019; LANGEMO; BROWN, 2006; DELMORE et al. 2015). Pondera-se ainda que no paciente gravemente enfermo, o fenômeno de insuficiência cutânea aguda pode estar ocorrendo e esses eventos podem ser incorretamente identificados como LPPs, com o atual nível de evidência (DELMORE et al. 2015; AYELLO et al., 2019) reforçando que mais estudos ainda são necessários até a plena compreensão dos eventos que culminam em lesões do maior órgão humano que é a pele.

5 | LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Trata-se de estudo retrospectivo e observacional, portanto comparações futuras mesmo que com nova amostra do mesmo hospital devem levar em consideração o perfil de pacientes analisados e as tecnologias de cuidado disponíveis na prevenção e tratamento de LPPs. Os dados coletados foram de fontes secundárias e a qualidade exatidão de seu registro influenciam os resultados de qualquer pesquisa. Tomou-se o cuidado neste estudo de detalhada leitura dos registros feitos por diferentes categorias profissionais para se verificar a exatidão e confiabilidade dos dados coletados.

6 | CONCLUSÃO

A escala de Braden quando aplicada em terapia intensiva tem capacidade preditiva sobre o risco de desenvolvimento de LPP, porém pouco expressiva. No caso desta amostra as subescalas ‘umidade’ e ‘nutrição’ contribuem pouco para diferenciar os casos. Existe elevada correlação entre ‘percepção sensorial’ e ‘atividade’ e moderada correlação entre ‘percepção sensorial’ e ‘mobilidade’. A regressão logística sugere que apenas a mensuração de ‘percepção sensorial’ tem desempenho semelhante à escala de Braden em terapia intensiva nesta amostra. Mais estudos ainda são necessários até a plena compreensão dos fatores que envolvem LPPs em UTIs.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Núcleo de Educação Permanente da Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa pela permissão concedida para coleta de dados.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

AYELLO, E. A. *et al.* Reexamining the Literature on Terminal Ulcers, SCALE, Skin Failure, and Unavoidable Pressure Injuries. **Advances in Skin & WoundCare**, [S. l.], ano 3, v. 32, p. 109-121, mar. 2019. Disponível em: https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2019/03000/Reexamining_the_Literature_on_Terminal_Ulcers,.4.aspx. Acesso em: 1 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) (Brasil). Nota técnica GVIMS/GGTES nº03/2017. **Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde**, [S. l.], 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-03-2017>. Acesso em: 18 out. 2018.

ALDERDEN, Jenny *et al.* Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 71, p. 97-114, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748917300858?via%3Dihub>. Acesso em: 4 mar. 2019.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 5. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.

BECKER, Delmiro *et al.* Pressure ulcers in ICU patients: Incidence and clinical and epidemiological features: A multicenter study in Southern Brazil. **Intensive Crit Care Nurs**, [s. l.], n. 42, p. 55-61, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28434805/>. Acesso em: 27 fev. 2019.

BERGSTRON, N *et al.* The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. **Nurs Res**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 205-10, Jul-Aug 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3299278/>. Acesso em: 30 out. 2020.

BOGIE, Kath M *et al.* Individualized Clinical Practice Guidelines for Pressure Injury Management: Development of an Integrated Multi-Modal Biomedical Information Resource. **JMIR Res Protoc**, [s. l.], v. 7, n. 9, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30190252/>. Acesso em: 14 mar. 2019.

BORGHARDT, Andressa Tomazini *et al.* Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 28-35, jan.-fev. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00028.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.

CAMPANILI, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino *et al.* Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Rev. esc. enferm. USP**, [s. l.], v. 49, n. n.spe, p. 7-14, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000700007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 9 abr. 2019.

COSTA, Cristiane Ribeiro da; COSTA, Laís Moreira da; BOUÇÃO, Daniela Maria Nantes. Escala de Braden: a importância da avaliação do risco de úlcera de pressão em pacientes em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Científica de Enfermagem**, [s. l.], v. 6, n. 17, 2016. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/recien/article/view/147>. Acesso em: 5 mar. 2019.

COX, Jill; ROCHE, Sharon. Vasopressors and development of pressure ulcers in adult critical care patients. **Am J Crit Care**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 501-10, 2015. DOI 10.4037/ajcc2015123. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26523008/>. Acesso em: 28 fev. 2019.

DEBON, Raquel *et al.* A Visão de Enfermeiros Quanto a Aplicação da Escala de Braden no Paciente Idoso. **Revista Cuidado é Fundamental**, [s. l.], v. 10, n. 3, 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6210>. Acesso em: 23 abr. 2019.

DELMORE, Barbara *et al.* Differentiating a Pressure Ulcer from Acute Skin Failure in the Adult Critical Care Patient. **Advances in Skin & Wound Care**, [s. l.], v. 28, n. 11, p. 514-524, 2015. Disponível em: https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2015/11000/Differentiating_a_Pressure_Ulcer_from_Acute_Skin.7.aspx. Acesso em: 16 out. 2020.

EDSBERG, Laura E. *et al.* Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, [s. l.], v. 43, n. 6, p. 585–597, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5098472/>. Acesso em: 1 dez. 2016.

EL-MARSI, Jihad *et al.* Predictors of Pressure Injuries in a Critical Care Unit in Lebanon: Prevalence, Characteristics, and Associated Factors. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, [s. l.], v. 45, n. 2, p. 131-136, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29521923/>. Acesso em: 2 mar. 2019.

GOODMAN, Laurie *et al.* A comparison of hospital-acquired pressure injuries in intensive care and non-intensive care units: a multifaceted quality improvement initiative. **BMJ Open Quality**, [s. l.], v. 7, n. 4, 2015. Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/7/4/e000425>. Acesso em: 24 abr. 2019.

HO, Robert. **Handbook of Univariate and Multivariate Data Analysis with IBM SPSS**. 2. ed. [S. l.]: CRC Press, 2014.

KAYSER, Susan A; VANGILDER, Catherine A; LACHENBRUCH, Charlie. Predictors of superficial and severe hospital-acquired pressure injuries: A cross-sectional study using the International Pressure Ulcer Prevalence™ survey. **Int J Nurs Stud**, [s. l.], v. 89, p. 46-52, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30339955/>. Acesso em: 29 maio 2019.

KLEINBAUM, D. G.; KLEIN, M. **Logistic Regression**. 3. ed. [S. l.]: Springer, 2010.

LAHMANN, Nils A.; KOTTNER, Jan. Relation between pressure, friction and pressure ulcer categories: a secondary data analysis of hospital patients using CHAID methods. **Int J Nurs Stud**, [s. l.], v. 48, n. 12, p. 1487-94, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21839999/>. Acesso em: 30 set. 2020.

LANGEMO, Diane K.; BROWN, Gregory. Skin fails too: acute, chronic, and end-stage Skin failure. **Adv Skin Wound Care**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 206-11, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16641567/>. Acesso em: 6 out. 2020.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev Esc Enf USP**, [s. l.], v. 33, n. esp, 1999. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2020

SIBBALD, Gary R.; KRASNER, Diane L.; LUTZ, James. SCALE: Final Consensus Statement: October 1, 2009. **Advances in Skin & Wound Care**, [s. l.], v. 23, n. 5, p. 225-236, 2010. Disponível em: https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2010/05000/SCALE__Skin_Changes_at_Life_s_EndFinal_Consensus.9.aspx. Acesso em: 30 set. 2020.

SILVA, Fabiane da; COSTA, Arlete Eli Kunz da; PISSAIA, Luís Felipe. Análise bibliográfica das iniciativas de prevenção da lesão por pressão em adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 7, n. 5, 2018. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/339/274>. Acesso em: 2 maio 2020.

SIMÃO, Nathália Santana; NOGUEIRA, Paula Cristina; GARCIA, Paulo Carlos. FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. In: SOMBRA, Isabelle Cordeiro de Nojosa (org.). **Diário da teoria e prática na enfermagem 6**. [S. l.]: Athena, 2020. cap. 10, p. 81-93. *E-book*, PDF.

TESCHER, Ann N. *et al.* All at-risk patients are not created equal: analysis of Braden pressure ulcer risk scores to identify specific risks. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 282-91, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22552104/>. Acesso em: 28 set. 2020.

TZUC-GUARDIA, A.; VEGA-MORALES, E.; COLLI-NOVELO, L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. **Enferm. univ**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 204-211, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632015000400204&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2019.

WESTREICH, D. **Epidemiology by Design**. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2020.

CAPÍTULO 10

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ORIENTAÇÕES DE AUTOCUIDADO EM HOMENS DIABÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Data de submissão: 05/02/2020

Maria Julia de Lima

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências Biológicas – Enfermagem
Bandeirantes – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/3705486443593474>

Jullyendre Alves Teixeira da Silva

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências Biológicas – Enfermagem
Bandeirantes – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0707637008406198>

Beatriz Krull Elias

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências Biológicas – Enfermagem
Bandeirantes – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0913234288367035>

Natalia Maria Maciel Guerra da Silva

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências Biológicas – Enfermagem
Bandeirantes – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0818153382442355>

RESUMO: Nos serviços de saúde, a atenção básica é a porta de entrada em assistências a saúde. E devido a construção sociocultural o indivíduo do sexo masculino não consegue reconhecer a necessidade do cuidado com a própria saúde. A falta de conhecimento sobre a fisiopatologia do diabetes mellitus acabou elevando a incidência nos últimos anos em

homens com essa doença. A síndrome pode ter etiologia múltipla tanto pela falta de insulina e/ou incapacidade da insulina de exercer suas funções adequadamente. E incluir homens na atenção básica acabou sendo um desafio da política públicas em saúde. Como um profissional da atenção básica, é essencial ações de atenção em educação em saúde voltados para homens diabéticos, oferecendo orientações quanto a síndrome, mostrando as consequências e orientando quanto aos cuidados necessários para a melhora, como uma nutrição mais saudável, a importância da realização de atividade física e a priorização dos cuidados adequados. Os dados dos pacientes da pesquisa foram coletados através da aplicação de um questionário semiestruturado e com o resultado do exame de glicemia em jejum. No período do mês de outubro a dezembro foram entrevistados e coletados sangue de 177 homens; dentre eles 53 apresentaram alteração na glicemia; apenas 15 participantes eram diagnosticados com a DM e apenas 11 realizam tratamento; outros 38 não possuíam diagnóstico. Quando questionados ao motivo pelo qual não procuram uma assistência à saúde, foi relatado que falta um acolhimento nas unidades básicas. E ao final foram realizados consulta de enfermagem com os homens participantes. E no ano 2020 os atendimentos na Clínica da UENP foram suspensos devido a pandemia do Coronavírus, não sendo possível dar continuidade nas atividades propostas no trabalho. Mas durante o período foram divulgadas em mídias sociais trabalhos com orientações quanto a síndrome e entre outros.

PALAVRAS - CHAVE: masculinidade, atenção

em saúde, diabetes mellitus.

HEALTH EDUCATION: SELF-CARE GUIDELINES IN DIABETIC MEN IN BASIC HEALTH CARE

ABSTRACT: In health services, primary care is the gateway to health care. And due to the socio-cultural construction, the male individual fails to recognize the need to care for his own health. The lack of knowledge about the pathophysiology of diabetes mellitus ended up increasing the incidence in recent years in men with this disease. The syndrome can have multiple etiology due to the lack of insulin and / or the inability of insulin to perform its functions properly. And including men in primary care turned out to be a public health policy challenge. As a primary care professional, health education actions aimed at diabetic men are essential, offering guidance on the syndrome, showing the consequences and guiding the necessary care for improvement, such as healthier nutrition, the importance of carrying out physical activity and prioritizing appropriate care. The data of the research patients were collected through the application of a semi-structured questionnaire and with the result of the fasting glucose test. In the period from October to December, blood from 177 men was interviewed and collected; among them 53 showed alterations in blood glucose; only 15 participants were diagnosed with DM and only 11 undergo treatment; another 38 had no diagnosis. When asked why they do not seek health care, it was reported that there is a lack of care in basic units. At the end, a nursing consultation was held with the participating men. And in the year 2020, attendance at the UENP Clinic was suspended due to the Coronavirus pandemic, and it is not possible to continue the activities proposed at work. But during the period, works with guidance on the syndrome and among others were published on social media.

KEYWORDS: masculinity, health care, diabetes mellitus.

1 | INTRODUÇÃO

Nos serviços de saúde, a atenção básica é vista como uma porta de entrada para o cuidado com assistências em promoção, prevenção e a monitorização da saúde. Sendo uma rede com características em cuidados primários para a saúde e também uma relação personalizada, contínua e orientada aos indivíduos e familiares (MOREIRA, et al, 2014).

E com a construção sociocultural de que os homens não ficam doentes e que não procuram as unidades em saúde, ocasionou uma invisibilidade masculina na atenção básica, comparada com as mulheres, de não reconhecimento da necessidade do cuidado com a própria saúde. Assim, por muitas vezes a morbimortalidade em homens tem um índice mais elevado, devido ao adoecimento e ações desvalorizadas de cuidados pelo sexo masculino (MOREIRA, et al, 2014).

Enquanto isso, a incidência de diabetes mellitus tem aumentado 54% entre os homens nos últimos anos, decorrente da falta de conhecimento e também do autocuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A síndrome é de etiologia múltipla, da falta de insulina e/ ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente suas funções (GROSS, et al, 2001).

O diabetes mellitus tipo um (1), caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas, causando pouca ou nenhuma liberação de insulina no corpo e DM tipo dois (2) é quando o corpo não consegue usar adequadamente a insulina produzida, ou não produz insulina suficiente para controlar a taxa de glicose (GROSS, et al, 2001).

É essencial que os profissionais da atenção básica oferecessem ações de educação em saúde voltados para os homens diabéticos, sendo necessário orientações de cuidados para a melhora da condição da síndrome, como a uma nutrição saudável, mostrar a importância da realização da atividade física e priorização dos cuidados medicamentosos e a monitorização da glicemia. A educação em saúde ofertada por um profissional pode motivar o indivíduo, além de apoiar quanto suas atividades (TORRES, et al, 2010). A OMS reconhece a necessidade do sujeito diabético em ter habilidades contínuas em autocuidado para o melhor controle da doença.

O objetivo proposto do trabalho é de evidenciar a importância da atenção básica em cuidados para a saúde de seus usuários; conhecer qual a idade mais afetada pela síndrome do diabetes mellitus entre os homens; oferecer uma educação em saúde com as principais orientações em autocuidado para o sexo masculino diabéticos e pré-diabéticos; e reconhecer quais os motivos pela invisibilidade masculina na atenção básica.

2 | JUSTIFICATIVA

Devido a invisibilidade dos homens na atenção básica em saúde, este projeto tem como ideia inicial promover uma educação em saúde voltada apenas para o sexo masculino que são diabéticos, ou até mesmo aqueles que são pré-diabéticos, com orientações de autocuidado, afim de prevenir consequências da doença.

3 | METODOLOGIA

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP/USP) com CAE:19156413.9.0000.5403.

Trata-se de um estudo exploratório realizado com homens maiores de dezoito anos (18) que participaram voluntariamente do projeto Saúde do Homem na Clínica da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) no ano de 2019 e que aceitaram colaborar com a pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário semiestruturado (com dados socioeconômicos; escolaridade; última ida à unidade de saúde de nível primário, médio e de alta complexidade; motivo da procura por atendimento de saúde; motivo da não procura frequente à unidades de saúde – se pertinente; sentimento de

acolhimento na unidade de saúde e; qual o ponto de vista sobre o preparo da equipe no atendimento à saúde do homem) após campanhas de saúde e educação continuada realizada em todas as Unidades de Saúde integradas com a Estratégia Saúde da Família presentes no município.

E assim, foram tabulados com planilha do excel e utilizado o teste do Chi quadrado com auxílio do software Stata.

4 | RESULTADOS

No período entre outubro a dezembro do ano de 2019 foram entrevistados e coletados exames de 177 homens. Dentre eles, cinquenta e três (53) homens apresentaram alteração na glicemia em jejum com níveis de ≥ 110 mg/dl. Analisados os dados destes, pode-se observar que apenas quinze (15) foram diagnosticados com diabetes mellitus e apenas onze (11) realizam algum tipo de tratamento medicamentoso. E o restante, trinta e oito (38) não possuíam diagnóstico de diabetes mellitus.

Quanto a idade desses homens, vinte e quatro (24) tinham idade maior que cinquenta (50) anos. E dezesseis (16) são aposentados, e os outros trabalhadores.

E em relação a escolaridade dos participantes, quatro (4) relataram serem analfabetos; vinte e oito (28) tinham completado o ensino primário; dezoito (18) completaram o ensino médio; dois (2) tinham o ensino superior e um (1) pós-superior.

Quando questionados ao motivo pelo qual não procuram uma assistência à saúde, foi relatado que eles não se sentem acolhidos nas unidades básicas e também a falta de um atendimento alternativo. Pois, muitos se comparam com o atendimento para as mulheres e que trabalham ou fazem alguma atividade que é no horário do atendimento ofertados pela atenção básica.

Durante os meses que aconteceram os atendimentos na Clínica de Enfermagem da UENP, todos os homens que foram entrevistados, foram realizadas consultas de enfermagem. E com os indivíduos que apresentaram alteração, foram ofertadas uma maior atenção em orientações quanto aos cuidados básicos e principais para a sua saúde em relação ao diabetes mellitus, a fim de prevenir futuras complicações.

No ano de 2020, os atendimentos que eram disponibilizados pela a Clínica da Uenp foram suspensos devido a pandemia do novo Coronavírus, não sendo assim possível dar continuidade nas atividades propostas pelo trabalho. Mas foram realizados trabalhos de divulgações em mídias sociais sobre os principais cuidados do diabetes mellitus com a Covid-19 e orientações do autocuidado com DM.

5 | CONCLUSÕES

Com os dados coletados em 2019, pode concluir-se que a síndrome do diabetes mellitus afeta homens principalmente com uma idade superior a cinquenta anos (50). E também, dos quais são diagnosticados com DM, não possuem um conhecimento adequado para a síndrome e não realizam o tratamento correto. E nota-se que a maioria em que apresentaram alteração na glicemia em jejum, não tinham diagnósticos de diabetes mellitus.

Quanto a invisibilidade masculina na atenção à saúde foi relatada uma falta de acolhimento para os homens, visto que muitas ações de saúde presentes nas unidades básicas são voltadas mais para mulheres, criança ou para família em geral, e não uma atenção direcionada mais para o sexo masculino. E, que não há um horário compatível com os atendimentos das unidades básicas de saúde, já que muitos trabalham em período integral.

Deste modo a importância da atenção básica em saúde evidenciada para os participantes foram de que a atuação das unidades básicas em saúde é direcionada a medidas preventivas que visa garantir a boa saúde da população, evitando as possíveis complicações das doenças e permitindo uma melhora na condição de vida de seus usuários. E com isso mostrar a devida importância da atenção básica em saúde para os participantes do projeto.

E, infelizmente as ações de educação em saúde propostas no trabalho não foram realizadas devido a pandemia do Coronavírus. Mas durante o período do ano de 2019, foram realizadas consultas de enfermagem com orientações aos pacientes que apresentaram alteração nos níveis de glicemia. E no ano de 2020 foram realizados trabalhos de divulgações em mídias sociais sobre os cuidados do diabetes mellitus relacionado ao Covid-19 e também os cuidados para o autocuidado para DM.

REFERÊNCIAS

GOMES, R. et al. **Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária.** Rev Ciência & Saúde Coletiva 2011.

GROSS, J. L., et al. **Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.** Sev. de Endocrinologia 2001.-

Ministério Da Saúde. **Percentual de Homens com Diabetes cresce no Brasil.** Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43717-numero-de-homens-com-diabetes-cresce-no-brasil> >.

MOREIRA, R.L.S.F. et al. **Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros.** Esc Anna Nery 2014.

OLIVEIRA, M.M. et al. **A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva 2015.

ROSSANEIS, M.A. et al. **Diferenças entre mulheres e homens diabéticos no autocuidado com os pés e estilo de vida.** Rev Latino-am Enfermagem 2016.

TORRES, H.C. et al. **Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2.** Rev. Esc. Enferm USP 2010.

CAPÍTULO 11

INSTRUMENTO PARA APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HIPERTENSO - NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Data de submissão: 25/03/2021

Dimily Kaelem Carvalho do Nascimento

Graduanda em Enfermagem
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
Balsas-MA
<http://lattes.cnpq.br/3721941729907423>

Ana Caren dos Santos Paz

Graduanda em Enfermagem
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
Balsas-MA
<http://lattes.cnpq.br/5698099425411267>

Marcia Eduarda Rios Rodrigues

Graduanda em Enfermagem
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
Balsas-MA
<http://lattes.cnpq.br/5203688707645085>

Geovana Rachel Figueira Coelho

Graduanda em Enfermagem
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
Balsas-MA
<http://lattes.cnpq.br/0356595142213334>

Michele da Costa Melo

Graduanda em Enfermagem
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
Balsas-MA
<http://lattes.cnpq.br/1441412361774504>

Giselle Caroline Carvalho Ribeiro

Graduanda em Enfermagem
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
Balsas-MA
<http://lattes.cnpq.br/3120604040010698>

Natália de Carvalho Coelho

Graduanda em Enfermagem
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
Balsas-MA
<http://lattes.cnpq.br/3625431061449967>

Ana Beatriz Vieira Lima

Graduanda em Enfermagem
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
Balsas-MA
<http://lattes.cnpq.br/9348300365568222>

Luan de Sousa Loiola

Graduando em Medicina
Centro Universitário São Francisco de Barreiras
(UNIFASB)
Barreiras-BA
<http://lattes.cnpq.br/9657988617337144>

Macon Tavares Pontes

Graduando em Enfermagem
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
Balsas-MA
<http://lattes.cnpq.br/1972438654138735>

Milena Lima de Sousa

Graduanda em Enfermagem
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
Balsas-MA
<http://lattes.cnpq.br/4044255078097687>

Maria Luiza Nunes

Graduada em Enfermagem, especialista em Administração Hospitalar, Saúde da Família, Saúde Materna e Infantil, Teologia Contemporânea e Mestre em Promoção da Saúde
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
Balsas-MA
<http://lattes.cnpq.br/1667381559519806>

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um dos grandes desafios para a saúde pública, sendo agravada por sua elevada prevalência e, detecção quase sempre tardia. Está associada constantemente a alterações das funcionalidades ou estruturas de órgãos principais e, também, a alterações metabólicas, correlacionando-se a um aumento de risco de alterações cardiovasculares em homens e mulheres de todas as idades que podem ou não, ser fatais. O objetivo do estudo foi elaborar um modelo de instrumento para aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes hipertensos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Utilizou-se como base de coleta de dados Biblioteca Virtual em Saúde, onde ocorreu uma seleção criteriosa em março de 2021. Adotou-se como critérios de inclusão, artigos publicados com relevância da temática, apresentando recorte temporal de 2016 a 2021, textos completos disponíveis na íntegra, idioma português, inglês e espanhol e, como critérios de exclusão artigos repetidos, incompletos e que não focaram no tema exposto. A sistematização elaborada foi dividida em partes, onde a primeira contempla a coleta de dados; a segunda agrega os possíveis diagnósticos de enfermagem a serem encontrados nos pacientes; e por fim tem-se as possíveis intervenções a serem propostas com os seus respectivos resultados esperados. Para complemento, acrescentou-se um espaço para ser feita a evolução de enfermagem, e assim auxiliar na comunicação com outros profissionais. O modelo do instrumento elaborado é uma estratégia de grande valia para a organização das ações e efetivação do processo de enfermagem. Por meio deste estudo, podemos concluir que é de ampla importância uma assistência de qualidade apropriada para cada patologia, contribuindo para que a enfermagem atue fornecendo ao cliente um cuidado singularizado, visando atender às suas necessidades de maneira holística de modo a potencializar a recuperação do paciente.

PALAVRAS- CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica. Assistência de Enfermagem. Processo de Enfermagem.

INSTRUMENT FOR THE APPLICATION OF NURSING CARE SYSTEMATIZATION TO HYPERTENSIVE PATIENTS - SECONDARY CARE LEVEL

ABSTRACT: Systemic Arterial Hypertension is considered one of the major challenges for public health, being aggravated by its high prevalence and, almost always late detection. It is constantly associated with changes in functionalities or structures of major organs and also with metabolic changes, correlating with an increased risk of cardiovascular changes in men and women of all ages that may or may not be fatal. The objective of the study was to develop an instrument model for the application of Nursing Care Systematization to hypertensive patients. This is an integrative literature review. The Virtual Health Library data collection base was used, where a careful selection took place in March 2021. Articles of relevance to the theme were adopted as inclusion criteria, presenting a time frame from 2016 to 2021, full texts available in full, Portuguese, English and Spanish and, as exclusion criteria, repeated, incomplete articles that did not focus on the exposed theme. The elaborated systematization was divided in parts, where the first one contemplates the collection of data; the second aggregates the possible nursing diagnoses to be found in patients; and finally, there are the possible interventions to be proposed with their respective expected results. As a complement, a space was added to make the evolution of nursing, and thus assist in communication with

other professionals. The model of the instrument developed is a strategy of great value for the organization of actions and the effectiveness of the nursing process. Through this study, we can conclude that appropriate quality care for each pathology is of great importance, contributing for nursing to act providing the client with a singularized care, aiming to meet their needs holistically in order to enhance the patient's recovery.

KEYWORDS: Systemic Arterial Hypertension. Nursing Assistance. Nursing Process.

1 | INTRODUÇÃO

No cenário brasileiro e internacional, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos grandes desafios para a saúde pública, sendo agravada por sua elevada prevalência e, detecção quase sempre tardia. Está associada constantemente a alterações das funcionalidades ou estruturas de órgãos principais, como o coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos e, também, a alterações metabólicas, correlacionando-se a um aumento de risco de alterações cardiovasculares em homens e mulheres de todas as idades que podem ou não, ser fatais (SANTOS, 2011; FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014; MALTA *et al.*, 2017).

A HAS é uma doença crônica de origem multifatorial podendo ser ocasionada pela alteração fisiológica dos sistemas do corpo humano, é uma patologia que se caracteriza pelo aumento sustentado da pressão arterial em níveis acima de 140/90 mmHg. Além disso, existem fatores de risco que contribuem para o aumento dos níveis pressóricos como sobrecarga da ingestão de sal, abuso de álcool, colesterol elevado, obesidade, Diabetes Mellitus e doenças cardiovasculares (MALACHIAS *et al.*, 2016; BRASIL, 2013).

Embora a eficácia e a efetividade das medidas de prevenção e controle sejam conhecidas, a HAS ainda afeta a sociedade, a economia e os hipertensos. Essa patologia pode comprometer a qualidade de vida do indivíduo e até levar à morte, o que torna as ações para evitar tais consequências uma prioridade. O uso da estratificação de risco cardiovascular pode ser uma estratégia efetiva para planejar o cuidado mais qualificado, contribuindo para diminuir as repercussões negativas da evolução da doença (MALTA *et al.*, 2017; TAVARES *et al.*, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016), a promoção da saúde, as estratégias envolvidas no controle e redução dos fatores de risco devem abordar os diferentes níveis de atenção à saúde por meio da prevenção. Tendo como foco a prevenção da HAS, a atenção primária precisa estar atenta para identificar na comunidade as pessoas com maior risco de desenvolverem a condição crônica e, quanto às pessoas que já possuem o diagnóstico, identificar as que apresentam maiores riscos de complicações atentando-se para os cuidados e encaminhamentos necessários. Esse olhar diferenciado, com a estratificação de risco, pode facilitar o acesso aos serviços para as pessoas que mais necessitam (BRASIL, 2019).

A assistência ao paciente hipertenso é iniciada através do seu acolhimento na

UBS, o estabelecimento de seu diagnóstico e classificação de risco. Todas as pessoas da comunidade estão incluídas na atenção dos serviços de saúde, com foco na promoção da saúde e na prevenção de fatores de risco para adoecimento. Dessa maneira, as UBS interligam-se com os setores da educação e assistência social, promovendo campanhas e trabalhos conjuntos em prol da comunidade. Essa interligação também ocorre na busca por pessoas com risco para a HAS, com identificação e encaminhamentos das escolas e de eventos de campanhas de esclarecimentos e cuidados com a saúde (PEREIRA *et al.*, 2017; BRASIL, 2019).

O Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA) é uma atenção secundária, que constitui-se em um programa de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos que visa o controle da DM e HAS e uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Através da vinculação do paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Estratégia de Saúde da Família (ESF) é realizada uma assistência continuada e com qualidade, fornecendo medicamentos de maneira regular, acompanhamento também regular de acordo com a necessidade de cada paciente e fazer avaliação de risco entre os pacientes cadastrados (DIAS *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde por meio do programa HIPERDIA, tem garantido melhores condições de saúde e aumento da cobertura dos serviços com melhor resolutividade. A implementação de estratégias de intervenção, como a promoção saúde, ações educativas com ênfase em alterações no hábito e estilo de vida e divulgação de material educativo, treinamento/ capacitações dos profissionais de saúde e ações assistenciais individuais e/ ou grupo podem contribuir para o aumento da adesão dos clientes ao programa. Sendo assim, o profissional de enfermagem possui um importante papel na criação de estratégias para o bom desenvolvimento do programa, garantindo adesão à terapêutica e correção dos fatores de risco aos quais a população está sujeita (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

A enfermagem deve compreender que o processo de trabalho não se restringe à atuação sobre doenças e agravos, mas que é necessário dar condições a pessoa, família e comunidade para conquistarem saúde, estando capacitada para desempenhar papel de educador em saúde, promovendo aos pacientes desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde (COSTA *et al.*, 2020).

A aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) durante a rotina de trabalho do profissional, tal como o domínio de sua utilização, é de grande valia, sendo que essa, se trata de uma ferramenta regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no Brasil, através da Resolução nº 358/2009 que autoriza e determina que o profissional de enfermagem tem autonomia para utilizar-se de meios cientificamente comprovado para embasar suas práticas quer seja em instituições públicas ou privadas. A SAE é dividida em cinco etapas, sendo elas: Coleta de dados ou Histórico do paciente; Diagnósticos de enfermagem; Planejamento; Implementação; e Avaliação ou

2 | OBJETIVO

Elaborar um modelo de instrumento para aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes acometidos com Hipertensão Arterial Sistêmica, no nível de Atenção Secundária, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

3 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que buscou elaborar conforme o modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta, que se baseia na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, um modelo de instrumento para aplicação da SAE no nível de atenção secundário, proposto a um Centro de Atenção às Condições Crônicas Não Transmissíveis, a pacientes acometidos com HAS, contemplando todas as fases do processo de enfermagem.

A realização das buscas ocorreu em março de 2021, utilizou-se como base de coleta de dados Biblioteca Virtual em Saúde, onde ocorreu uma seleção criteriosa no que diz respeito às obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão. Foram utilizados de modo associado e isolados os seguintes descritores: “Hipertensão Arterial Sistêmica”, “Assistência de Enfermagem”, “Processo de Enfermagem”, indexados no Descritores em Ciências da Saúde (DECs).

Adotou-se como critérios de inclusão, artigos publicados com relevância da temática, apresentando recorte temporal de 2016 a 2021, textos completos disponíveis na íntegra, idioma português, inglês e espanhol e, como critérios de exclusão artigos repetidos, incompletos e que não focaram no tema exposto.

Nesse modelo de instrumento, foram elaborados possíveis diagnósticos de enfermagem que podem estar presentes em uma assistência a um paciente hipertenso. Os mesmos foram traçados a partir do Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, além disso, as intervenções de enfermagem propostas foram elaboradas com auxílio da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) e para obtenção dos possíveis resultados esperados foi utilizado Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A elaboração do modelo de instrumento para aplicação da SAE a pacientes hipertensos, proposto a um centro de atenção às condições crônicas não transmissíveis (nível de atenção secundário), atende todas as fases do Processo de Enfermagem (PE), dispondo como referencial teórico o modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta, que se

baseia na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), fundamentadas em uma abordagem humanista e empírica, a partir da teoria da motivação humana de Maslow.

As teorias representam um conjunto de conceitos que projetam uma visão sistêmica do fenômeno, as quais são utilizadas para descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever as práticas de enfermagem, e assim fornecem o caráter científico às ações de enfermagem (BOUSSO, POLES e CRUZ; 2014).

Toda a organização da SAE é privativa do enfermeiro, e conforme a resolução COFEN 358/2009, a SAE deve estar presente em toda e qualquer instituição de saúde, seja pública ou privada, e deve ser registrada de forma adequada no prontuário do paciente. Para tanto, o instrumento elaborado foi dividido em 4 partes: coleta de dados; possíveis diagnósticos de enfermagem a serem encontrados nos pacientes; possíveis intervenções a serem propostas com os seus respectivos resultados esperados; e por fim, a evolução de enfermagem, inserida de modo a garantir a avaliação e evolução clínica do paciente, e a comunicação com a equipe.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	
Identificação	
Nome: _____	Sexo: _____ Idade: _____
Estado civil: _____	Procedência: _____ Profissão: _____
História Clínica	
Antecedentes pessoais: _____	
(<input type="checkbox"/>) Tabagista (<input type="checkbox"/>) Etilista (<input type="checkbox"/>) DM (<input type="checkbox"/>) HAS (<input type="checkbox"/>) Câncer (<input type="checkbox"/>) Outros: _____	
Antecedentes familiares: _____	
Medicação em uso ou de uso contínuo: _____	

Tabela 1 – Anamnese da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

O histórico de enfermagem (também conhecido como coleta e investigação de dados) é um roteiro no qual pode ser feita a identificação do paciente bem como verificar possíveis problemas, ou seja, é feita uma investigação sobre o estado do paciente, com intuito de compreender os hábitos individuais e biopsicossociais, visando a identificação de problemas reais e/ou potenciais (OLIVEIRA *et al.*, 2016). De tal modo, a coleta de dados deve ser realizada de forma precisa e fidedigna, pois é essencial para a descoberta dos problemas reais ou potenciais do paciente e assim construir os diagnósticos de enfermagem e o direcionamento correto e adequado das demais etapas do PE (HORTA, 1979).

Exame físico
1 Necessidade Psicobiológicas
Necessidades de Regulação Neurológica: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Isquemia cerebral transitória <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Encefalopatia hipertensiva <input type="checkbox"/> Rigidez no pescoço <input type="checkbox"/> Outros: _____
Necessidade de Oxigenação: FR: _____ Ausculta: _____ Ritmo: _____ Expansão: _____ <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Tosse
Necessidade de Regulação Vascular: PA: _____ FC: _____ Ritmo: _____ Perfusão Periférica: _____ <input type="checkbox"/> Edema: _____ <input type="checkbox"/> Varizes <input type="checkbox"/> Flebite
Necessidade de Regulação Térmica: Temperatura: _____ °C
Necessidade de nutrição e eliminação intestinal: Peso: _____ Kg I.M.C.: _____ Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Dentição Incompleta <input type="checkbox"/> Anorexia Hábitos alimentares: _____
Necessidade de Hidratação e Eliminação Vesical Ingesta Hídrica Diária Aproximada: _____ ml Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Preservada Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Outros: _____
Integridade da Mucosa-Cutâneo: Pele: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações Olhos: <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Normocorados <input type="checkbox"/> Hipocorados
2 Necessidade Psicossocial
Gregária e Segurança Emocional: Acompanhante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Outro: _____
3 Necessidades Psicoespirituais: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante <input type="checkbox"/> Necessidade de auxílio
Exames Laboratoriais Relevantes:

Tabela 2 - Adaptado de Tavares e Tavares, 2015.

O exame físico estruturado tem como subsídio às NHB de Wanda Horta elencadas em sua teoria, de modo que se avalia o paciente como um todo. A finalidade do exame físico é de identificar quais aspectos da vida do paciente podem estar afetados, de forma que através dos resultados encontrados, as intervenções propostas atinjam de modo eficaz os resultados esperados, assegurando uma assistência de qualidade ao paciente.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultados esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (CIPESC)
NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS		
Volume de líquidos excessivo ()	Averiguar possíveis alterações de retenção de líquidos, onde deverá apresentar melhora do edema.	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar ingestão hídrica → Investigar o edema e outras patologias de base familiar e /ou pessoal → Orientar quanto uso dos medicamentos prescritos → Orientar retorno para controle de níveis pressóricos enquanto presença do edema
Padrão do sono prejudicado ()	Melhorar a qualidade do sono do indivíduo comunicando um equilíbrio ideal entre repouso e atividade.	<ul style="list-style-type: none"> → Auxiliar a identificação dos determinantes da inadequação do sono; → Indicar a buscar ambiente tranquilo e estabelecimento de horários para dormir → Estimular a padronização de horários para atividades diárias e a realização de atividade física
Perfusão tissular periférica ineficaz ()	Evitar complicações cardíacas.	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar uso correto de meias compressivas → Elevar MMII várias vezes ao dia conforme orientação → Inspeccionar retorno venoso em MMII → Investigar o tempo de aparecimento e características do edema → Fazer o uso de meias compressivas
Eliminação Urinária comprometida ()	Melhorar os padrões de eliminação.	<ul style="list-style-type: none"> → Orientar o paciente quanto a sinais e sintomas de infecção do trato urinário → Orientar o paciente/família a registrar o débito urinário → Orientar o paciente a responder imediatamente às urgências miccionais, quando apropriado → Orientar o paciente a monitorar quanto a sinais e sintomas de infecção do trato urinário
Risco de constipação ()	Melhora do Padrão de eliminação.	<ul style="list-style-type: none"> → Comer mais verduras (folhas verdes), legumes, farelos, aveia, grãos → Incentivar aumento da ingestão hídrica → Incentivar deambulação e caminhadas → Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência
Controle do regime terapêutico inadequado ()	Utilizar a medicação conforme prescrição, e aderir ao tratamento não farmacológico de forma complementar.	<ul style="list-style-type: none"> → Estimular o paciente a aderir a prescrição → Encorajar o paciente a melhorar sua disposição para o autocuidado
Estilo de vida sedentário ()	Desempenho de atividades físicas e melhora da aptidão física.	<ul style="list-style-type: none"> → Incentivar atividade física → Incentivar interação social → Orientar que ausência de exercício constitui fator de risco de doença vascular, respiratória, metabólica, óssea (osteoporose), articular (artrose), muscular e diminuição da mobilidade intestinal → Tomar água antes, durante e depois da atividade física
Falta de adesão ()	Conscientizar o paciente sobre e a importância do tratamento, e venha a aderir-lo.	<ul style="list-style-type: none"> → Estabelecer escuta ativa → Manter vínculo com o usuário → Oferecer as informações de maneira clara e centrada na dúvida presente.

Conhecimento deficiente ()	Melhora do conhecimento sobre seu estado de saúde e sobre a patologia que o acomete.	<ul style="list-style-type: none"> → Estabelecer vínculo com o usuário → Estimular a participação em oficinas <ul style="list-style-type: none"> → Estabelecer escuta ativa → Selecionar as informações e repasse de forma clara, favorecendo a compreensão pelo paciente/família → Solicitar visita da equipe para reforçar as orientações recebidas
Manutenção ineficaz da saúde ()	Incentivar o cliente a verbalizar sobre alterações em seu quadro geral e promover o envolvimento familiar.	<ul style="list-style-type: none"> → Estimular a autoestima da paciente → Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável → Identificar rede de apoio familiar e comunitário → Monitorar através de visita domiciliar
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS		
Ansiedade ()	Reduzir sensação de apreensão, tensão ou desconforto.	<ul style="list-style-type: none"> → Acolher o usuário conforme suas necessidades → Determinar a capacidade de tomada de decisão do paciente <ul style="list-style-type: none"> → Envolver família/pessoa significativa nos cuidados → Estabelecer relação de confiança com a paciente → Estimular a participação em grupos de apoio e lazer
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS		
Religiosidade prejudicada ()	Melhorar a qualidade da fé e crenças do paciente.	<ul style="list-style-type: none"> → Usar comunicações terapêuticas para estabelecer confiança e cuidado empático → Encorajar a participação em interações com familiares, amigos e outros → Incentivar a participação em grupos de apoio

Tabela 3 – Principais diagnósticos encontrados, resultados esperados e intervenções de enfermagem.

É importante salientar que os problemas encontrados baseados na teoria das NHB estão relacionados com as características definidoras e fatores relacionados da NANDA-I. Os diagnósticos de enfermagem incluídos no instrumento, contemplam a divisão proposta pela teoria de Horta, estando assim agrupados conforme as NHB por ela proposta. Dessa forma, o instrumento agrega as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, concedendo ao enfermeiro um instrumento de avaliação ampla para a elaboração do plano de cuidados para o paciente.

Com base nos problemas e diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro deverá elaborar as intervenções que serão implementadas pela equipe de enfermagem, oferecendo a assistência de que o paciente necessita. As intervenções são prescrições para a resolução dos problemas identificados, registrados previamente pelo enfermeiro a partir da análise do histórico de enfermagem e exame físico (TAVARES; TAVARES, 2018).

As intervenções propostas no instrumento baseiam-se na Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC, que se trata de uma inovação tecnológica criada para buscar intervenções que atendam às necessidades assistenciais

extra-hospitalares. Assim, as intervenções foram incluídas no instrumento conforme os diagnósticos de enfermagem, de modo que permita a compreensão de quem for utilizar o instrumento. As intervenções casam com os resultados esperados no plano de cuidados do paciente, de maneira que cada diagnóstico possua uma meta que se busque atingir.

Evolução de Enfermagem:
Responsável:

Tabela 4 - Evolução de Enfermagem.

A evolução de enfermagem oportuniza ao enfermeiro avaliar os resultados dos cuidados implementados, incluindo, removendo ou adequando as intervenções de enfermagem, conforme as respostas do usuário à assistência prestada. O instrumento deve ser aplicado a todos os pacientes assistidos, a fim de a avaliação da SAE ser realizada de forma contínua, e a assistência prestada mantenha os cuidados integrais e centrados no indivíduo como um todo.

O instrumento é consolidado com quatro partes sequenciais, nas quais buscam atender todas as etapas do PE. A implementação de um instrumento como esse na rotina do nível secundário apresenta desafios, devido às limitações que, no entanto, podem ser superadas com a organização laboral e administrativa. Ressalta-se o destaque deste instrumento para a atividade de enfermagem, visto que influencia positivamente na qualidade da assistência prestada e, reforça e eleva as ações da equipe de enfermagem e a avaliação e evolução do paciente pelo enfermeiro (TAVARES; TAVARES, 2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de instrumento elaborado é uma estratégia de grande validade para a organização das ações e efetivação do processo de enfermagem, pois tornam padronizados os registros e conferem amparo legal às ações de enfermagem, além de permitir o fluxo do planejamento dos cuidados providos.

A proposta de um instrumento para o nível secundário pode conferir um ganho relevante para a enfermagem, pois rotineiramente a SAE acaba não sendo utilizada pela equipe. De tal modo, o modelo estruturado poderá auxiliar quanto a organização do serviço e tende a propiciar que a assistência de enfermagem prestada ao paciente seja sistematizada e fundamentada cientificamente, favorecendo a independência do enfermeiro e incorporando a comunicação de qualidade com a equipe.

Através do estudo, pode concluir que uma assistência de qualidade e apropriada para cada patologia, contribui para que a enfermagem atue fornecendo ao cliente um cuidado

singularizado, visando atender às suas necessidades de maneira holística de modo a potencializar a recuperação do paciente. Faz-se então necessário discutir o instrumento com a equipe, como forma de aperfeiçoamento profissional, pois apresentando um instrumento estruturado e completo que já é utilizado em outros pontos da rede assistencial, pode melhorar o trabalho de toda a equipe de enfermagem, permitindo a avaliação e evolução do usuário.

REFERÊNCIAS

ALVIM, A. L. S. O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. **Revista Enfermagem em Foco - COFEN**. Brasília, v. 4, n. 2, p. 140-141, 2013.

BOUSSO, R. S; POLES, K; CRUZ, D. A. L. M. Conceitos e teorias na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 141-145, 2014.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da atenção básica, Brasília, 2013.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha De Cuidado À Pessoa Com Hipertensão Arterial Sistêmica**. Superintendência de Planejamento em Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde, Santa Catarina, 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 358/2009**. [s.l.:s.n.], 2009.

COSTA, C. G. *et al.* O papel do enfermeiro na garantia da saúde do idoso no programa Hiperdia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. 1-10, out, 2020.

CUBAS, M. R.; ALBUQUERQUE, L. M.; Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC. São Paulo, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 181-186, 2008.

DIAS, K. C. C. O. *et al.* O CUIDADO EM ENFERMAGEM DIRECIONADO PARA A PESSOA IDOSA: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 5, n. 8, p. 1337-1346, 2014.

FERREIRA, R. A.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. **Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil**: um estudo de base populacional. Caderno de Saúde Pública. 30(4):815-26. 2014.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I**: definições e classificação 2018-2020 / [NANDA International]. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. In: **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, p. 99-99, 1979.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol. São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-83, set. 2016.

MALTA, D.C *et al.* Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. **Rev Saúde Pública.** 51(Suppl 1):11s. 2017.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. L.; SWANSON, E. **Classificação dos Resultados de Enfermagem: mensuração dos resultados em saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NASCIMENTO, M. A. *et al.* Assistência de enfermagem no programa hiperdia: relato de experiência em estágio supervisionado. **CuidArte. Enferm,** v. 11, n. 2, p. 231-238, jul/dez, 2017.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem. **Revista Uniabeu,** v. 8, n. 20, p. 350-362, 2016.

PEREIRA, R. D. M. *et al.* **Acupuncture in hypertension and your contributions about nursing diagnoses.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170024, 2017.

SANTOS, Z. M. S. A. Hipertensão arterial - um problema de saúde pública. **Rev Bras Promoç Saúde.** 24(4):285-6. 2011.

TAVARES, R. S. *et al.* Cardiovascular risk factors: the study included hypertensive people in a popular neighborhood in the amazon region. **Cienc Cuid Saude.** 13(1):4-11. 2014.

TAVARES, F. M. M.; TAVARES, W. S. Elaboração de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro,** v. 8, 2018.

UBALDO, I.; MATOS, E.; SALUM, N. C. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com base nos problemas de enfermagem segundo teoria de horta. **Cogitare Enfermagem,** v. 20, n. 4, 2015.

CAPÍTULO 12

INTEGRAÇÃO ENTRE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE: UMA INTERVENÇÃO SOBRE DTAH NO MUNICÍPIO DE ACARAÚ-CE

Data de submissão: 05/02/2021

Vanessa Silva Farias

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/38063517570473>

Ricardo Costa Frota

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/0484661222890473>

Dennis Moreira Gomes

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/5710950294542784>

Natália Reis de Carvalho

Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/
Fiocruz. Programa de Pós-graduação
Doutorado em Epidemiologia em Saúde
Pública.
Rio de Janeiro - RJ.
<http://lattes.cnpq.br/6307945279848927>

Marcionília de Araújo Lima Neta

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/7385630256016554>

Catarina de Vasconcelos Pessoa

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/5102407853047206>

Maria Socorro Carneiro Linhares

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/0027453519508876>

RESUMO: A vigilância em saúde é o setor responsável pelas práticas de atenção e promoção da saúde e por mecanismos adotados para prevenção de doenças. O estudo tem como foco a Vigilância Sanitária entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Tem por objetivo desenvolver um Plano de Ação com a Atenção Primária e a equipe de Vigilância Sanitária a partir do diagnóstico situacional das Doenças Diarreicas Agudas notificadas no município de Acaraú/CE nos anos de 2017 e 2018. As doenças diarreicas agudas apresentaram alta incidência o que justifica a elaboração o envolvimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e da Vigilância Sanitária definição de estratégias e ações efetivas e modificadoras do contexto sanitário vigente.

PALAVRAS - CHAVE: vigilância em saúde, estratégia saúde da família, doenças diarreicas agudas, plano de ação.

INTEGRATION BETWEEN FAMILY HEALTH STRATEGY AND VIGILANCIA IN HEALTH: AN INTERVENTION ON DTAH IN THE MUNICIPALITY OF ACARAÚ-CE

ABSTRACT: Health surveillance is the sector responsible for health care and promotion practices and for mechanisms adopted for disease prevention. The study focuses on Health Surveillance understood as a set of actions capable of eliminating, reducing or preventing health risks and of intervening in health problems arising from the environment, the production and circulation of goods and the provision of services of interest to health . It aims to develop an Action Plan with Primary Care and the Health Surveillance team based on the situational diagnosis of Acute Diarrheal Diseases notified in the city of Acaraú / CE in the years 2017 and 2018. Acute diarrheal diseases had a high incidence, which justifies the elaboration of the involvement of professionals from the Family Health Strategy and Sanitary Surveillance, definition of strategies and effective actions that modify the current health context.

KEYWORDS: health surveillance, family health strategy, acute diarrheal diseases, action plan.

1 | INTRODUÇÃO

No campo da saúde pública, a vigilância em saúde é o setor responsável pelas práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças, integrando diversas áreas do conhecimento e abordando diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. Ela se divide em: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador (FIOCRUZ, 2018).

Vale ressaltar que no estudo em questão a ênfase será na Vigilância Sanitária que tem a missão de garantir a qualidade e segurança de produtos e serviços, visando o bem estar da população a partir da promoção e prevenção à saúde.

A qualidade dos alimentos e da água tem ganhado destaque no campo das ações de vigilância sanitária com vistas à redução da incidência e prevalência de Doenças Transmitidas por Alimentos e de Veiculação Hídrica (DTAH). Dentre elas podemos citar o grupo das doenças diarreicas agudas (DDAs), que vêm se alarmando em nível crescente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, que possui elevada incidência desse agravo (SANTOS et al., 2017).

As DDAs são causadas por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Trata-se de um agravo com elevada morbimortalidade no Brasil e guarda estreita relação com a pobreza e as precárias condições de higiene e educação da população. Seu controle depende de melhorias no fornecimento de água e alimentos, instalações sanitárias adequadas e melhorias na qualidade de vida (BRASIL, 2017).

O Diagnóstico Situacional, como ferramenta aplicada na gestão da saúde coletiva, possibilita uma organização de trabalho baseada nos princípios do SUS. Isto porque o SUS requer a participação comunitária, a divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; exige a utilização da epidemiologia (ações de vigilância) para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; e tem como finalidade a resolutividade dos serviços (BRASIL, 1990).

Na ESF, não é diferente, pois o diagnóstico situacional proporciona aos profissionais das equipes de atenção básica uma visão ampla das características epidemiológica e sanitárias, oportunizando e um maior domínio de seu território. Nesse contexto, a equipe de ESF deve atuar integrada à gestão, planejando e discutindo metas e objetivos a serem alcançados com o intuito de melhorar os indicadores de saúde e por conseguinte o perfil de adoecimento da população assistida. Dessa maneira, é primordial que toda Unidade Básica de Saúde (UBS) construa o seu Diagnóstico Situacional. (KLEBA, KRAUSER e VENDRUSCOLO, 2011).

A atuação da vigilância sanitária está orientada para fiscalização dos ambientes e serviços que possam causar qualquer dano à saúde da população, lidando diretamente com as DDA's, que ocorrem principalmente como consequência do contato com alimentos, locais e utensílios contaminados. Dessa forma, esse trabalho tem as seguintes questões de partida: As informações da vigilância sanitária são de relevância para o trabalho da Estratégia de Saúde da Família? Como a Vigilância Sanitária pode desenvolver uma atuação próxima com a equipe de Estratégia de Saúde da Família utilizando as informações geradas no cotidiano de trabalho?

Tendo tudo isso em vista, o objetivo do presente estudo foi elaborar um Plano de Ação para o enfrentamento das Doenças Diarreicas Agudas notificadas no município de Acaraú/CE nos anos de 2017 e 2018.

2 | METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi um ciclo de oficinas de trabalho colaborativo, com o delineamento de três etapas:

- I. Levantamento, descrição e análise de informações epidemiológicas – Momento de apresentação das informações com os casos de DDA e DTAH no território, bem como com as notificações e fiscalizações da equipe de vigilância sanitária;

II. Levantamento e análise das ações realizadas pelas equipes – Momento de socialização das ações que já são realizadas no âmbito da prevenção, promoção e tratamento de casos no território para uma análise coletiva de sua efetividade;

III. Construção de intervenções – Momento de planejamento de ações em saúde após a análise das primeiras etapas, visto que, as equipes nesse momento já estão munidas de informações em saúde para o processo de construção de um plano de ação.

As informações colhidas nos sistemas de informações possibilitaram o desenvolvimento do boletim epidemiológico deste agravo, que foi informado e apreciado pela equipe de vigilância sanitária do município.

O levantamento das informações foi realizado levando em consideração a necessidade de descrever o problema para análise. Dessa forma, foram utilizados os sistemas de informação para esse levantamento, que foram:

- SIVEP - DDA (Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas) - Coletados os dados de notificação das DDA's da 1ª a 33ª Semana Epidemiológica dos anos de 2017 e 2018.
- SINAN (Sistema Nacional de Agravos e Notificações) - Coletados os dados sobre os surtos de DDA de janeiro de 2017 a julho de 2018.
- SIH (Sistema de Informação Hospitalar) - Coletados os dados sobre internações por doenças infecciosas e parasitárias; diarreias e gastroenterites infecciosas de causas presumíveis de janeiro de 2017 a junho de 2018.
- SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) - Coletados os dados de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias; diarreias e gastroenterites e infecciosas de causas presumíveis de janeiro de 2016 a junho de 2018.
- Tabnet - Datasus - Coletado os dados referentes aos determinantes socioeconômicos descritos.
- Atlas de Desenvolvimento Humano - Coletados os dados referentes aos determinantes socioeconômicos descritos.
- IBGE - Coletadas informações sociodemográficas.
- Sisagua - Coletado dados referente a qualidade da água para consumo humano de janeiro à julho de 2018.
- SIA - Coletado dados referente à produção ambulatorial da VISA: cadastro de estabelecimento, instauração de processo administrativo, inspeção em estabelecimento, atividades educativas para a população, atividade educativa para o setor regulado, recebimento e atendimento de denúncias.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O processo de delineamento dessa intervenção teve início com a definição da vigilância sanitária como equipamento em saúde a ser estudado, no segundo momento foi definido as DDA's como agravos que se relacionam diretamente com o trabalho com esse sistema de monitoramento em saúde.

A atuação desenvolvida na comunidade buscou seguir o caminho de levantamento e análise das informações nos sistemas de informação do monitoramento das DDA em âmbito estadual e municipal, o que pode refletir as ações de monitoramento e acompanhamentos de inspeções sanitárias promovidas pela equipe de vigilância sanitária no município de Acaraú – CE.

A etapa de levantamento de dados possibilitou compreender que algumas informações de notificação e inspeções sanitárias realizadas pela equipe são de extrema importância para a análise das informações de casos de DDA. Visto que, esse contato e diálogo direto possibilitam um planejamento de ações voltadas à prevenção dessas doenças e promoção de saúde na população afetada.

Contudo, foi identificado que não há um mecanismo de diálogo entre as Equipes da Estratégia de Saúde da Família e a atuação da Equipe de Vigilância Sanitária, nessa perspectiva buscou-se melhorar a interação das equipes com a construção de um plano de ação voltado para solucionar essa problemática. O plano de ação desenvolvido focou na união entre as equipes de saúde da família e de vigilância em saúde, através de oficinas de integração entre as equipes, o processo de levantamento e monitoramento mensal de casos de DDA e DTAH, como também a regularidade mensal de reuniões institucionalizadas entre as equipes.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, considera-se que os objetivos, sob vigilância, e os instrumentos de controle são produções sociais, assim, se modificam ao longo do tempo e em cada sociedade em particular. Isso confere ao processo de trabalho da vigilância aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais.

Recomenda-se que os agentes de trabalho da vigilância sanitária detenham conhecimento técnico-científico, capacidade e habilidade de monitorar, avaliar, julgar e propor melhorias, de acordo com as normas técnicas e jurídicas.

Entretanto, as ações de vigilância encontram dificuldades, principalmente nas etapas de articulação na gestão, falhas de registro, monitoramento e reeducação sanitária da população, a qual muitas vezes está submetida a condições precárias de moradia e saneamento, associado a falta de políticas públicas e ações de educação em saúde, que desencadeiam maus hábitos de higiene, o que favorecem a proliferação de doenças

infeciosas.

O trabalho de controle sanitário aponta a necessidade de ações articuladas, uso de equipamentos e tecnologias adequadas, treinamento de pessoal, pesquisas e desenvolvimento, numa perspectiva de integração entre todas as vigilâncias e os demais setores das secretarias e unidades básicas de saúde.

Tal organização pressupõe a existência dessa articulação e a necessidade de políticas e mecanismos de gestão do trabalho que criem espaços coletivos e de construção de discussões e propostas, estudos e investigações epidemiológicas, a fim de aprofundar o conhecimento das práticas e melhorias sanitárias.

A experiência da prática na comunidade possibilitou vislumbrar que essa problemática deve ser trabalhada com maior importância pelas esferas de gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portal/ da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/> [Acesso em : 25/08/18].

_____, Ministério da Saúde. **Doença diarreica aguda**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/doenca-diarreica-aguda>> Acesso em 26 de Agosto de 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação geral de desenvolvimento da epidemiologia em serviços. volume único (versão eletrônica). 2. ed. Brasília: 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/ outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>> Acesso em 26 de agosto de 2018.

BUSS P.M; FERREIRA J.R. **Promoção da saúde e a saúde pública**: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

FIOCRUZ. Pense SUS. **Vigilância em Saúde, 2018**. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude>. Acesso em 26 ago. 2018.

GARCIA, D. P.; DUARTE, D. A., Perfil epidemiológico de surtos de doenças transmitidas por alimentos ocorridos no Brasil. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/artigo_040.pdf> Acesso em 23 de agosto de 2018. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2014**. Vol.6(1), 545-554.

KLEBA ME et al. **O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família**. Texto Contexto Enferm. 2011;20(1):184-93.

SANTOS, PMS et al. **Doença diarreica aguda: proposta de plano de ação para pronto atendimento infantil**. 2017.

CAPÍTULO 13

INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: AVALIANDO O AGENDAMENTO DE CONSULTAS DERMATOLÓGICAS NO MUNICÍPIO DE ACARAÚ-CE

Data de submissão: 04/02/2021

Vanessa Silva Farias

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/380635175704734>

Ricardo Costa Frota

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/0484661222890473>

Dennis Moreira Gomes

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/5710950294542784>

Maristela Inês Osawa de Vasconcelos

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/5537817532828798>

Izabele Mont`Alverne Napoleão Albuquerque

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/8155612498783539>

Natália Reis Carvalho

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/6307945279848927>

Marcionília de Araújo Lima Neta

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
Rede Norte e Nordeste em Saúde da Família
(RENASF). Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família
(MPSF)
Sobral - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7385630256016554>

RESUMO: Os sistemas públicos universais, sugerem que as pessoas devem ter acesso à atenção integral à saúde com serviços de qualidade baseados nas necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades sem barreiras econômicas que dificultem a acessibilidade, assim o acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de discussão e análise mundial, especialmente no contexto da crise econômica da última década, demarcando a

existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consulta e atendimento. O estudo objetivou analisar os encaminhamentos para dermatologia no município de Acaraú-CE. Tratou-se de um estudo documental, a partir do acesso aos sistemas de marcação de consultas ao serviço de dermatologia no município, em que se observou que é significativa a quantidade de encaminhamentos com informações incompletas, solicitações sem justificativas e algumas a pedido do usuário, o que acarreta o aumento na demanda reprimida. Com este estudo concluiu-se que a oferta dos serviços de saúde deve ser planejada a partir da realidade da população, considerando suas especificidades e necessidades, garantindo a longitudinalidade e integralidade do cuidado.

PALAVRAS - CHAVE: integralidade na Saúde; marcação de consultas; dermatologia.

INTEGRALITY IN HEALTH CARE: EVALUATING THE SCHEDULING OF DERMATOLOGICAL CONSULTATIONS IN THE CITY OF ACARAÚ-CE

ABSTRACT: Universal public systems suggest that people should have access to comprehensive health care with quality services based on the needs of individuals, families and communities without economic barriers that hinder accessibility, so access to health services has been the object of worldwide discussion and analysis, especially in the context of the economic crisis of the last decade, demarcating the existence of barriers to users as queues for scheduling appointments and appointments. The study aimed to analyze the referrals for dermatology in the city of Acaraú-CE. It was a documentary study, from the access to the appointment scheduling systems to the dermatology service in the municipality, in which it was observed that the number of referrals with incomplete information, requests without justification and some at the request of the user is significant, which leads to an increase in pent-up demand. With this study it was concluded that the offer of health services must be planned based on the reality of the population, considering their specificities and needs, ensuring longitudinality and integrity of care.

KEYWORDS: integrality in health; appointment consultation; dermatology.

1 | INTRODUÇÃO

Investigar a relação da média complexidade com a Atenção Primária à Saúde (APS), em especial no que se refere à caracterização da demanda por especialidades e emergências hospitalares, constitui uma premissa importante para a organização de sistemas de saúde pautados pela equidade e regionalização, já que uma parcela significativa da população busca assistência nos pronto atendimentos públicos. (ASSIS; JESUS, 2012).

Os sistemas públicos universais sugerem que as pessoas devem ter acesso à atenção integral à saúde, com direito a serviços de qualidade baseados nas necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades sem barreiras econômicas que dificultem a acessibilidade (TASCA, 2014).

As redes de atenção à saúde têm de incorporar, como ponto central, o critério do acesso, compreendendo que o acesso, juntamente com a economia de escala e a qualidade dos serviços, estabelece a lógica do desenho dos componentes das redes de atenção à

saúde nos territórios sanitários (MENDES, 2017).

Os inquéritos epidemiológicos possuem uma ação orientadora sobre os serviços e servem para detectar necessidades antes invisíveis, geralmente não explicitadas pelos usuários, no momento que procuram os serviços de saúde para um atendimento convencional, além de subsidiarem o processo de planejamento, podendo facilitar a adequação da oferta dos serviços à prevalência dos problemas de saúde autorreferenciados, de forma a garantir maior aporte aos recursos disponíveis, enquanto novos investimentos atinjam o aumento da disponibilidade de serviços (JESUS; ASSIS, 2010).

A economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta a oferta e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis, sendo ela uma condição imprescindível para um sistema de atenção à saúde eficiente (MENDES, 2017).

O acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de discussão e análise mundial, especialmente no contexto de crise econômica que se instalou na última década, demarcando a existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consulta e atendimento, bem como estratégias para sua superação. Observa-se o acesso aberto ou avançado em relação à organização da marcação de consultas para o mesmo dia em que o usuário procura o atendimento, buscando intervir para a redução do agendamento em longo prazo e diminuir o tempo de espera para a consulta médica. Este sistema procura equilibrar a oferta em relação à demanda, adequando às práticas desenvolvidas na APS, além de planos de contingência para circunstâncias incomuns que são apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde (JESUS; ASSIS, 2010).

Os problemas de acesso aos diversos pontos de atenção à saúde dependem do fortalecimento e qualificação da APS que cumprem a função de responsabilização da população, resolubilidade de mais de 90% dos problemas de saúde e coordenação da atenção (fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo da rede de serviços) (MENDES, 2017).

Nesse contexto, o planejamento, visa responder a uma demanda determinada pela relação entre a capacidade de oferta do fornecedor e a necessidade do consumidor. O ato de planejar para a oferta é uma consequência dos levantamentos de demanda para a constituição de serviços de saúde, de acordo com os padrões de consumo da população referenciada. Usuários são consumidores e o Estado, o ente regulatório de mediação, da relação usuário/serviço (JESUS; ASSIS, 2010).

Diante o exposto, este estudo corresponde ao levantamento e análise quanto ao dimensionamento da fila de espera e motivos de encaminhamento de um município de médio porte. Esta análise corresponde a atividade avaliativa do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF) e com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

A pesquisa se justifica pela necessidade de compreensão e conhecimento dos fluxos e acesso em saúde pelos profissionais da APS a avaliação de assistência especializada, especialmente, quando se trata de casos suspeitos de hanseníase.

O município escolhido foi Acaraú, localizado na zona litorânea da Região Extremo Oeste do Estado do Ceará, apresenta classificação quanto à taxa de prevalência de Hanseníase em **média (1/10mil hab.)**, mantém esta classificação nos últimos 14 anos, e ainda apresenta área de litígio com dois municípios com **taxa alta de prevalência para hanseníase**.

Assim, tivemos por objetivos: analisar os encaminhamentos para dermatologia do município de Acaraú; identificar o dimensionamento da fila de espera de dermatologia do município e propor estratégias para redução de tempo no acesso ao serviço de dermatologia.

2 | METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo documental, a partir do acesso aos sistemas de marcação de consultas e encaminhamentos ao serviço de dermatologia no município de Acaraú, em que foi realizada análise dos encaminhamentos de acordo com o motivo.

Acaraú é um município do estado do Ceará, localizando-se próximo à foz do rio de mesmo nome e a 238 km da capital Fortaleza, é sede da 12ª região de saúde do estado. Em Acaraú - CE a cobertura da APS é de 100%, constituída por 28 equipes da ESF, 17 equipes de Saúde Bucal (ESB), quatro Núcleos Ampliados da Saúde da Família (NASF-AB) e uma equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

O estudo foi realizado no mês de outubro de 2018, na Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Acaraú.

A Atenção Secundária do município de Acaraú conta com um Hospital Filantrópico de 70 leitos, sendo um destes leitos destinado ao serviço de psiquiatria. É referência nos serviços Clínicos, Cirúrgicos, Obstétricos e Pediátricos na 12ª Área Descentralizada de Saúde do Estado do Ceará; possui um Centro de Especialidades Odontológicas - CEO Regional; uma Policlínica Regional; um CAPS tipo 2; um Centro de Especialidades Médicas Municipal; um Serviço de Atenção Domiciliar composto por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) e uma Clínica Municipal de Fisioterapia.

No sistema de apoio, tem-se um Laboratório de Análises Clínicas Municipal; dois Laboratórios de Análise Clínicas de referência; uma Central de Abastecimento Farmacêutico, uma Ouvidoria do SUS e um Sistema de Informação em Saúde; e no sistema logístico uma Central de Regulação, uma Central de Transportes e uma Auditoria em Saúde. Os pontos de atenção terciária são a nível macrorregional (Sobral e Fortaleza).

Os dados foram coletados por meio dos formulários de encaminhamento provenientes das Unidades de Saúde e agrupados em uma tabela no Word 2010® para

melhor visualização e análise das informações.

A análise dos dados foi realizada a partir das informações constantes nos formulários de encaminhamento, levando em consideração o motivo do encaminhamento, a partir dessas informações foi possível realizar o dimensionamento da fila de espera.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta a demanda reprimida dos serviços especializados, pode-se observar que alguns estão zerados, enquanto outros apresentam uma longa fila de espera, esta demanda varia de acordo com a especialidade, tanto pela necessidade da população quanto pela oferta do serviço. A tabela 2 representa os agendamentos efetuados na Central de Regulação Municipal de janeiro de 2018 até o dia 11 de outubro de 2018.

ESPECIALIDADE	DEMANDA REPRIMIDA
Gastroenterologia	-
Mamografia	-
Audiometria	-
ECG	-
Fonoaudiologia	-
Nutricionista	-
Pediatria	-
Ginecologia	-
Ultrassonografia	-
Teste da orelhinha	36
Radiografia	78
Ecocardiograma	220
Mastologia	355
Cirurgia	869
Cardiologia	909
Urologia	1.042
Dermatologia	1.407
Otorrinolaringologia	1.458
Endoscopia	1.711
Oftalmologia	2.091
Ortopedia	2.727

Tabela 1 - Demanda especializada reprimida no município e Acaraú - CE de janeiro de 2018 ao dia 11 de Outubro de 2019

Fonte: Autores (2019)

Quanto a especialidade escolhida no estudo, ressaltamos a oferta de 23 vagas/mês para 1ª consulta (09 na policlínica de Acaraú e 14 na Santa Casa de Misericórdia de Sobral), e 09 vagas de retorno na policlínica de Acaraú.

Ao analisar a regulação e as solicitações de serviços especializados em dermatologia, observou-se que aproximadamente 10% deles foram requeridos a pedido dos usuários, sem uma justificativa plausível que enfatizasse a importância do encaminhamento, um dos motivos que fez com que a fila de espera se tornasse longa. É possível perceber estas informações na tabela 2, a seguir.

ESPECIALIDADE	DEMANDA AGENDADA
Gastroenterologia	250
Tomografia	120
Mamografia	1.120
Audiometria	160
ECG	330
Fonoaudiologia	160
Nutricionista	380
Pediatria	330
Ginecologia	250
Ultrassonografia	470
Teste da orelhinha	160
Radiografia	800
Ecocardiograma	110
Mastologia	200
Cirurgia	80
Cardiologia	250
Urologia	190
Dermatologia	180
Otorrinolaringologia	200
Endoscopia	140
Oftalmologia	190
Ortopedia	320

Tabela 2 - Agendamentos efetuados na Central de Regulação do Município de Acaraú - CE, de janeiro de 2018 ao dia 11 de outubro de 2018.

Fonte: Autores (2019)

Constatou-se que 35% dos encaminhamentos apresentavam uma anamnese e exame físico registrado no motivo de encaminhamento, respaldando a equipe da central de regulação para uma triagem qualificada e equânime dos casos. E quanto aos casos com informações incompletas acerca da condição de saúde do usuário totalizou aproximadamente 53% dos encaminhamentos, esses mais de 740 encaminhamentos dificultam diretamente no processo de regulação, não permitindo ao serviço garantir uma atenção integral. Cerca de 1% dos encaminhamentos apresentavam duplicidades (encaminhamento repetidos do mesmo usuário) e um quantitativo de 14 usuários (1%) de absenteísmo nas consultas especializadas no período avaliado.

Uma solicitação bem referenciada necessita ter uma justificativa clara para que a mesma seja consumada e, além disso, deve seguir um protocolo clínico que justifique a sua importância, a portaria de consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 enfatiza essa necessidade em seu artigo 5º, descrevendo que a assistência deve ser disponibilizada levando em consideração a necessidade do usuário, ou seja, o acesso ao serviço de saúde especializado deve ser padronizado e descrito em processos bem definidos e que garantam a efetiva regulação do acesso à assistência (BRASIL, 2017).

Para a organização da fila de espera, sugerimos algumas estratégias, como, uma efetiva avaliação de forma contínua dos encaminhamentos, com o propósito de reduzir a duplicidade destes, bem como de atualizar a condição de saúde e necessidade do usuário junto às equipes de saúde da família. Será necessário uma normalização dos serviços de encaminhamentos na APS, através da implementação do uso de protocolos clínicos, e

garantia de encaminhamentos de qualidade.

Não obstante, o planejamento e monitoramento permanente devem ocorrer, acerca das pactuações existentes, levando às CIR (Comissão Intergestores Regional) - instâncias de cogestão no espaço regional, as necessidades e entraves existentes.

Por fim, determina-se o imperativo de estratégias de acompanhamento emergencial, através de mutirão de consultas para atendimento desta demanda reprimida de dermatologia, que necessitaria de cinco anos, além dos novos casos que surgirão mês a mês.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO

Com o presente estudo concluiu-se que a oferta dos serviços de saúde deve se adequar e ser planejada/pactuada a partir da realidade da população do território, levando em conta suas especificidades e necessidades, garantindo a longitudinalidade e integralidade do cuidado.

Os profissionais de saúde, em especial os médicos, os quais são os principais responsáveis pelos encaminhamentos aos serviços especializados, devem ser sensibilizados quanto a racionalização da oferta, permitindo que o acesso ao serviço especializado seja ofertado de maneira eficiente e equânime.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, n. 11, pag. 2865-2875 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf> Acesso em 15 out. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n 2 de 28 de Setembro de 2019**. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/9_Portaria_de_Consolidacao_n_2_2017_Politica_de_Regulacao_COSEMS.pdf Acesso em 15 de out. 2018.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15, n. 1, pag. 161-170, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf> Acesso em: 15 out. 2018.

MENDES, E. V. **O Acesso a Atenção Primária à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2017.

TASCA, R. **Universalidade e saúde**: objetivo estratégico para a transformação dos sistemas de saúde nos países da América Latina e Caribe. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Caminhos da Saúde no Brasil, CONASS debate. Brasília, CONASS, 2014.

CAPÍTULO 14

INTERAÇÕES SOCIAIS E SÍNDROME DE ESGOTAMENTO NO TRABALHO (BURNOUT) EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Data de submissão: 09/02/2021

Eraldo Bittencourt de Gouvêa

Universidade Católica de Petrópolis
Petrópolis – RJ

<http://lattes.cnpq.br/4137042997791517>

RESUMO: A Síndrome de esgotamento no trabalho (SET), também conhecida como Síndrome de Burnout, ou ainda como Síndrome de esgotamento profissional, consiste em uma resposta a problemas laborais, podendo resultar em adoecimento físico e mental e afastamento laboral. É descrita como a manifestação concomitante de três fatores principais: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal. Profissionais da saúde são vulneráveis a esta síndrome por diversos aspectos que colaboram para seu surgimento, entre eles as Interações Sociais. Este artigo busca, através de uma Revisão Sistemática da Literatura, constatar de que forma a Interação Social aparece, ou não, em artigos científicos sobre SET em profissionais da saúde, produzidos entre 2014 e 2019. As bases de dados consultadas foram: SciELO, SciELO - Brasil, MEDLINE/Pubmed (NLM) e LILACS, em periódicos de acesso livre, em língua portuguesa do Brasil, sobre a saúde do trabalhador na área de Saúde, chegando assim a 22 artigos. Os resultados demonstram que os autores dos artigos consultados não exploram a variável

Interação Social com o devido rigor teórico, mas a apresentam constantemente em seus trabalhos. Conclui-se que a variável Interação Social está presente em todos os artigos pesquisados, mesmo que seus autores não a articulem.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de esgotamento; Síndrome de Burnout; Interação Social.

ABSTRACT: Exhaustion at work syndrome (SET), also known as Burnout syndrome, or even as professional exhaustion syndrome, consists of a response to work problems, which can result in physical and mental illness and absence from work. It is described as the concomitant manifestation of three main factors: emotional exhaustion, depersonalization and decreased personal fulfillment. Health professionals are vulnerable to this syndrome due to several aspects that contribute to its emergence, including Social Interactions. This article seeks, through a Systematic Review, to verify how Social Interaction appears, or not, in scientific articles about SET in health professionals, produced between 2014 and 2019. The databases consulted were: SciELO, SciELO - Brazil, MEDLINE / Pubmed (NLM) and LILACS, in open access journals, in Brazilian Portuguese, on the health of workers in the field of Health, thus reaching 22 articles. The results show that the authors of the consulted articles do not explore the Social Interaction variable with due theoretical rigor, but constantly present it in their work. It is concluded that the variable Social Interaction is present in all researched articles, even if its authors do not articulate it.

KEYWORDS: Exhaustion syndrome; Burnout syndrome; Social interaction.

INTRODUÇÃO

O tema central deste artigo é a relação das diversas interações sociais nos casos de Síndrome de Esgotamento no Trabalho (SET) - termo que será assumido nesta pesquisa como principal - mas que também é conhecido como Síndrome de *Burnout*, ou apenas *Burnout*, entre profissionais da área de Saúde, a partir de trabalhos científicos produzidos nos últimos anos. Logo, o problema consiste em investigar se a variável Interação Social aparece explorada como tal nestes trabalhos sobre SET. Para tal, o método escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa foi a Revisão Sistemática da Literatura, que, por consistir em uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema, permite identificar, avaliar e sintetizar os estudos realizados por investigadores, acadêmicos e profissionais de saúde. Esta metodologia parte de uma pergunta claramente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, além disso, permite colher e analisar os dados dos estudos que foram incluídos na revisão (Rudnicka, 2012). Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. Não é interesse desta pesquisa ser referência de amplitude teórica necessariamente, no entanto, ao se falar sobre a variável 'Interação Social', o que se percebe é que há imprecisões em sua delimitação e utilização teórica. Talvez por ser um termo altamente utilizado, sem a devida precisão conceitual, e tomado como subentendido na maior parte dos casos, o que se aproxima mais do senso comum, do que da ciência. Muitas vezes a Interação Social é assumida como sinônimo de Relação Social, Situações Sociais, Comportamento Social, Comportamento em grupo, Interrelação pessoal, entre outros termos distintos, apesar de próximos. A teoria da Interação Social, possui sua particularidade e se difere dos termos anteriores quanto ao seu conteúdo teórico e sobretudo pelas áreas que a consideram. O que se observou nesta pesquisa é que, após a exploração teórica sobre SET, sobre a Interação Social e a investigação dos artigos selecionados, a variável pesquisada se encontra presente em todos eles, no entanto, sem ser explorada com o devido rigor teórico. Os profissionais da saúde que desenvolvem SET foram o público destes artigos, e os sintomas desenvolvidos foram o grande foco, de forma que o fomento conceitual de alguma variável teórica, como a Interação Social, raramente é tomado como relevante neste trabalhos, que possuem maior interesse em aplicabilidade de intervenções posteriores. Esta pesquisa, por sua vez, através de uma Revisão Sistemática da Literatura, teve maior interesse em ampliar conhecimentos teóricos sobre os diversos conceitos aqui apresentados, permitindo ainda ampliação teórica em outros trabalhos posteriores.

MÉTODO

Para o desenvolvimento deste artigo, foi escolhida a metodologia da Revisão Sistemática da Literatura, que consiste em uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível (Greenhalgh, 1997). As revisões sistemáticas reúnem grande quantidade de resultados de pesquisas clínicas, discutindo diferenças entre estudos primários que tratam do mesmo objeto. Os estudos primários são, neste caso, os sujeitos da pesquisa (Castro, et al. 2002). Nessa pesquisa, foi analisado o conteúdo produzido a partir de material teórico de artigos específicos sobre a SET em profissionais da área da saúde. A utilização do método da revisão bibliográfica sistemática como forma de obter evidências para dar suporte ao aumento das intervenções e informações científicas vem crescendo velozmente e ocupando o espaço das pesquisas primárias, no processo de tomadas de decisão nas ciências da saúde (Evans e Pearsons, 2001). Os artigos de revisão, assim como outras categorias de artigos científicos, são uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisa de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado tema. Duas categorias de artigos de revisão são encontradas na literatura: as revisões narrativas e as revisões sistemáticas. Esta última se subdivide em quatro outros métodos (Rother, 2007): meta-análise, revisão sistemática, revisão qualitativa e revisão integrativa. Ao viabilizarem, de forma clara e explícita, um resumo de todos os estudos sobre determinada intervenção, as revisões sistemáticas nos permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões à leitura de somente alguns artigos. Outras vantagens incluem a possibilidade de avaliação da consistência e generalização dos resultados entre populações ou grupos clínicos, bem como especificidades e variações de protocolos de tratamento (Akobeng, 2005). Os artigos incluídos foram obtidos através das plataformas: Scientific Electronic Library Online (SciELO) – SciELO Brasil – MEDLINE/PubMed (NLM) – Lilacs. Os títulos de assuntos e termos foram: (síndrome esgotamento trabalho) AND (profissionais saúde) OR (Burnout) AND (síndrome Burnout) AND (profissionais saúde). Outros critérios de inclusão foram: língua portuguesa e coleta de dados no Brasil (já que nos interessa a realidade de saúde brasileira), livre acesso e texto integral. Foram levantados 154 artigos seguindo os critérios estabelecidos. Foram excluídos 132 artigos dos 154 iniciais por não terem como participantes profissionais de saúde ou serem estudos realizados em Portugal. Chegando assim a 22 artigos que atenderam aos critérios, por se aproximarem do interesse pesquisado.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Ao estudarmos as questões que envolvem a natureza humana, é recorrente nos depararmos com os problemas sociais mais relevantes que envolvem as relações entre

peças. No processo de desenvolvimento do ser humano, naturalmente recebemos inúmeras influências quanto ao nosso modo de ser no mundo, de acordo com os níveis de dependência que possuímos. Para Gorer (1965, p.138) as Ciências Biológicas, assim como as Sociais se dedicam à compreensão cada vez maior desse processo de construção da individualidade e da pluralidade relacional ao mesmo tempo. É considerada a influência da família, do trabalho, dos amigos, da Sociedade, da Cultura, do espaço geográfico restrito e amplo, das crenças individuais e coletivas, da personalidade, da cooperação, da comunicação, das diversas relações e até mesmo das desordens mentais relacionadas a cada um destes elementos. Segundo Michael Argyle (1976, p.45), “a maioria dos problemas sociais consiste na quebra da comunicação, interação e cooperação entre diferentes raças ou classes, ou entre grupos em atividade”.

A base das definições sobre a interação social será feita neste artigo, a partir do livro de Michael Argyle, um estudioso da Universidade de Oxford (Argyle, M. [1976] *A interação social*. Rio de Janeiro. Zahar), sendo tal autor uma importante referência sobre as Relações Interpessoais e Comportamento Social, ao que se apresenta: Nas interações sociais podem ocorrer *interpretações sobre a personalidade das pessoas* (Argyle, 1976, p.179), o que geraria riscos aos relacionamentos saudáveis no processo de interação social. Dentro dessas interpretações, poderíamos considerar ainda a *suposição que uma pessoa possui determinado tipo de personalidade* (Argyle, 1976, p.188) - oferece grande risco aos relacionamentos saudáveis, já que a própria formação das ideias de personalidade, podem estar repletas de preconceitos e estigmas. Se aproxima mais da generalização do que da real percepção. É possível ainda percebermos, dentro destas interpretações, a prescrição de pessoas a categorias e a aplicação dos estereótipos relevantes.

Segundo Argyle (1976, p.109), quando duas ou mais pessoas estão em interação social, cada uma delas emite uma variedade de sinais visíveis e audíveis, alguns intencionais, outros não, que podem afetar os outros presentes. A fala é importante na maior parte do comportamento social humano, e é ela que mais distingue nossas atividades sociais da dos animais. O tipo mais básico de comunicação é a não-verbal que engloba a tátil e a visual. No entanto, a fala também possui elementos não-verbais, como a duração, o tom emocional, os erros e a pronúncia. Para Willis e Hollander (1964) citado por Argyle (1976, p. 78), o comportamento verbal não pode ser visto como uma entidade abstrata, mas como uma das principais formas de comportamento social. É possível também combinar muitos elementos verbais e não-verbais, enriquecendo ainda mais a comunicação, presente na interação. Segundo Porter, Argyle e Saltler, (1969 p. 73) os elementos básicos da comunicação são: o emissor, o receptor e a mensagem, que normalmente aparece codificada e que pode ser decodificada, transmitindo um significado não contido na forma que foi expressa. Esse processo garante interações sociais diversas. Os erros nesse processo garantem também outras diversas interações. A partir do momento que esteja presente, na interação social, os elementos básicos da comunicação, um sentido na mensagem emitida e a decodificação

deste sentido, o que temos são as diversas possibilidades de interpretações. Uma das principais formas pelas quais o comportamento de outra pessoa pode ser interpretado é supor que ela possui um determinado tipo de personalidade (Argyle, 1976 p.374). São os casos que podem surgir em entrevistas de emprego e encontros entre pessoas pela primeira vez, ou ainda na relação de profissionais com outros profissionais de áreas afins, mas que não convivem tempo suficiente para que se tenha uma avaliação mais ampla. Por estar no âmbito da suposição, oferece grande risco aos relacionamentos saudáveis, já que a própria formação das ideias de personalidade, podem estar repletas de preconceitos e estigmas. Sem contar que esse tipo de interpretação se aproxima mais da generalização do que da real percepção, por conter critérios bastante subjetivos sem maior rigor interpretativo (Porter, Argyle e Salter, 1969). Segundo Argyle (1976 p.157), um dos principais processos envolvidos na percepção da pessoa é a prescrição de pessoas a categorias e a aplicação dos estereótipos relevantes, ou seja, categorizar, ou inserir a pessoa em um perfil, através de características particulares. Isso é nitidamente importante para compreender os objetivos da interação. Esses processos favorecem a similaridade entre membros de um grupo. São usados para racionalizar as próprias atitudes e dos demais e fornecem prescrições, por definirem concepções e comportamentos em relação a uma situação. Nas inferências sobre personalidade a partir da aparência corporal e da fala pode estar envolvida a analogia ou a metáfora, segundo Secord (1958). As inferências podem se basear em qualidades funcionais, do tipo, atribuição de valores e juízos sobre a pessoa, relacionados ao aparente papel social que desempenha, ou ao que o gênero e/ou condição supõe como característica intrínseca. Pode haver também generalizações a partir de personalidades de pessoas semelhantes no passado. Nem sempre essas inferências possuem origens seguras ou claras. Deve-se apontar que o comportamento de outra pessoa pode ser categorizado não somente como uma característica constante da personalidade, mas como uma emoção que esta pessoa possui temporariamente (Argyle, 1976 p.163). Nesse caso é válido lembrar que há uma variabilidade considerável na maneira pela qual uma emoção pode ser expressa. Há também diferenças entre indivíduos e ainda diferenças entre culturas e classes sociais. Tudo isso constitui possíveis problemas básicos sobre a percepção da pessoa por meio das emoções. Existem, ainda, as interpretações como atitudes interpessoais, nas quais normalmente se observa o comportamento de outrem e o interpreta em termos de atitude para com o observador ou para com outras pessoas. Ou seja, a partir da observação de atitudes de uma pessoa, supõem-se que tais atitudes se repetirão com aquele que observa, ou com outras pessoas no futuro (Weisbrod, 1965). Essa observação normalmente não contém critérios bem definidos. Gostar ou rejeitar aparecem como dimensões das atitudes, assim como sentimentos de dominação ou submissão. Segundo Argyle (1976 p. 173), a interação social pode ser motivada por vários impulsos diferentes. A motivação afetará a atividade perceptual que ocorre. O processo de percepção também varia segundo o tipo de relação social que está ocorrendo. Consideremos, por exemplo, que existem múltiplas

situações sociais “não-recíprocas”, onde os comportamentos não afetam aos sujeitos e por isso não há interação social. É o caso das situações de aproximação física, mas sem comunicação, como pessoas em um metrô, talvez se esbarrando, mas sem nenhuma interação (Argyle e Kendon, 1967) . Existem ainda as situações “pseudo-recíprocas”, nas quais os sujeitos, normalmente desempenhando papéis, só são afetados durante o momento da duração de suas respostas. Exemplo disso são as interações hierárquicas que promovem comportamentos somente durante um determinado tempo ou espaço, na qual se observa essa hierarquia. Também existe o comportamento “paralelo” no qual normalmente as pessoas estão falando, mas nenhuma delas está ouvindo o que o outro está dizendo, como acontece entre esquizofrênicos, considerando estados de saúde mental (Jones e Thibaut, 1968). É possível que este processo ocorra entre pessoas que não apresentam estados alterados de consciência, mas que supõem certo “problema”, que pode levar ao adoecimento exatamente por não colaborar com uma necessidade de interação social saudável. Deve-se considerar ainda um tipo de interação que é “recíproca, mas assimétrica”, nas quais as respostas de uma pessoa dependem de outra, mas as desta segunda não dependem da primeira. Parece haver certa insuficiência. Mais uma vez é visto que tal condição levaria a problemas, já que a suposição de interação válida exige certa simetria (Sarbin, Taft e Bailey, 1960) citado por Argyle (1976 p.59). Por fim, pode ainda haver interação “simetricamente recíproca” na qual o curso do encontro é o resultado de uma interação recíproca entre eles, se estendendo a diversas pessoas. Todos esses exemplos interferem nos julgamentos e na relação de papéis entre os indivíduos (Argyle e Kendon, 1967). Segundo o que foi exposto até agora, as interações sociais ocorrem de diversas formas, a partir de percepções variadas, contando com inúmeras interpretações. Muitos erros podem ocorrer nesse processo e, desta forma, as interações sociais podem apresentar um conteúdo negativo nas relações sociais. Alguns problemas que nos interessam, são aqueles relacionados aos temas apresentados que levam a certo adoecimento no ambiente de trabalho, adoecimento este que se manifesta de diversas maneiras e que pode ser nomeado de SET. O objetivo aqui não é encontrar um, entre tantos motivos que influenciam o aparecimento da SET, pois o mapeamento da etiologia envolve tantas variáveis, que tal trabalho deveria focar especificamente neste empreendimento. Mas, a consideração sobre os fatores que envolvem as interações sociais, como relacionadas a SET, o que é pretendido aqui, abre caminho ao avanço do tema, partindo de uma análise teórica e se expandindo, posteriormente, - não neste trabalho - para demais pesquisas.

A Síndrome de Esgotamento no Trabalho (SET) consiste em uma Síndrome Psicológica decorrente da tensão emocional crônica vivenciada pelo trabalhador, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal que pode acometer profissionais cujo trabalho requer contato direto com o público (Tironi et al., 2016). A SET é reconhecida mundialmente como um dos grandes problemas psicossociais que afetam a qualidade de vida de profissionais de diversas áreas, principalmente

daquelas que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos, gerando uma importante questão ocupacional e social (Benevides-Pereira, 2010). Falamos aqui de um conjunto de sintomas manifestos no âmbito físico, psíquico e comportamental, no qual se caracteriza um adoecimento relacionado ao trabalho, mas não restringindo estes sintomas apenas ao ambiente de trabalho. O compromisso de cuidar dos “outros” acaba por envolver também o autocuidado, a autoestima, a autovalorização e a cidadania do que cuida (Saldanha & Caldas, 2004). Entre as queixas psicológicas mais frequentes estão: cansaço, stress, ansiedade, depressão, sentimentos de angústia, insegurança e desânimo (Ribeiro et al., 2009). De acordo com Lima et al. (2013), nem sempre o trabalho é fonte de realização profissional, podendo muitas vezes gerar problemas de insatisfação e exaustão, o que pode afetar a qualidade dos serviços prestados.

A SET é um fenômeno psicológico que vem sendo mundialmente estudado por pesquisadores interessados em compreender seus fatores desencadeantes e contribuir para a melhoria do bem-estar do trabalhador. Qualquer grupo ocupacional pode ser acometido pela síndrome (Maslach & Leiter, 1997), mas a maioria dos estudos tem se concentrado nas profissões identificadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como as mais vulneráveis a doenças ocupacionais, a exemplo dos profissionais de saúde (Batista et al, 2010). Em (Silva et al., 2015, p.254), lê-se que “A principal ação do trabalho em saúde é o cuidado ao paciente”. As ações de cuidar vão além dos procedimentos técnicos e conhecimento e envolvem constante carga emocional dos profissionais de saúde, para aliviar o sofrimento, manter a sua dignidade e o controle e facilitar meios de lidar com as crises nas situações de desfechos negativos. Sobre o adoecimento dos profissionais da saúde, Freudemberger (1975, citado por Benevides-Pereira, 2010) realça que existem diferenças dos demais profissionais e explica que no caso das pessoas que trabalham em funções de ajuda, estas têm que lutar contra uma batalha de três frentes, ou seja, diante das doenças da sociedade, das necessidades dos indivíduos que procuram por estes profissionais e das necessidades de si próprios. Assim sendo, a SET tende a evidenciar-se mais fortemente em indivíduos que têm, na sua profissão, de tratar/cuidar de pessoas muito carentes, ou que precisam de cuidados extremos, intensivos, e muitas vezes por um tempo prolongado (Benevides - Pereira, 2010). Trata-se de uma doença específica que pode afetar um sujeito saudável: a doença da relação de ajuda, segundo a autora. Aqui podemos observar o elemento do cuidado, ou seja, das interações entre pessoas, já que esses profissionais possuem em suas atuações profissionais essa característica de relação com outras pessoas. Dessa forma, fica clara a interação social como elemento presente na prática desses profissionais. Considerando que a SET está relacionada ao ambiente e ao desempenho das funções de cuidado, podemos aferir que no processo de adoecimento do profissional da saúde por SET, o elemento das interações sociais está presente.

Considerando a base teórica contida em Michael Argyle(1976) com a teoria da Interação Social, apresentada até agora e a explanação dos artigos supracitados

na tabela, é visto que, apesar dos autores destes artigos não explorarem a variável da Interação Social como elemento presente no processo de SET em profissionais da saúde, é percebido indicativos de interação social em todos os artigos selecionados, no entanto, sem aprofundamento teórico. Ou seja, mesmo que os autores não explorem a variável com o rigor teórico, conceitual, é possível encontrar sua presença nos artigos.

O público estudado nos artigos foi o de profissionais de saúde, atuando no Brasil, de diversas formas, como profissionais da Rede de Atenção Primária - Diehl et al.(2015) e Martins et al.(2014) - na Atenção Básica e Unidades Básicas de Saúde - Schuster et al.(2018) e Pereira et al.(2014) - em Hospitais públicos e privados - Campos et al. (2015); Ferreira et al.(2015); Gianasi et al.(2014); Gouvêia et al.(2018); Gracino et al.(2016); Montandon et al.(2016); Nóbrega et al.(2014); Silva e Soares et al.(2015); Silva e Barbosa et al.(2015); Silveira et al.(2014) e Zanatta et al.(2015) - Gestores municipais de saúde inscritos em conselho de secretários municipais do Estado de SP - Tironi et al.(2016) - Anestesiologista inscritos em Sociedade de anestesiologia do DF - Silva e Nunes et al.(2015). Uma enfermeira/professora em entrevista em sala privada sem especificações - Zorzanelli et al.(2016). E ainda, profissionais de saúde apresentados em pesquisas e publicações eletrônicas e bibliográficas - Andrade et al.(2015); Magalhães et al.(2015) e Poletto et al.(2016).

Nos 22 artigos há relação com o ambiente de trabalho e local de atuação profissional por ser critério de identificação de SET. Há grande variedade de métodos utilizados nos artigos, como Revisão Sistemática da Literatura - Andrade et al.(2015) e Poletto et al.(2016) - Estudo descritivo de caráter transversal a partir de amostra de conveniência - Campos et al.(2015); Ferreira et al.(2015) e Gianasi et al.(2014) - Estudo transversal de natureza epidemiológica - Diehl et al.(2015) e Silva e Soares et al.(2015) - Estudo qualitativo descritivo - Gouvêia et al.(2018) - Estudo descritivo seccional - Montandon et al.(2016) - Estudo de caráter exploratório descritivo correlacional - Martins et al.(2014) - Pesquisa quantitativa correlacional de corte transversal - Nóbrega et al.(2014) - Estudo transversal - Pereira et al.(2014) - Estudo observacional analítico de corte transversal - Schuster et al.(2018) - Pesquisa de delineamento tipo survey de caráter de conveniência - Gracino et al.(2016) e Rosado et al.(2015) - Levantamento bibliográfico - Magalhães et al.(2015) - Estudo exploratório, descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa - Silva e Barbosa et al. (2015) - Estudo transversal descritivo quantitativo - Silva e Nunes et al.(2015) - pesquisa de natureza quanti-qualitativa - Silveira et al.(2014) - e um estudo de caso - Zorzonelli et al.(2016). Os 22 artigos são realizados por autores que além de pesquisadores, também são profissionais da saúde.

Não foi encontrado, em nenhum artigo analisado, conceituação ou teorização sobre variáveis como a Interação Social. Como a Interação Social não é tomada como variável explorada nos artigos, os autores não a tratam com qualquer base teórica. Esta variável não aparece em nenhum trabalho de maneira conceitual específica, com rigor

metodológico de esclarecimento de conceitos, como se pretendeu fazer nesta pesquisa, no entanto, em todos os artigos temos esta variável presente. O que percebe-se nestes artigos são indicativos de Interação Social sem o devido rigor teórico.

CONCLUSÃO

O tema abordado nesta pesquisa nasceu do interesse particular do pesquisador, paralelo à necessidade de respostas e manejos diante de uma demanda relativamente nova, de profissionais da área da Saúde, bastante afetados pela SET. Os sintomas que envolvem a SET já são bastante conhecidos no ambiente de Saúde Mental e acompanhamento terapêutico, onde antes compunham o que se chamava de estafa ou Neurastenia (Mézerville, 2012). No entanto, suas relações com o trabalho parecem conter diversas lacunas. Os trabalhos científicos, como os que foram apresentados aqui, surgiram com intenções e motivações diversas, sobretudo ao explorar a temática do adoecimento por SET, supondo novos conhecimentos e a fim de gerar possíveis caminhos terapêuticos para a prática de auxílio aos profissionais acometidos por esse estado (Gouveia, 2018).

É observado que diversas áreas da Saúde e da Educação, como Enfermagem, Psicologia, Psiquiatria, Pedagogia, Educação Física, entre outros, se inclinam aos trabalhos acadêmicos sobre a temática, porém, restrito aos profissionais das respectivas áreas, com fins de aplicabilidade de intervenções. É observado também que os critérios elencados nas pesquisas, ou seja, as variáveis estudadas, são bem restritas aos aparentes e mais relevantes sintomas, como crises de ansiedade, depressão, problemas com sono, alimentação, respiratórios ou dermatológicos, ideias suicidas, automutilações, desmotivação, etilismo, entre outros. Variáveis teóricas como a Interação Social não aparecem em destaque ou como norteadoras das pesquisas, mas muitas vezes, apenas como questões básicas que oferecem conhecimentos mais próximos ao senso comum, ou seja, subentendidos. O material referido nesta pesquisa, durante os últimos cinco anos, é captado diante deste cenário. O que parece é que esse processo é historicamente corroborado. Algumas ideias menos precisas sobre o assunto da SET, surgiram a partir do início do século XX, e outras mais elaboradas apareceram nas últimas décadas deste mesmo século e início do século XXI.

No desenvolvimento desta pesquisa parece ser observado que os artigos selecionados, por vezes tomam a interação social como algo subentendido ou com uma base próxima ao senso comum. O que ficou claro é que a variável “Interação Social”, aparece, mesmo que não sendo deveras explorada pelos seus autores, com o devido rigor teórico, nos artigos considerados, ou seja, com aproximações que podem ser observadas em todos os artigos.

REFERÊNCIAS

- Akobeng AK. **Understanding systematic reviews and meta- analysis.** Arch Dis Child.;90: 2005 US
- Argyle, M. **A interação social.** Rio de Janeiro. Zahar. 1976
- Batista, J. B. V., Carlotto, M. S., Coutinho, A. S., & Augusto, L. G. S. **Prevalência da síndrome de burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 13(3), 2010
- Benevides-Pereira AMT - organizador - **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010
- Castro AA, Saconato H, Guidugli F, Clark OAC. **Curso de revisão sistemática e metanálise** [texto na Internet]. São Paulo (SP): Led-Dis/UNIFESP. 2002 [acesso em 2021 Jan, 20] Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise>.
- Evans, D.; Pearson, A. **Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge.** Journal of Clinical Nursing, Oxford, v. 10, n. 5, p. 593–599, Sep. 2001
- Góes, M.C. **A natureza social do desenvolvimento psicológico.** Cadernos Cedes – Pensamento e Linguagem, v. 24, p. 17-24. 1991
- Gorer, G. **Death, Grief and Mourning.** Garden City, Nova York: Doubleday. 1965
- Lewin, Kurt. **La teoría del campo en la ciencia social.** Barcelona: Paidós.1988
- Linde K, Willich SN **How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine.** J R Soc Med.;96:17-22. 2003
- Porter, E., Argyle, M. e Salter, V. **'What is signalled by proximity', Perceptual and Motor Skills,** 30, 39-42. 1970
- Rother, E. T. **Revisão sistemática x revisão narrativa.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi , jun.2007
- Rudnicka AR, Owen CG. **An introduction to systematic reviews and meta-analyses in health care.** Ophthalmic Physiol Opt. May 1;32(3), p.174-83. 2012
- Secord, P.F. **'The role of facial features in interpersonal perception'** em R. Tagiuri e L. Petrullo (orgs.) Person Perception and Interpersonal Behavior, Stanford U.P 1958
- Vigotsky, L. S. **Psicologia pedagógica.** São Paulo: Martins Fontes. 2001
- Weisbrod, R.M. **'Looking behavior in a discussion group',** trabalho não publicado. Cornell. Citado por Argyle e Kebdon (1967). 1965
- Willis, R.H., Hollander, E.P. **'An experimental study of three response modes in social influence situations',** J. abnorm. Soc. Psychol., 69, 150-156. 1964

Andrade, Alexsandro Luiz De, Moraes, Thiago Drumond, Tosoli, Antônio Marcos, & Wachelke, João. (2015). **Burnout, clima de segurança e condições de trabalho em profissionais hospitalares. Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, 15(3), 233-245. <https://dx.doi.org/10.17652/rpot/2015.3.565>

Campos, Isabella Cristina Moraes, Angélico, Antonio Paulo, Oliveira, Marcos Santos de, & Oliveira, Daniela Carine Ramires de. (2015). **Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais Associados à Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem. Psicologia: Reflexão e Crítica**, 28(4), 764-771. <https://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528414>

Diehl, Liciane e Carlotto, Mary Sandra. (2015). Síndrome de Burnout: indicadores para a construção de um diagnóstico. *Psicologia Clínica*, 27 (2), 161-179. Recuperado em 11 de outubro de 2020, em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000200009&lng=en&tlng=pt.

Ferreira, Naiza do Nascimento, & Lucca, Sergio Roberto de. (2015). **Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia**, 18(1), 68-79. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>

Gianasi, Luciana Bezerra de Souza, & Oliveira, Denize Cristina de. (2014). **A síndrome de burnout e suas representações entre profissionais de saúde. Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 14(3), 756-772. Retrieved October 11, 2020, from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000300004&lng=en&tlng=pt.

Govêia, Catia Sousa, Cruz, Tiago Tolentino Mendes da, Miranda, Denismar Borges de, Guimarães, Gabriel Magalhães Nunes, Ladeira, Luís Cláudio Araújo, Tolentino, Fernanda D'Ávila Sampaio, Amorim, Marco Aurélio Soares, & Magalhães, Edno. (2018). **Associação entre síndrome de burnout e ansiedade em residentes e anesthesiologistas do Distrito Federal. Revista Brasileira de Anestesiologia**, 68 (5), 442-446. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.02.006>

Gracino, Mariana Evangelista, Zitta, Ana Laura Lima, Mangili, Otavio Celeste, & Massuda, Ely Mitie. (2016). **A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. Saúde em Debate**, 40(110), 244-263. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611019>

Magalhães, Edno, Oliveira, Áurea Carolina Machado de Sousa, Govêia, Catia Sousa, Ladeira, Luís Cláudio Araújo, Queiroz, Daniel Moser, & Vieira, Camila Viana. (2015). **Prevalência da síndrome de burnout em anesthesiologistas do Distrito Federal. Revista Brasileira de Anestesiologia**, 65 (2), 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.07.016>

Martins, Leonardo Fernandes, Laport, Tamires Jordão, Menezes, Vinicius de Paula, Medeiros, Priscila Bonfante, & Ronzani, Telmo Mota. (2014). **Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva**, 19(12), 4739-4750. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.03202013>.

Montandon, Juliana D 'André, & Barroso, Sabrina Martins. (2016). **Burnout em Psicólogos Hospitalares da Cidade de Uberaba. Ciencia & trabajo**, 18 (57), 159-165. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000300159>

Nóbrega, Catarina Brito da, & Barboza, Patrícia. (2014). **O fonoaudiólogo adoecido: síndrome de burnout e fonoaudiologia hospitalar? uma revisão.** Revista CEFAC, 16(3), 985-991. <https://doi.org/10.1590/1982-021620146013>

Pereira, Ivelisa Vilela Silva, Rocha, Maria de Jesus Loredo, Silva, Valquíria Macedo da, & Caldeira, Antônio Prates. (2014). **Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 461-468. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.16952012>

Poletto, Nelo Augusto, Probst, Livia Fernandes, Oliveira, Tátia Lima de, Guerra, Luciane Miranda, Ambrosano, Gláucia Maria Bovi, Cortellazzi, Karine Laura, Gil-Monte, Pedro Rafael, & Possobon, Rosana de Fátima. (2016). **Síndrome de Burnout em gestores municipais da saúde.** *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(2), 209-215. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020005>

Rosado, Iana Vasconcelos Moreira, Russo, Gláucia Helena Araújo, & Maia, Eulália Maria Chaves. (2015). **Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3021-3032. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13202014>

Schuster, Marcelo da Silva, & Dias, Valéria da Veiga. (2018). **Oldenburg Burnout Inventory - validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2), 553-562. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.27952015>

Silva, Jorge Luiz Lima da, Soares, Rafael da Silva, Costa, Felipe dos Santos, Ramos, Danusa de Souza, Lima, Fabiano Bittencourt, & Teixeira, Liliâne Reis. (2015). **Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(2), 125-133. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150023>

Silva, Renata Pimentel da, Barbosa, Silvânia da Cruz, Silva, Sandra Souza da, & Patrício, Danielle Figueiredo. (2015). **Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem.** *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(1), 130-145. Retrieved October 11, 2020, from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000100010&lng=en&tlng=pt.

Silva, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento, Nunes, Marco Antonio Prado, Santana, Vanessa Rocha, Reis, Francisco Prado, Machado Neto, José, & Lima, Sonia Oliveira. (2015). **A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3011-3020. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>

Silveira, Stelyus Leônidas Mariano, Câmara, Sheila Gonçalves, & Amazarray, Mayte Raya. (2014). **Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS.** *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(4), 386-392. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040012>

Tironi, Márcia Oliveira Staffa, Teles, José Mário Meira, Barros, Dalton de Souza, Vieira, Débora Feijó Villas Bôas, Silva Filho, Colbert Martins da, Martins Júnior, Davi Felix, Matos, Marcos Almeida, & Nascimento Sobrinho, Carlito Lopes. (2016). **Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 270-277. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160053>

Zanatta, Aline Bedin e Lucca, Sergio Roberto de. (2015). **Prevalência da síndrome de Burnout em profissionais de saúde de um hospital pediátrico onco-hematológico.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (2), 0253-0258. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200010>

Zorzanelli, Rafaela, Vieira, Isabela, & Russo, Jane Araujo. (2016). **Diversos nomes para o cansaço: categorias emergentes e sua relação com o mundo do trabalho.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 20(56), 77-88. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0240>

PARTICIPAÇÃO POPULAR COMO PRINCÍPIO ORGANIZATIVO DO SUS

Data de submissão: 08/03/2021

Alan Bruno da Silva Nunes

Centro Universitário Católica do Leste de Minas, Departamento de Educação e Saúde
Ipatinga-MG
<http://lattes.cnpq.br/9927410488064479>

Beatriz Batista Borges

Centro Universitário Católica do Leste de Minas, Departamento de Educação e Saúde
Ipatinga-MG

Maria Fernanda Carlos Pereira Liro

Centro Universitário Católica do Leste de Minas, Departamento de Educação e Saúde
Ipatinga-MG
<http://lattes.cnpq.br/8395082719905105>

Jorge Costa Neto

Centro Universitário Católica do Leste de Minas, Departamento de Educação e Saúde
Ipatinga-MG
ID Lattes: 2029949632509354

Mary Lee dos Santos

Centro Universitário Católica do Leste de Minas, Departamento de Educação e Saúde
Ipatinga-MG
<http://lattes.cnpq.br/8883550977088514>

RESUMO: O processo de construção do SUS teve início a partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado e regulamentado com as leis

8080/90 e 8.142/90. Essas leis dispõem acesso universal como pilar da política de saúde, e, bem como aspectos relacionados a sua organização e funcionamento, critérios de repasses para os estados e municípios além de disciplinar o controle social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde. **Objetivo:** Demonstrar o quanto importante é a participação popular no SUS, frisar a importância da paridade que dá voz ao povo, e o quanto a ausência da participação popular afeta o sistema. **Metodologia:** Para o desenvolvimento deste estudo foi realizada uma revisão de literatura nas bases científicas Scielo, LILACS, Science e PubMed com as palavras chave, controle social, participação popular e SUS. **Resultados:** A presença de leis são um dos fatores que asseguram - por meio da paridade - a presença da população no SUS em conselhos e conferências de saúde, e grande parte da sociedade desconhece que tem seus direitos garantidos e negligenciam a manutenção, qualidade e monitoramento do sistema pela omissão. Para divulgar a importância da participação popular como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde, várias ações podem ser implementadas, como divulgar o funcionamento do SUS e frisar a importância da participação popular para definir o futuro do sistema. **Conclusão:** A capacidade do clamor popular para gerar impacto social não deve ser subestimada, e a presença popular como princípio organizativo do SUS precisa ser defendida a fim de manter os direitos conquistados e permitir a constante evolução do sistema de saúde e sua adequação

às necessidades da sociedade brasileira.

PALAVRAS - CHAVE: Controle social. Participação popular. SUS.

POPULAR PARTICIPATION IN BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM - SUS

ABSTRACT: The process of building the Brazilian Public Health System (SUS) is based on legal definitions established by the Federal Constitution in 1988, and complemented by the laws 8080/90 and 8.142/90. These laws guarantee universal health coverage as well as aspects related to its organization and functioning, including financing criteria to the states and counties, in addition to establishing social control composed by representatives of all public administration level. **Objective:** To demonstrate how important popular participation is for SUS performance, and to emphasize the importance of parity that gives voice to the people, and discuss how lack of popular participation affects the system. **Methodology:** literature review at the scientific bases of Scielo, LILACS, Science and Pubmed using keywords: Social control, Popular participation and SUS. **Results:** The existence of laws is one of the factors that ensure - through parity - the participation of the population in SUS organizational structure, which is based on the role of health councils. Unfortunately, most citizens are unaware of their rights - and duties! - and neglect their own participation, which could ensure the quality and safety of the system and this omission has caused much damage to the system. Raising public awareness about the importance of popular participation as an organizing principle of the SUS, can be done by advertising how SUS work and the relevance of popular participation to the future of the system. **Conclusion:** Citizens participation is crucial to allow the changes in the health system to happen, and to make it possible to SUS to adapt to the growing health needs of the Brazilian population.

KEYWORDS: Social control. Popular participation. SUS.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de construção e idealização do Sistema Único de Saúde (SUS) sofre, desde seu início, com variadas mudanças e avanços. Antes do SUS a atenção à saúde era objeto de ação governamental quando ocorriam epidemias e endemias, que abalasse as questões econômicas e sociais do país. O SUS é resultado de discussões fomentadas por diversos movimentos sociais, incluindo sindicatos de categorias de profissionais da saúde, que lutaram em prol da reforma da saúde pública, reivindicando direitos sociais e civis para toda a sociedade. Logo, ainda que o sistema apresenta inúmeros desafios tanto políticos e quantos financeiros - este preza por introduzir princípios e diretrizes indispensáveis para a integralidade e universalidade da atenção à saúde, a igualdade com equidade, a descentralização político-administrativa, a regionalização e hierarquização, e a democratização com a participação popular (HOPPE et al, 2017; PINHEIRO et al, 2020).

A Constituição Federal de 1988 garantiu à sociedade o direito de participar e intervir na gestão de saúde. Após a regulamentação das leis 8.080/90 e 8.142/90 instituíram-se os conselhos de saúde nas três esferas de governo. Essas leis dispõem a ideia do acesso

universal como pilar da política de saúde, em construção naquele momento nas diretrizes do SUS, modificando os serviços de saúde e permitindo, assim, a tentativa de substituição do modelo hegemônico e biomédico que priorizava, até então, ações individuais curativas em detrimento daquelas promocionais da saúde e da coletividade (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015).

Na promulgação dos direitos à saúde e democracia, a VIII Conferência Nacional da Saúde idealizou as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único. Nesse contexto, em vertentes democráticas, a população mais consciente de seus direitos, reivindicava no bojo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), idealizada nesse período, um projeto de mudança com uma nova configuração do sistema de saúde. Nesta edição da CNS, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi alvo de discussões por uma inédita e significativa participação da sociedade civil, resultando em propostas que se tornaram a base para a construção de um novo modelo de saúde e que fundaram, de fato, o Sistema Único de Saúde (SUS) (MELO, 2016).

O movimento da RSB, foi determinante para que no período entre 1988 e 1990, um sistema de saúde fosse criado, com forte participação e tensionamento à participação de usuários, trabalhadores e gestores na gestão do sistema. Um dos principais pontos levantados pelo movimento em relação a reivindicações sociais é a participação social. Naquele período, o país saía da ditadura militar, o que favorecia a livre participação da sociedade, a qual era vista como uma novidade benfazeja e estimulante.

A participação popular - aí incluída a classe trabalhadora - como diretriz do SUS, foi instituída em 1988, garantindo a participação em espaços como conselhos e conferências de saúde (BRASIL 1988; BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015). Nessa perspectiva, os Conselhos de Saúde constituem-se como canais institucionalizados de participação social na área da saúde, que proporcionam à comunidade o direito de intervir, de forma democrática, nas ações do Estado nas políticas públicas de saúde com vistas a atender as demandas da população. Sua composição paritária assegura aos usuários do SUS 50% da representação e os outros 50% devem contemplar os trabalhadores da saúde, os prestadores de serviços e os gestores, em que devem desenvolver suas atividades de forma voluntária como conselheiro. Esse sistema institucionalizado de participação da sociedade nas decisões da saúde é chamado de controle social, haja vista que a população tem o direito de monitorar, fiscalizar e avaliar os processos de gestão da saúde pública, desta forma controlando o sistema (VIACAVA; OLIVEIRA; CARVALHO; LAGUARDIA; BELLIDO, 2018).

O objetivo deste trabalho é demonstrar o quão importante é a participação popular no SUS, frisar a importância da paridade que dá voz ao povo, e o quanto a ausência da participação popular afeta o sistema.

2 | METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste estudo sobre a falta de participação popular como princípio organizativo do SUS, foi realizada uma revisão de literatura nas bases científicas Scielo, LILACS, Science e PubMed. Os critérios de inclusão se basearam nos seguintes quesitos: artigos publicados em português, entre 2010 e 2021 com as palavras chave, controle social, participação popular e SUS.

Já publicações de leis e decretos, foram buscadas de forma ampla, não podendo exigir datas devido ao longo período de tempo que essas já existem e são atualizadas.

3 | A FALTA DE PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS

A participação popular é importante para construção de uma organização de saúde, fortalecendo o que está previsto na constituição. Todo processo relacionado a essa discussão, será avaliado como expressivo ou não a partir do momento em que se exerce tal direito de presença e voz nos conselhos de saúde.

Em analogia ao contexto apresentado acima, após um longo período sob um estado ditatorial, marcado pela centralização das decisões, pelo tecnicismo e o autoritarismo, a 2ª metade da década de 1980 chega com a falência das propostas anteriores, e a possibilidade de abertura democrática, materializada na necessidade de revisão do modelo de saúde vigente na época. As propostas de organização desse novo sistema incluíam a participação popular nas decisões e a descentralização da gestão pública em saúde, com vistas a aproximar as decisões do Estado ao cotidiano dos cidadãos brasileiros. Para tanto, foram criados os Conselhos de Saúde, órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde (ROLIM et al., 2013).

Os Conselhos de Saúde são como meios, através dos quais a população, de forma autônoma, pode intervir no processo de gestão das políticas públicas, para em conjunto com o órgão gestor criar estratégias, controlar, fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas em cada esfera do governo, e podem se constituir ainda em espaços democráticos de construção de uma nova ordem capaz de revigorar o sentido autêntico de liberdade, democracia e igualdade social (BRASIL, 2009).

As garantias legais existentes na Lei n.º 8.142/1990 possibilitam a participação do cidadão ao controle social do SUS, no entanto para que venha acontecer, o comprometimento da população é essencial. Existe uma relação direta entre políticas públicas e controle social, e isso difere do senso comum que relaciona a participação social ao controle dos recursos, e prevenção do desperdício e corrupção. O controle social vai além da função de “controladoria” e envolve também o dever de auxiliar na efetividade e no comprometimento daqueles que fornecem os serviços de saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2009).

Atualmente, os Conselhos e Conferências de Saúde são os principais espaços para

o exercício da participação e do controle social sobre a implementação das políticas de saúde em todas as esferas governamentais (SAÚDE, 2010).

Além dos espaços mencionados, os cidadãos podem contar com outros meios não institucionalizados de participação. Um exemplo desse modo de ação são os protestos, os quais podem não influenciar diretamente o Sistema de Saúde, mas muitas vezes causam impacto suficiente para que a pauta levantada pelo grupo chegue a um espaço onde decisões concretas possam ser tomadas.

Outra medida não institucionalizada de participação é a presença em grupos educativos sobre a saúde, podendo ser organizados pela população. Essas reuniões, são como aulas ou palestras, que tem o objetivo de explicar determinado assunto e informar a população, sendo uma ótima forma de levantar pautas de extrema relevância e também compreender a relação entre saúde e cidadania.

A Educação Popular configura-se a partir das práticas populares e das experiências de profissionais que atuam junto às comunidades e aos movimentos populares e sociais, dinamizando sua atuação a partir dessa integração intencionando a participação do esforço das classes subalternizadas para a organização do trabalho político, a fim de abrir caminho para a conquista da liberdade e de seus direitos.

O levantamento bibliográfico, apontou que grande parte dos usuários afirmaram desconhecer a forma como as atividades de saúde são planejadas nos municípios estudados. Esse achado vem ao encontro de diversos estudos que retratam o cenário da participação social no campo da saúde, em que revelam o precário conhecimento da população em relação aos mecanismos disponíveis para essa prática (HEIDEMANN; BOEHS; FERNANDES; WOSNY; MARCHI, 2012). Logo, evidencia-se a fragilidade da representação que não traz consigo nenhuma informação e capacidade argumentativa e, portanto, pouco opina e torna-se controlável. Ademais, ao incluir o interesse restrito e imediato dos representantes populares, afastam-se os mesmos da luta pela atenção mais ampla dos representados. Se faz necessário, uma política de informação que não seja apenas transmissora e ligada aos espaços institucionalizados e locais de saúde, mas capaz de problematizar, argumentar e formar opinião.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o período da ditadura militar, na década de 1980 ocorreu uma abertura democrática em relação à saúde que reconheceu a necessidade de mudanças com propostas para ampliar a participação popular nas decisões e descentralizar a gestão pública em saúde, com vistas a aproximar as decisões do Estado ao cotidiano dos cidadãos brasileiros (ROLIM et al., 2013).

Nessa perspectiva, a história mostra um contexto indispensável para se entender a participação popular. As limitações sociais e individuais impostas durante os anos da

ditadura militar pelo Estado, fundamentou reações adversas, contrárias ao regime e o seu modelo ineficiente e injusto de saúde.

A implementação do SUS é um grande marco histórico da população brasileira que teve como parte fundamental as manifestações públicas durante o processo. Com o passar do tempo, grande parte da sociedade se desmotivou diante dos desafios, mesmo com os direitos conquistados ao longo de anos. A desacreditação no sistema de saúde se relaciona com diversos cenários políticos, incluindo a corrupção. Em relação à falta de participação nos Conselhos de Saúde, as principais causas apontadas na literatura atual são o desconhecimento sobre as competências e responsabilidades de um conselho, pouca repercussão dos trabalhos apresentados, dificuldades em relação à apropriação do conhecimento sobre o Conselho. Uma das fragilidades apontadas pela grande maioria dos autores foi o descrédito dos Conselhos, devido às frustrações advindas da falta de resolutividade (BUSANA, 2015).

A falta de adesão da comunidade nos assuntos comuns da saúde é um agravamento para a falta de resolutividade do sistema e fragiliza os conselhos de saúde. É fundamental entender que a paridade garante que a população represente cinquenta por cento dos conselheiros, e quando metade do conselho está pobremente representada, suas funções são prejudicadas, incluindo a fiscalização de recursos e sua aplicação.

Além das ações de fiscalização e resolubilidade das prioridades de saúde, a população local é a mais beneficiada pela participação, quando seus próprios cidadãos trazem as reais necessidades da sua comunidade para o debate orientado e responsável. A falta de participação se associa com a falta de confiança no sistema, pois, na existência de um Conselho que não conhece a realidade da sua região, as demandas da comunidade não serão nem conhecidas, nem solucionadas.

Seguindo esta linha de raciocínio, resgatar a essência do passado é o principal ponto de partida, e o cumprimento dos objetivos de fiscalização dos recursos destinados ao SUS, assim como para a identificação da demanda local e planejamento da assistência adequada às necessidades de cada região. A conscientização da população é o gatilho para despertar e estimular o controle social e garantir seus benefícios. A presença ativa da sociedade no SUS pode reforçar todas as demais características do sistema (regionalização, hierarquização, universalidade) imprimindo-lhes maior eficiência. O SUS é de todos e para todos, mas para tanto é preciso que os cidadãos sejam co-responsáveis pela sua condução, partilhando dos desafios e construindo soluções. O SUS não é “problema do governo” mas uma conquista do povo brasileiro que merece ser preservada e garantida.

5 | CONCLUSÃO

A participação popular é fundamental para o fortalecimento da estrutura, dos princípios e diretrizes do SUS. Assim, quando o povo clama por melhorias na acessibilidade,

reivindica assistência com melhores condições, qualidade e segurança, surge uma nova perspectiva na saúde. O envolvimento da população permite o monitoramento do sistema para que os serviços de saúde tenham melhores resultados, melhorem efetivamente a qualidade de vida das pessoas e para que a saúde seja, na prática, o processo de construção da cidadania, ou seja, a condição *sine qua non* para a realização pessoal e a prosperidade da sociedade.

Quando a população se apropria da sua responsabilidade com a própria saúde, mas também não se furta de participar no sistema de saúde, esta “consciência sanitária” tem efeitos positivos sobre as demais questões sociais. Dessa forma, a participação política e o exercício da cidadania resultam na construção de uma comunidade mais justa, tornando mais difícil a opressão e o exercício centralizado do poder. As lideranças comunitárias e figuras sociais de influência, tem importante papel nessa conscientização, estimulando a conscientização e divulgando as variadas maneiras de participação no sistema. Existem muitas reivindicações - justas sem dúvida! - para uma melhora na assistência, maior cobertura, tratamento humanizado, qualificação dos profissionais, entre outras propostas, mas poucos são as iniciativas de fomentar a participação social, qualificada e responsável. A realização de cursos para conselheiros, e divulgação do controle social - especialmente junto a acadêmicos da área da saúde, e o fortalecimento dos conselhos em exercício, deve ser o ponto de partida para esta iniciativa. A academia, por meio da extensão, deve pensar e ensinar sobre o sistema público de saúde proporcionando aos estudantes a vivência dos conselhos e das conferências locais de saúde, como o primeiro passo para uma melhor compreensão do sistema.

Por fim, o engajamento da sociedade no SUS, por meio da atuação nos conselhos e participação nas conferências, promove a cidadania e reduz as iniquidades do sistema, dando voz a todas as necessidades da sociedade.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso: 06 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília, DF, 2009

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18)

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss; WENDHAUSEN, **Águeda Lenita Pereira. Popular participation in a local health council: limits and potentials.** Texto & Contexto - Enfermagem, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 442-449, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000702014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000200442&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03 mar. 2021.

HEIDEMANN, Ivonete T. Schüller Buss; BOEHS, Astrid Eggert; FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini; WOSNY, Antonio de Miranda; MARCHI, Jamila Gabriela. **Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de ottawa em produção científica.** Ciência, Cuidado e Saúde, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 613-619, 2 dez. 2012. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i3.13554>.

HOPPE, Ariane dos Santos et al. **Participação popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde.** Cinerjis, Santa Cruz do Sul, v. 18, p. 335-343, dez. 2017. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinerjis/article/view/10927>>. Acesso em: 03 mar. 2021. doi:<https://doi.org/10.17058/cinerjis.v18i0.10927>.

MELO, Rafael Cerva. **DEMOCRACIA NO SUS, COMO ESTAMOS? Um debate sobre a participação social a partir da literatura recente.** 2016. 28 f. TCC (Graduação) - Curso de Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

PINHEIRO, Fernanda Thayná de Souza et al. **Participação universitária em defesa do Sistema Único de Saúde.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 504-515, June 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000200504&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Mar. 2021. Epub July 27, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012517>.

ROLIM, Leonardo Barbosa et al. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** Saúde em Debate: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan. 2013. Anual. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2013.v37n96/139-147/pt>. Acesso em: 02 de abril 2020.

SANTOS JÚNIOR, Claudio José dos *et al.* **Participação popular na gestão do SUS: construção de um projeto de intervenção para fortalecimento do controle social.** Diversitas Journal, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 901-909, 7 abr. 2020. Galoa Events Proceedings. <http://dx.doi.org/10.17648/diversitas-journal-v5i2-790>. Disponível em: https://periodicos.ifal.edu.br/diversitas_journal/article/view/790/985. Acesso em: 04 mar. 2021.

SAÚDE, Biblioteca Virtual em. **Blog Direito Sanitário São Paulo (SP): BVS; 201.** 2010. Disponível em: <http://www.bvs.br/biblioteca-virtual-em-saude/blog-direito-sanitario-sao-paulo-sp-bvs-201>. Acesso em: 06 mar. 2021.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos; LAGUARDIA, Josué; BELLIDO, Jaime Gregório. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos.** Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

PÊNFIGO VULGAR: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de submissão: 14/03/2021

Bianca Borges Romeiro Caetano

ULBRA Canoas, Curso de Odontologia Canoas
– Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-9911-2533>

Caren Serra Bavaresco

ULBRA Canoas, Curso de Odontologia
<https://orcid.org/0000-0002-0730-3632>

Rubem Beraldo dos Santos

ULBRA Canoas, Curso de Odontologia
<https://orcid.org/0000-0002-6304-1235>

Flávio Renato Reis de Moura

ULBRA Canoas, Programa de Pós-graduação
em Odontologia Canoas – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-1725-2370>

RESUMO: A APS (Atenção Primária à Saúde) é onde geralmente acontece o primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde e é o local onde se encontram equipes multiprofissionais que tem capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde da população. O Pênfigo Vulgar (PV) é uma doença com risco de vida, por isso o reconhecimento e tratamento precoce são fundamentalmente necessários para atingir um prognóstico favorável, por isso a equipe multidisciplinar da APS deve estar atenta para este momento oportuno. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão narrativa sobre pênfigo vulgar delineando a importância

de um diagnóstico precoce e intervenção multiprofissional na APS. Foram selecionados artigos na base de dados do PUBMED utilizando o termo “Pemphigus Vulgaris” publicados nos últimos 5 anos (2015-2020), tendo como critérios de inclusão artigos científicos que abordassem a relevância do seu conteúdo para o presente artigo. A equipe de profissionais da APS tem responsabilidade de se envolver com o caso, desde médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que são os profissionais responsáveis pelo primeiro contato com os pacientes com PV e seu tratamento, até os agentes de saúde também podem ajudar no acompanhamento do caso e apoio ao paciente. Esse acompanhamento é necessário devido ser comum ajustes da dose ou mudança de medicamentos de acordo com a resposta ao tratamento, sendo indicado também preservação a longo prazo em função de recidivas. A partir dos artigos levantados nesta pesquisa, é considerado fundamental o trabalho em equipe na APS e seu conhecimento para suspeitar de lesões na cavidade oral e seu conhecimento para saber qual o caminho correto a trilhar no serviço de saúde para diagnosticar o caso de forma precoce.

PALAVRAS - CHAVE: Pênfigo Vulgar, Atenção Primária à Saúde, Diagnóstico, Terapêutica.

PEMPHIGUS VULGARIS: FROM THE DIAGNOSIS TO A MULTIDISCIPLINARY TREATMENT IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Primary Health Care (PHC) is where patients' first contact with the health system and usually takes place and is the place

where multiprofessional teams are able to solve most of the population's health problems. Pemphigus Vulgaris (PV) is a life-threatening disease, so early recognition and treatment are fundamentally necessary to achieve a favorable prognosis, so the PHC multidisciplinary team must be attentive to this opportune moment. The objective of this work was to carry out a narrative review about pemphigus vulgaris, outlining the importance of an early diagnosis and multiprofessional intervention in PHC. Articles were selected from PUBMED database using the term "Pemphigus Vulgaris" published in the last 5 years (2015-2020), with the inclusion criteria of scientific articles with relevance content for this article. The PHC team of professionals has the responsibility to involve with the case, from doctors, nurses and dentists who are the professionals responsible for the first contact with patients with PV and with his treatment, to health agents that can also help in the treatment monitoring and supporting the patient. This follow-up is necessary because dose adjustments or medication changes are common according to the response to treatment, and long-term accompaniment because of the recurrences. From the articles surveyed in this research, teamwork in PHC is essential and their knowledge to suspect lesions in the oral cavity and their knowledge to know the correct path to take in the health service to diagnose the case early.

KEYWORDS: Pemphigus Vulgaris, Primary Health Care, Diagnosis, Therapeutics.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado em três níveis de atenção: atenção primária, secundária e terciária. Esses níveis, funcionam de forma estruturada para que se possa oferecer uma saúde de forma integral, proporcionando promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos usuários. (BARRETO *et al.*, 2019) Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem como entendimento uma atenção especializada, que é ofertada por Unidades Básicas de Saúde (UBS) com diversas atividades clínicas de baixa densidade tecnológica e de alta complexidade sociocultural. São nestas unidades, que de uma forma geral acontece o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde apresentados. (LAVRAS, 2011)

É nessa porta de entrada que o usuário encontra um sistema com um processo de trabalho intenso realizado por equipes multiprofissionais, além de estar garantido constitucionalmente o acesso desse usuário a qualquer outra unidade de saúde da rede de atenção em função de suas necessidades específicas. (LAVRAS, 2011) Sob o ponto de vista da gestão e da integralidade de atenção à saúde, disponibilizar para a população de uma área adscrita uma equipe multiprofissional estruturada é fundamental para transformar o trabalho em produção de cuidado de alto nível, sendo resultado da interação profissional, planejamento, execução e monitoramento das ações de forma interdisciplinar, além disso consolida novas práticas para além de um cuidado fragmentando. (GUIMARÃES; CASTELO BRANCO, 2020; PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

O trabalho em equipe na APS deve ter seus processos de trabalho baseados em

comunicações efetivas, troca de saberes e práticas construídas de forma coletiva, que inclui a participação dos usuários no desenvolvimento e na cogestão do cuidado. (GUIMARÃES; CASTELO BRANCO, 2020). Segundo a organização da APS no âmbito do SUS, as equipes de trabalhadores deverão ser compostas minimamente por médicos, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem, podendo ter Cirurgião-Dentista (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e ou Técnicos em Saúde Bucal (TSB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2017).

O CD como integrante da equipe de trabalhadores de uma UBS tem a responsabilidade de promover os cuidados de saúde bucal. Neste contexto, o diagnóstico precoce, tratamento e monitoramento das lesões de tecido mole que acometem a cavidade bucal, sob o ponto de vista das repercussões sistêmicas, são fundamentais durante as intervenções que o CD realiza com os demais integrantes da equipe.

No cenário da atenção em saúde bucal na APS, verifica-se o Pênfigo Vulgar (PV), constituindo-se em uma patologia autoimune que pode acometer ampla faixa etária populacional, sendo com maior frequência entre a terceira e sexta década de vida. (HARMAN *et al.*, 2017) Tem como apresentação clínica vesículas com exsudato extremamente frágeis que se rompem deixando erosões úmidas dolorosas que causam dores principalmente na mucosa oral. (HARMAN *et al.*, 2017; POPESCU *et al.*, 2019) A forma mais frequente e com expressão grave do pênfigo, pode ocorrer também na pele. Sua etiologia é desconhecida/idiopática e pode ter um prognóstico grave quando não diagnosticada e tratada precocemente. (INGOLD; KHAN, 2020) O PV é uma patologia que não tem cura, mas pode ser controlado e monitorado, por isso é importante que os profissionais da APS estejam atentos aos sinais e sintomas da doença e tenham o senso investigativo aguçado para suspeitar de lesões orais características, para otimizar o diagnóstico e tratamento proporcionando melhora do quadro clínico do paciente/usuário do SUS, de forma eficiente e ágil. (HARMAN *et al.*, 2017; PAULO; MAIA, 2017)

Considerando os aspectos de morbimortalidade do PV, o objetivo do estudo foi realizar uma revisão narrativa, delineando a importância de um diagnóstico precoce e intervenção multiprofissional na APS. Para a realização do trabalho foi consultada a base de *dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE-PUBMED)*, e a busca de referências, se deu a partir da pesquisa de artigos científicos publicados nos últimos 5 anos (2015-2020). Utilizou-se como descritor o termo "*Pemphigus Vulgaris*", estando presente no *Medical Subject Headings (MeSH)* do *MEDLINE-PUBMED*, tendo como critérios de inclusão para a discussão artigos científicos que abordassem diagnóstico, tratamento e acompanhamento/monitoramento que constituíam os tópicos para discussão do presente trabalho.

2 | DIAGNÓSTICO

O PV é uma doença que pode causar morbimortalidade, por isso o reconhecimento e tratamento precoce é fundamental para obter um prognóstico favorável, proporcionando melhoras na qualidade de vida dos pacientes/usuários e, ainda promover redução dos riscos de mortalidade. (KUTEN-SHORRER; MENON; LERMAN, 2020; POPESCU *et al.*, 2019)

O diagnóstico é realizado através de análise dos sinais, sintomas e exame clínico, sendo confirmado pela biópsia da extremidade avançada da lesão. A biópsia deve ser realizada em uma bolha intacta inicial, mas quando se apresentam apenas erosões (geralmente o que acontece na área oral), a biópsia deve ser realizada na borda ativa de uma área desnudada. (DI LERNIA *et al.*, 2020)

Frequentemente o PV tem manifestações nos tecidos moles da cavidade bucal como primeiros sinais da patologia, e, essas lesões podem dificultar a alimentação e a ingestão de líquidos. Ainda, muitas vezes, causam dor e mau odor na cavidade bucal. Sintomas como sialorreia e saliva com sangue também podem estar associados, e o envolvimento de outras áreas da pele pode ocorrer semanas a meses depois. (DI LERNIA *et al.*, 2020) Lesões cutâneas do PV geralmente não acometem palmas das mãos e plantas dos pés, sendo as lesões mais frequentemente encontradas na face, tronco, virilha, couro cabeludo e axilas. (INGOLD; KHAN, 2020; MARIA PORRO; HANS FILHO; GIULI SANTI, 2019).

Diante de casos de PV, dentre outros, a odontologia deve compartilhar a sua responsabilidade com outros profissionais da saúde, e para dar suporte nesses procedimentos de biópsia, o SUS conta com locais com Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que além de unidades para atendimentos de média complexidade, são estruturadas com a APS, pois são ambulatórios de referência e contra referência e oferecem atendimento nas especialidades de cirurgia oral menor, diagnóstico de câncer de boca e outras doenças de tecidos moles, periodontia, endodontia e atenção aos pacientes com necessidades especiais, tendo como suporte serviços de análise de exames histopatológicos, para emissão de laudos anatomopatológicos. (CAYETANO *et al.*, 2019).

3 | TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO

Após suspeita clínica de PV e confirmação pela biópsia, é decidido qual opção de tratamento seguir. Existem muitas alternativas terapêuticas para o tratamento, mas cada situação deve ser individualizada e o método de tratamento deve ser adaptado. Os corticosteroides sistêmicos representam a primeira opção de tratamento, e é indicada a prescrição de doses elevadas com diminuição progressiva e controle da exacerbação das lesões. (CHEN *et al.*, 2020; POPESCU *et al.*, 2019).

O fármaco de primeira escolha mais comumente utilizado é a Prednisolona, sendo aconselhado iniciar a terapia com 1mg/Kg por dia para a maioria dos casos e 0,5-1mg/Kg

por dia em casos mais leves, como por exemplo: um paciente de 80Kg deve inicialmente ingerir 80mg do fármaco por dia, isso é 4 comprimidos de 20mg ao dia, e a dose deve ser reduzida após cicatrização da maioria das lesões de forma gradual, com o objetivo de redução para 10 mg por dia ou menos.(DI LERNIA *et al.*, 2020; HARMAN *et al.*, 2017; MARIA PORRO; HANS FILHO; GIULI SANTI, 2019. A partir de uma dose diária específica o medicamento também pode ser administrado em dias alternados para minimizar efeitos colaterais dependendo do caso. (MARIA PORRO; HANS FILHO; GIULI SANTI, 2019). A dosagem ideal de corticosteroides e seu esquema de redução não fica claro na literatura, mas é argumentado que essa diminuição de dose deve ser feita com cautela mantendo a cura da maioria das lesões, e que a redução precoce e antes do controle da doença não é recomendada. (HARMAN *et al.*, 2017; MARIA PORRO; HANS FILHO; GIULI SANTI, 2019).

Lesões recidivas podem surgir, mas seguidamente se apresentam de forma mais leve do que a fase inicial da doença e geralmente são tratadas com doses mais baixas de corticosteroides, embora não haja consenso sobre o melhor modo de tratá-las. (HARMAN *et al.*, 2017)

É importante ressaltar que no SUS, a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) é desenvolvida para atender as necessidades da população de um município específico, tendo como modelo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (DAL PIZZOL *et al.*, 2010), e na RENAME a medicação em forma de comprimido do componente básico que pode ser utilizado nesses casos é a Prednisona de 5mg ou 20mg, que pode ser uma substituta equivalentemente a Prednisolona, sendo isso importante na garantia de acesso a toda população à medicação, independentemente de sua condição socioeconômica. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2020; JUNIOR *et al.*, 2015; MARIA PORRO; HANS FILHO; GIULI SANTI, 2019). O princípio ativo Rituximabe recentemente também foi apontado em diferentes trabalhos como uma opção terapêutica auxiliar em casos de PV moderado e grave (BAUM *et al.*, 2020; DI LERNIA *et al.*, 2020; FRAMPTON, 2020). Sendo esse medicamento do componente especializado da RENAME, portanto possui acesso restrito para tratamento de apenas algumas doenças específicas, não sendo o PV uma delas.(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2020)

Posto que, corticoides sejam eficazes no controle do PV, efeitos colaterais podem ocorrer, como: hipertensão, diabetes mellitus e osteoporose, por isso é necessário que os profissionais envolvidos estejam atentos a esses efeitos, pois frequentemente é necessário ajustar a dose ou até mudar medicamentos de acordo com a resposta ao tratamento. (INGOLD; KHAN, 2020; JOLY *et al.*, 2020; MARIA PORRO; HANS FILHO; GIULI SANTI, 2019; POPESCU *et al.*, 2019). Podendo também ser utilizado como outras opções de medicamento a Azatioprina e o Micofenolato de Mofetil. (HARMAN *et al.*, 2017; JOLY *et al.*, 2020).

O tratamento deve ser iniciado o quanto antes e o objetivo sempre vai ser de induzir a remissão completa das lesões com o mínimo de efeitos adversos relacionados

ao tratamento, sendo comumente um tratamento longo, que pode durar anos. (INGOLD; KHAN, 2020; MARIA PORRO; HANS FILHO; GIULI SANTI, 2019).

É necessário que os profissionais de saúde da APS se empenhem no acompanhamento ao usuário com PV e verifiquem se está ocorrendo melhora do quadro clínico e das lesões, principalmente das lesões orais que geralmente são as últimas a reduzir (HARMAN *et al.*, 2017), e esse controle e tratamento pertence tanto ao médico, quanto ao cirurgião-dentista.

4 | TRABALHO EM EQUIPE

A equipe de profissionais da APS tem responsabilidade de se envolver com o caso, desde médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que representam os principais profissionais responsáveis pelo primeiro contato e anamnese, assim como pelos devidos encaminhamentos. O ACS também faz parte dessa equipe na questão de monitoramento, pois pode contribuir com o caso de forma próxima ao usuário, percebendo inclusive adesão ou não adesão do mesmo ao tratamento, contribuindo assim no manejo do caso.

Médicos Dermatologistas e Cirurgiões Buco-Maxilo Faciais podem ser incluídos na equipe no quesito de diagnóstico/biópsia e tratamentos mais complexos, os quais estão lotados em centros de referência organizados pelos municípios em conjunto com as Secretarias Estaduais da Saúde e Ministério da Saúde. Equipe de tratamento de feridas pode ser necessária para auxiliar no cuidado das lesões, assim como um aconselhamento com nutricionista se a ingestão de alimentos estiver afetada, entre outros profissionais especializados. (HARMAN *et al.*, 2017)

Com base nas questões até aqui discutidas, é percebida a importância e o papel da equipe da UBS trabalhar junto para consequente melhoria do prognóstico da patologia e melhora da qualidade de vida do paciente conforme tratamento e, revela-se a necessidade de se explorar, cada vez mais essa atuação de equipes multidisciplinares na APS.

5 | EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Atividades educativas são significativas para prevenção ou agravos de doenças, e é percebida a necessidade de educação em saúde para esclarecer aspectos importantes da doença e seus cuidados, tendo como objetivo um impacto positivo na saúde do paciente sem custo elevado e sendo de responsabilidade de todos profissionais.

Nessa esfera de educação, é importante explicar para o usuário e seus familiares detalhes da doença, seu percurso clínico e prognóstico, esclarecendo como é o tratamento, seus possíveis eventos adversos e a possibilidade de recidiva após melhora das lesões, (JOLY *et al.*, 2020) pois o usuário tem papel fundamental e deve ter comprometimento com o cuidado de sua saúde, realizando o tratamento conforme prescrito e comparecendo as consultas recorrentes para controle. Após a remissão das lesões e término da corticoterapia,

é importante que o mesmo siga com o monitoramento de sua saúde de forma periódica na UBS de seu território. A falta de colaboração do usuário e falta de adesão ao tratamento pode causar problemas de ordem sistêmica e piora da condição clínica, causando complicações, e até mesmo o óbito.

Os profissionais de saúde da APS devem ser orientados e capacitados para suspeitar dessas lesões de tecido mole da cavidade oral, assim como, todos devem ser educados a trabalhar em equipe, com outros profissionais e com o próprio usuário para obter melhores resultados na condução do caso.

6 | TRILHA NA APS

Como sugestão de planejamento e trilha para a atenção à saúde desse usuário é importante que no primeiro contato com o serviço de saúde ele seja bem acolhido, desde os profissionais da recepção até os profissionais específicos de saúde. O profissional que acolher deve fazer uma escuta qualificada dos problemas e queixas do usuário para que possa identificar o caso e conduzir da melhor forma a situação, analisando os sinais e sintomas e identificando a necessidade de encaminhamento para o médico ou dentista que indicarão a biópsia das lesões no caso de suspeita de PV. A equipe deve se manter próxima ao usuário contemplando as tecnologias leves de humanização da saúde e, após resultado confirmado de PV, através da biópsia no centro de referência do município, o contato com o usuário deve ser rápido para iniciar o tratamento prontamente. Durante tratamento com corticoterapia precisa haver monitoramento do caso de forma rotineira pela equipe aos longos dos anos pois mesmo após controle pode haver recidiva das lesões. A Figura 1 demonstra uma trilha de planejamento e atuação da equipe e profissionais da saúde frente aos casos de PV.

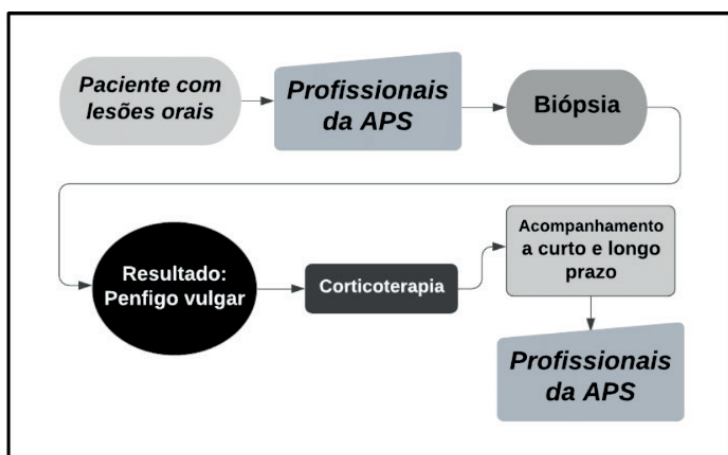


Figura 1 – Descrição de uma trilha para promover atenção à saúde em usuários acometidos por PV.

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao PV ser uma patologia incomum, o que apoia a prática clínica tem sido ancorado em estudos observacionais e relatos de caso (HARMAN *et al.*, 2017; MARIA PORRO; HANS FILHO; GIULI SANTI, 2019), havendo necessidade de evidências científicas obtidas por estudos do tipo ensaio clínico randomizado e revisões sistemáticas, com isso maiores esclarecimentos sobre o tratamento e controle do PV poderão ser disponibilizados para os profissionais da saúde.

A partir dos artigos levantados para a elucidação deste trabalho, verifica-se que é fundamental o trabalho em equipe na APS de maneira a trazer um cuidado qualificado ao usuário, por isso, a gestão em saúde deve potencializar esse trabalho, sendo importante também que as instituições de ensino foquem além do saber técnico e promovam o desenvolvimento de competências nos novos recursos humanos para trabalhar com outros profissionais de maneira articulada, desenvolvendo uma prática em saúde mais plena e resolutiva. (GUIMARÃES; CASTELO BRANCO, 2020).

Por fim, para determinar o diagnóstico do PV é necessário suspeitar clinicamente, indicar a biópsia e posteriormente verificar os resultados da análise histopatológica, que dará suporte para a elaboração do plano de tratamento consolidado pela corticoterapia de choque individualizada. Sendo assim, os profissionais de nível superior em saúde da APS devem atentar para lesões na cavidade oral, sendo de extrema importância saber a trilha a seguir para diagnóstico precoce, trabalhando em conjunto e condicionando os usuários a recuperarem sua qualidade de vida e bem estar geral.

REFERÊNCIAS

BARRETO, A. C. O. *et al.* **Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde.** Rev Bras Enferm, [s. l.], v. 72, n. Suppl 1, p. 278–285, 2019.

BAUM, S. *et al.* **Efficacy of Repeated Courses of Rituximab as Treatment for Pemphigus Vulgaris.** Acta dermato-venereologica, [s. l.], v. 100, n. 17, p. adv00286, 2020. Available at: <https://doi.org/10.2340/00015555-3649>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**[S. l.: s. n.], 2017. p. 9–15.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.** [S. l.: s. n.], 2020.

CAYETANO, M. H. *et al.* **Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro.** Universitas Odontologica, [s. l.], v. 38, n. 80, 2019. Available at: <https://doi.org/10.11144/javeriana.uo38-80.pnsb>

CHEN, D. M. *et al.* **Rituximab is an effective treatment in patients with pemphigus vulgaris and demonstrates a steroid-sparing effect.** *British Journal of Dermatology*, [s. l.], v. 182, n. 5, p. 1111–1119, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1111/bjd.18482>

DAL PIZZOL, T. da S. *et al.* **Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros.** *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 827–836, 2010. Available at: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000400024>

DI LERNIA, V. *et al.* **Pemphigus Vulgaris and Bullous Pemphigoid: Update on Diagnosis and Treatment.** *Dermatology Practical & Conceptual*, [s. l.], v. 10, n. 3, p. e2020050, 2020. Available at: <https://doi.org/10.5826/dpc.1003a50>

FRAMPTON, J. E. **Rituximab: A Review in Pemphigus Vulgaris.** *American Journal of Clinical Dermatology*, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 149–156, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1007/s40257-019-00497-9>

GUIMARÃES, B. E. de B.; CASTELO BRANCO, A. B. de A. **Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica.** *Revista Psicologia e Saúde*, [s. l.], p. 143–155, 2020. Available at: <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>

HARMAN, K. E. *et al.* **British Association of Dermatologists' guidelines for the management of pemphigus vulgaris 2017.** *British Journal of Dermatology*, [s. l.], v. 177, n. 5, p. 1170–1201, 2017. Available at: <https://doi.org/10.1111/bjd.15930>

INGOLD, C.; KHAN, M. **Pemphigus Vulgaris.** *StatPearls*, [s. l.], p. 1–6, 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560860/?report=classic>

JOLY, P. *et al.* **Updated S2K guidelines on the management of pemphigus vulgaris and foliaceus initiated by the european academy of dermatology and venereology (EADV).** *JEADV*, [s. l.], v. 34, p. 1900–1913, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1111/jdv.16752>

JUNIOR, J. M. do N. *et al.* **Avanços e perspectivas da RENAME após novos marcos legais: o desafio de contribuir para um SUS único e integral.** *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, [s. l.], v. 6, p. 3354–3371, 2015.

KUTEN-SHORRER, M.; MENON, R. S.; LERMAN, M. A. **Mucocutaneous Diseases.** *Dental Clinics of North America*, [s. l.], v. 64, n. 1, p. 139–162, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.08.009>

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** *Saúde Soc.*, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011. Available at: <https://doi.org/10.1002/jlac.18781940209>

MARIA PORRO, A.; HANS FILHO, G.; GIULI SANTI, C. **Consensus on the treatment of autoimmune bullous dermatoses: pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus-Brazilian Society of Dermatology*.** *An Bras Dermatol*, [s. l.], v. 94, n. 2, p. 20–32, 2019. Available at: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.2019940206>. Acesso em: 25 fev. 2021.

PAULO, F.; MAIA, A. **Abordagem sistêmica do pênfigo vulgar com acometimento oral.** *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, [s. l.], v. 17, p. 32–35, 2017.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: Estudo sobre modalidades de equipes**. Interface: Communication, Health, Education, [s. l.], v. 17, n. 45, p. 327–340, 2013. Available at: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832013005000006>

POPESCU, I. *et al.* **Pemphigus vulgaris - approach and management (Review)**. Experimental and Therapeutic Medicine, [s. l.], n. 16, p. 5056–5060, 2019. Available at: <https://doi.org/10.3892/etm.2019.7964>

CAPÍTULO 17

PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Data de submissão: 21/03/2021

Cristiane Aragão Santos

Psicóloga e co-coordenadora de CAPS da Fundação Estatal de Atenção em Saúde (FEAS). Especialista em Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e em Saúde Mental pelo Instituto Tecnológico e Educacional de Curitiba. Curitiba-Paraná.
<http://lattes.cnpq.br/6161251858449110>

Ana Paula Ferreira Gomes

Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Mestre em Gestão de Tecnologia, Conhecimento e Inovação em Saúde, especialista em Preceptoría no SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês. Especialista em Saúde da Família (UFSC); Saúde Coletiva (UP); Psicologia Clínica (FEPAR) e Acupuntura (FIES). Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Curitiba. Professora nas graduações de psicologia e medicina das Faculdades Pequeno Príncipe e de pós-graduação no Centro Universitário FAE. Curitiba-Paraná.
<http://lattes.cnpq.br/0527322103772182>

RESUMO: Este artigo analisa as percepções de médicos e enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família, em três Unidades Básicas de Saúde, localizadas no município de

Curitiba. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de cunho qualitativo, cujo objetivo foi compreender o cuidado em saúde mental experienciado na prática destes profissionais. A pesquisa se deu por meio de um questionário online, respondido por 23 profissionais. Os dados coletados foram interpretados pelo método Análise Temática de Conteúdo proposto por Minayo. Os resultados foram organizados em unidades temáticas e divididos em duas categorias: facilidades e dificuldades no cuidado em saúde mental. Os participantes da pesquisa demonstraram ideias de integralidade do cuidado, trabalho interdisciplinar e corresponsabilização. Por outro lado, falta de conhecimento na área, estigma e medo foram apontados como dificultadores neste tipo de cuidado. A discussão destes achados pode ajudar a reduzir o estigma, contribuindo para processos de educação permanente, trocas de conhecimento, planejamento e construção de intervenções colaborativas nas práticas de cuidado em saúde mental.

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

THE PERSPECTIVE OF GENERAL NURSES AND PHYSICIANS ABOUT THE MENTAL HEALTH CARE IN BRAZILIAN PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

ABSTRACT: This paper analyses the perspective of general nurses and physicians working in the Family Health Strategy, in three Primary Health Care Services, located in the municipality of Curitiba, state of Paraná, Brazil. It is a descriptive qualitative research that aims to comprehend the mental health care, experienced in the practice

of these professionals. The study involved an on-line survey and it was answered by 23 professionals. These data analyses were processed using the Minayo's Thematic Content Analysis Method. The results were organized in thematic units and divided in two categories: mental health care easiness and mental health care difficulties. Research participants showed ideas about integration of care, interdisciplinary work and co-responsibility. Otherwise, lack of knowledge in this clinical field, stigma and fear were noticed as difficulties in this kind of care. The discussion of these findings may help diminishing stigma and contribute for permanent educational process, exchanging of knowledge and collaborative interventions in mental health practice.

KEYWORDS: Primary Health Care; Family Health; Mental Health.

1 | INTRODUÇÃO

O final da década de 80 no Brasil foi marcado pela promulgação da Constituição Brasileira, garantindo a todo cidadão o direito à saúde e transformando-a em dever do Estado mediante um sistema de acesso universal e igualitário com ações e serviços focados na sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes principais a atenção integral de assistência, a equidade e a universalidade de acesso aos serviços de saúde, era preciso organizar o trabalho em saúde valorizando o espaço coletivo enquanto espaço de cuidado e o território como ponto estratégico para a assistência (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Para organizar o SUS a partir das diretrizes apresentadas, é preciso orientar esse processo. Neste sentido, os conceitos de regionalização e hierarquização são importantes para a organização dos serviços em níveis de complexidade, inseridos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios definidos epidemiologicamente, com adscrição de clientela e conhecimento de território atendido (CUNHA; CUNHA, 1998).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como

primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (BRASIL, 2010, p. 7).

A Saúde da Família é a estratégia organizada para reorientar a assistência, a partir da atenção primária, baseando-se nas diretrizes do SUS. Criada na década de 90, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças. Com a implantação da ESF, a atenção em saúde precisou mudar a forma de compreender o indivíduo, ao invés de visualizar suas partes, valorizar o todo, desenvolvendo a integralidade do cuidado, pensando não apenas nas pessoas, mas também nas suas famílias e nas suas relações sociais e ambientais (BRASIL, 2003).

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) adota como estratégia prioritária para sua expansão e consolidação a ESF, tendo a intenção de

substituir o modelo tradicional, que era baseado na priorização de consultas e atendimentos individuais, por uma prática assistencial de valorização do cuidado, baseada nos conceitos de vínculo, acolhimento, longitudinalidade, acessibilidade e humanização (BRASIL, 2012).

Para tanto, a fim de apoiar as ações da ESF e ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de auxiliar na resolutividade e abrangência das ações da atenção primária (BRASIL, 2010).

O NASF deve contribuir para a continuidade do cuidado, principalmente por intermédio da clínica ampliada, e atuar dentro das diretrizes relativas à APS: interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação popular, noção de território, integralidade, controle social, educação permanente em saúde, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

Alguns estudos apresentam a relação entre saúde mental e APS. O atendimento às demandas de saúde mental nas Unidades de Saúde apresenta-se como um desafio para os profissionais que estão inseridos neste contexto “por perceberem uma necessidade de mudanças em suas atuações profissionais, mas presos ainda em um contexto institucional e histórico de atuação” (AOSANI; NUNES, 2013, p. 78).

Uma tecnologia de cuidado relevante que vem sendo discutida como um novo modelo de fazer saúde é o Apoio Matricial (BRASIL, 2014). Diante da necessidade de articular o campo da Saúde Mental com a APS, o matriciamento é proposto como estratégia para transformar o modelo tradicional dos sistemas de saúde, a fim de superar a lógica dos encaminhamentos, fortalecer as práticas profissionais no atendimento às demandas de saúde mental, efetivar a articulação entre os serviços especializados e a atenção primária, favorecendo a troca de saberes, a discussão de casos e a oferta de ações em conjunto (CHIAVERINI, 2011; GOMES, 2015).

A partir da experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da atuação enquanto psicóloga residente, diante das novas concepções na forma de produzir saúde na APS, este artigo teve como objetivos compreender as dificuldades e facilidades no cuidado em saúde mental na APS apresentadas pelos profissionais da ESF.

2 | MÉTODO

A fim de atingir os objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, por meio da aplicação de roteiro de perguntas semiestruturado.

Para o embasamento teórico e construção do projeto de pesquisa foram consultados artigos científicos acerca do tema. Na sequência, o projeto foi apresentado ao CEP/ CONEP, via Plataforma Brasil, obtendo o certificado de apresentação e apreciação ética sob o número CAAE:46023715.0.0000.5580, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe, e, após sua aprovação, ao Comitê de Ética

em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, tendo seu parecer favorável em 22 de julho de 2015.

Participaram do estudo vinte e três profissionais médicos e enfermeiros atuantes na ESF. O critério para seleção foi baseado nos profissionais estarem atuando no período da coleta de dados. Os profissionais que estavam em férias ou licença no período da coleta foram excluídos.

A pesquisa foi desenvolvida em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), situadas no Distrito Sanitário Bairro Novo, no município de Curitiba, cobertas pela mesma equipe de apoio NASF.

A coleta de dados foi realizada entre agosto/2015 e setembro/2015, após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa. Os aspectos éticos foram respeitados, assegurando-se o sigilo e a confidencialidade. Os participantes preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para esta etapa, foi utilizado roteiro guia semiestruturado, na forma de questionário, autoaplicável, composto por cinco perguntas fechadas e três questões abertas acerca do cuidado em saúde mental, conforme segue: a) Quais as dificuldades enfrentadas no cuidado em saúde mental? b) Quais as facilidades no cuidado em saúde mental? c) Atribui a facilidade a algum recurso utilizado?

A fim de preservar a identidade dos participantes e evitar interferências no estudo, foi utilizado o Formulário Google. Este é um recurso do aplicativo Google Docs usado para criar questionários e coletar informações de forma simples e rápida, sendo possível adicionar as perguntas que desejar. O seguinte link https://docs.google.com/forms/d/1xhrcTd_jmx56gptessVKXQoYjDgy276cwzsUDHTIXnI/viewform?c=0&w=1 foi enviado ao *e-mail* de cada participante para acesso ao roteiro autoaplicado após a aceitação em participar da pesquisa e assinatura do TCLE.

O método utilizado para análise dos dados e interpretação dos resultados foi a Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo (2010), que compreende, operacionalmente, nas etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

A princípio, exploraram-se os relatos retomando os objetivos da pesquisa, com a releitura dos dados e organização dos mesmos. Os relatos foram identificados por profissão, recortados por semelhança e inseridos em tabelas, divididas em categorias, de forma a agrupar eixos temáticos, formando núcleos de sentido. Por fim, os eixos temáticos foram relacionados aos núcleos de sentidos, sendo estes analisados e discutidos sob a luz do referencial teórico.

O protocolo da pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe (CAAE 46023715.0.0000.5580) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Parecer nº 72/2015). Ambos cumprem a Resolução nº 466/12 no que se refere a pesquisas envolvendo seres humanos

(BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos Atores Sociais

Participaram da pesquisa 23 profissionais da ESF, 12 médicos e 11 enfermeiras.

Quanto aos profissionais da medicina, o tempo de formação variou entre 1 ano e meio e 32 anos e apresentaram tempo de trabalho em unidade ESF com variação entre 6 meses e 18 anos. Sete dos doze (58%) profissionais declararam ter alguma especialização, clínico geral (1), psiquiatria (1) e saúde da família (6). Destes, dois apresentam especialização na área de Saúde Mental. Todos os profissionais realizam cuidado em Saúde Mental.

No que se refere aos profissionais da enfermagem, todas eram do sexo feminino, o tempo de formação variou entre 6 meses e 48 anos e apresentam tempo de trabalho em ESF com variação entre 6 meses e 10 anos. Duas profissionais (18%) declararam ter especialização, gestão do conhecimento (1) e saúde da família (1). Destas, apenas 1 apresenta especialização na área de Saúde Mental. Todas as profissionais declararam realizar cuidado em Saúde Mental.

Por meio da análise dos relatos, pode-se observar diferentes aspectos que dificultam e facilitam o cuidado em Saúde Mental na APS, sendo organizados nas seguintes categorias: Dificuldades no Cuidado em Saúde Mental e Facilidades no Cuidado em Saúde Mental.

3.2 Dificuldades no Cuidado em Saúde Mental

Em relação às dificuldades relacionadas aos cuidados em saúde mental, os profissionais levantaram diversos problemas, os quais foram agrupados em 9 unidades temáticas.

A categoria **despreparo profissional** foi destacada por 11 participantes (47%), revelando ser esta a grande dificuldade no cuidado em saúde mental deste estudo. Observa-se através dos relatos dos participantes que a falta de preparo da equipe quanto às questões da saúde mental remete à problematização sobre a falta de conhecimento teórico e prático sobre os transtornos, acarretando na ausência de habilidade para atender e manejar situações. Para exemplificar, destacam-se alguns relatos:

Falta de preparo pessoal e da equipe para o atendimento de casos de pacientes exacerbados, por exemplo paciente em surto. (Enfermeira 2)

Dificuldade na tomada de decisões. Pouco conhecimento teórico prático em saúde mental, dificuldade na identificação e diferenciação dos sintomas. (Enfermeira 3)

Delimitar prováveis diagnósticos. (Médico(a) 7)

Quadro clínico em geral comprometido. (Enfermeira 9)

A falta de preparo dos profissionais da APS aparece nos resultados da pesquisa de Silveira e Vieira (2009). No estudo, os profissionais se sentem despreparados para receber e cuidar de pessoas com problemas psíquicos graves, principalmente quando apresentam histórico de muitas internações psiquiátricas. Para os profissionais que atuam na ESF, reconhecer os sinais do sofrimento mental não parece ser tarefa difícil; em contrapartida, levantar hipóteses diagnósticas e pensar estratégias de ação evidencia as dificuldades das mais diversas ordens (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Muitos profissionais apresentam sentimento de despreparo para atender demanda de saúde mental, gerando sentimentos de impotência e frustração entre eles. Neste mesmo estudo, entrevistados relataram lidar com portadores de sofrimento/transtorno mental e manifestaram desejo de qualificação no manejo desta demanda. Corroborando com o estudo de Nunes, Jucá e Valentim (2007), pode-se observar pelos relatos abaixo que os profissionais apresentam como sugestão para minimizar as dificuldades a necessidade de educação permanente em relação ao tema saúde mental, visto se sentirem pouco potentes para desenvolver abordagens nesta área. Segue relatos dos profissionais:

Protocolos mais didáticos pra enfermeiros, capacitação sobre consulta voltada a escuta e avaliação de nós críticos no tratamento. (Enfermeira 1)

Seria importante uma capacitação para equipe pelo menos a cada dois anos para ofertar os cuidados necessários com qualidade, compreender a doença e os familiares que na maioria das vezes necessitam também de tratamento. (Enfermeira 4)

Em estudo realizado por Büchele *et al.* (2006), a falta de capacitação na área de saúde mental é um dos pontos ressaltados pelos entrevistados, sendo isso apresentado pelas autoras como desafio para integrar as ações de saúde mental com a APS. No entanto, os trabalhadores criticaram cursos rápidos aos quais participaram, visto, na opinião deles, não prepararem efetivamente para manejar os pacientes (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Atrelado ao despreparo profissional, duas unidades temáticas se complementam: **tempo reduzido de consulta e demanda para atendimento.**

Cinco participantes (21%) levantaram como dificultador para o cuidado em saúde mental a unidade temática tempo reduzido de consulta, impossibilitando realizar uma escuta qualificada e atendimento humanizado de forma a pensar no indivíduo integralmente.

O tempo de atendimento é muito curto na triagem (por exemplo, o paciente de saúde mental demanda um tempo maior de atendimento, na maioria das vezes vem sem agendamento). (Enfermeira 5)

Tempo inadequado para atendimento de forma humanizada destes pacientes.
(Médico(a) 11)

Os profissionais avaliam a grande demanda de pacientes que necessitam de cuidado em saúde mental como outro dificultador. Nesta unidade temática, 3 participantes (13%) apresentaram os seguintes relatos:

Prevalência grande de pacientes de saúde mental. (Médico(a) 8)

Demanda crescente de incidência de sintomas área de saúde mental.
(Médico(a) 11)

Estas unidades temáticas trazem implícitas questões como: excesso de trabalho dos profissionais na APS, por vezes se responsabilizando por quantidade de pacientes superior ao estipulado pela política de atenção. Segundo a PNAB (BRASIL, 2012), cada equipe de saúde da família é responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade e grau de vulnerabilidade das famílias. As UBS pesquisadas possuem 4 equipes ESF. A média de usuários por equipe é 3.711. Diante deste dado observamos que as três unidades excedem o número de pessoas atendidas por equipe conforme recomendado pela PNAB.

Outra questão revelada por esta pesquisa é a absorção de demandas que antes eram incorporadas por outros níveis de atenção e atualmente são absorvidas pela APS por seu caráter de porta de entrada, exigindo dos profissionais práticas mais efetivas perante demandas complexas.

Segundo Bezerra e Dimenstein (2008), as equipes da APS lidam com uma enorme demanda de saúde mental, as quais produzem mal-estar nos profissionais, pois se sentem despreparados para lidar com essas questões. Aponta, ainda, a inexistência de uma rede de atenção primária eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes e o número insuficiente de profissionais como obstáculos para se realizar o trabalho de articulação da rede de serviços.

Acesso à rede de atenção foi a unidade temática apontada por 8 participantes (34%) como entrave no cuidado em saúde mental, devido a burocracia para internamento ou pela dificuldade em realizar encaminhamentos intersetoriais, como explicitado nos registros abaixo:

Acesso aos serviços da rede de apoio. (Médico(a) 2)

Dificuldades para internamento e posterior acompanhamento. Equipe reduzida de especialistas. (Enfermeira 10)

Falta de apoio técnico especializado. Dificuldade de internamento. Demora nos procedimentos (marcação de consulta e avaliação). (Médico(a) 12)

Não podermos contar diretamente com o CAPS TM por este estar bastante sobrecarregado. (Médico (a) 8)

Através das respostas percebe-se que os profissionais apresentam resquícios da cultura higienista e hospitalocêntrica, com discurso embasado na lógica de encaminhamentos para outros profissionais e serviços diferentes das propostas pelo modelo de atenção biopsicossocial. Pelos relatos, os profissionais acreditam que o internamento e a referência para outros serviços é a solução para a demanda apresentada pelos usuários que necessitam de cuidados.

Estudo de Hirdes (2015) aponta dificuldade no processo de integração e na retaguarda do serviço especializado CAPS, pontuando-se que o agendamento realizado por intermédio de apoiador, ocasiona descontentamento pela possível desvalorização da equipe da ESF em sua capacidade de avaliação. Outra situação retratada remete à transferência de cuidado, em que após avaliados pelos profissionais das UBS, como casos que não configuram urgências, mas compreendidas como sem possibilidades de manejo no serviço, são redirecionados à APS sem ofertas terapêuticas pelos CAPS.

De acordo com dados internacionais adotados pelo Ministério da Saúde, 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, e, 9 a 12% apresenta transtornos mentais leves que necessitam de cuidados eventuais (BRASIL, 2010). Neste sentido, os trabalhadores da APS percebem queixas de tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade e medo como queixas comuns dos usuários que procuram ajuda profissional, revelando o sofrimento mental comum, muitas vezes associado a áreas relacionadas às variáveis sociodemográficas (MARAGNO, *et al.*, 2006).

Há duas situações relevantes em que os cuidados de saúde mental se apresentam na unidade de saúde, mesmo sem procura espontânea: os problemas relacionados ao uso de álcool e os transtornos mentais graves e persistentes.

Na APS “é possível reconhecer sinais e sintomas de abuso de álcool, discutir o risco envolvido, fazer orientações contrárias ao consumo abusivo nas famílias e encaminhar os pacientes para serviços especializados quando indicado” (BRASIL, 2013, p. 94). Neste contexto, o papel desempenhado pelos profissionais envolve ações “no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento, na manutenção do tratamento farmacológico dos quadros estáveis e na reabilitação psicossocial para os quadros de psicose” (BRASIL, 2013, p. 98).

Outra unidade temática apontada pelos participantes foi o **uso de medicação**. Esta foi levantada por 7 participantes (29%) como dificultador no cuidado em saúde mental. Eles revelaram problemas no controle da medicação, grande demanda e uso de psicofármacos, dificuldade na redução do medicamento após algum tempo de uso, prescrição sem motivo aparente e limitação de medicamentos fornecidos pela unidade de saúde.

Polifarmácia quanto aos psicofármacos. (Médico(a) 4)

Refratariedade do tratamento. (Médico(a) 5)

Restrição em adquirir medicamentos tendo que prescrever medicamentos apenas da farmácia da SMS. (Médico(a) 6)

O atendimento em saúde mental realizado por meio do fornecimento de medicação e consulta médica é insuficiente quando se trata da assistência que deve ser oferecida através do novo modelo de atenção (CHIAVERINI, 2011).

Conforme relato abaixo foi possível verificar questões relacionadas à dependência medicamentosa, indicando o uso da medicação como estratégia demandada por alguns usuários para conseguir dar conta de seus problemas.

Diminuir a medicalização entre os pacientes. (...) Pessoas querem algo que resolva seus sentimentos negativos, mas não conseguem adquirir habilidade para lidar com seus problemas da vida diária, mascarando assim as circunstâncias. (...) Pacientes com longo tempo de uso de psicofármacos sem nunca terem sido questionados quanto ao motivo da continuidade, inclusive usuários dependentes de benzodiazepínicos. (Médico(a) 8)

A medicação representa, muitas vezes, único recurso e possibilidade de intervenção, perante as dificuldades apresentadas pelas equipes ESF na abordagem das situações complexas, demandadas pelos usuários com transtorno mental e seus familiares (LUCCHESI, et al., 2009). Observa-se que, atualmente no SUS, muitos pacientes com transtornos mentais crônicos são acompanhados quase que exclusivamente por generalistas, ficando o tratamento limitado à medicação. Ao contrário desta realidade, recomenda-se que um pacote mínimo de cuidado na atenção primária deve incluir intervenções psicoeducacionais simples e, principalmente, a intermediação de ações intersetoriais (BRASIL, 2013).

Desinteresse pelo tema de saúde mental foi a unidade temática que surgiu a partir do relato de 5 participantes (21%). Segundo estes, o tema continua sendo um assunto que traz implícito preconceito e estigma, dificultando a construção de uma relação de proximidade entre profissional e usuário. Abaixo, seguem os relatos apresentados:

Falta de interesse em saúde mental por parte de alguns colegas. (Médico(a) 3)

O preconceito com os pacientes de saúde mental. (Enfermeira 6)

Poucos profissionais tem interesse. (Enfermeira 8)

Afinidade com o tema. (Enfermeira 11)

A discriminação por parte de profissionais em relação ao cuidado com o portador de transtorno mental é um aspecto importante, podendo se manifestar sob a forma de uma recusa de tratamento físico, e não psíquico (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

A pessoa em sofrimento psíquico tem o acesso à assistência dificultado, permanecendo a histórica segregação desse público, visto que a equipe de saúde da família se responsabiliza pelos atendimentos à saúde da população, desde que não tenha questão mental envolvida (LUCCHESI, *et al.*, 2009).

A unidade temática **perfil dos usuários e falta de suporte familiar** foi referida por 7 participantes (30%) revelando dificuldades conforme os seguintes relatos:

Manter o controle da consulta com pacientes manipuladores. (Médico(a) 4)

A família do paciente, muitas vezes esse paciente é sozinho, não tem apoio. (Enfermeira 7)

Em relação aos relatos apresentados pelos profissionais, percebe-se que há responsabilização do usuário quanto ao que é sua dificuldade e levanta-se a questão sobre as estratégias que podem ser utilizadas pela equipe para lidar com os entraves vivenciados, como exemplo, quais competências são esperadas do profissional na ESF?

Estudo de Vecchia e Martins (2009) chama atenção para a questão do papel da família no cuidado de pessoas com transtornos mentais, pois os profissionais: consideram que a família às vezes adoece junto, vêem como dificuldade a população entender como funciona o tratamento e o próprio contato com a pessoa em sofrimento psíquico, relatam não haver trabalho planejado da equipe neste sentido, mas expressam sua necessidade.

Ainda relacionado ao perfil dos pacientes e a falta de suporte familiar, 4 participantes (17%) apresentaram a unidade temática **adesão do paciente ao tratamento** como dificuldade no cuidado em saúde mental.

Adesão ao tratamento pelos pacientes. (Médico(a) 2)

Falta de adesão ao tratamento. (Enfermeira 10)

Antes da reforma psiquiátrica as pessoas em sofrimento psíquico eram isoladas e excluídas do contato familiar e social. Com a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, a família é acionada e requisitada como parceira no cuidado. No entanto, para as famílias é um trabalho complexo que “requer disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa” (BRASIL, 2013, p. 64).

Se a família é participativa no tratamento e consegue dar suporte à pessoa em sofrimento, é vista como um ponto de apoio. Porém neste estudo, a falta de suporte familiar foi apontada nos relatos como dificuldade de adesão ao tratamento proposto.

A unidade temática **falta de estrutura, de profissionais e de locais para atendimento** foi indicada como entrave por 5 participantes (21%).

Falta de opções de um tratamento adequado e capacidade instalada pela Saúde Pública Brasileira como psicólogos, psiquiatras, serviço social e outros, além dos centros de atenção psicossociais que não estão sendo suficientes para atender a demanda. (Enfermeira 4)

Falta de estrutura adequada, pois há muita interrupção no consultório na hora do atendimento ao paciente. (Enfermeira 6)

Estrutura de equipe de saúde. Pouca preocupação da gestão em melhorar a qualidade dos atendimentos em saúde mental. (Médico(a) 11)

Um estudo apontou que para a reorganização das ações em saúde mental na unidade de saúde deve-se considerar:

a escassez de recursos humanos qualificados para o trabalho em saúde mental e, em especial, para conjugar as ações de saúde mental no âmbito do PSF; as dificuldades na acessibilidade dos usuários às ações e serviços de saúde mental; e, a necessidade de desburocratização do processo de trabalho (SILVEIRA; VIEIRA, 2009, p.147).

3.3 Facilidades no Cuidado em Saúde Mental

No que se refere às facilidades relacionadas aos cuidados em saúde mental, os profissionais levantaram 5 unidades temáticas que estão descritas a seguir.

A unidade temática **apoio dos profissionais** foi destacada por 9 participantes (39%), indicando que os profissionais do NASF e/ou da própria unidade de saúde, facilitam o cuidado em saúde mental.

Apoio dos profissionais do NASF. (Médico(a) 1)

Presença da psicologia na US [Unidade de Saúde] para fazer a avaliação e evitando que o paciente precise se deslocar até as referências de psicologia ou psiquiatria sem necessidade. (Médico(a) 6)

A partir dos relatos, os participantes expuseram a importância do trabalho multiprofissional, o qual integra atividades desenvolvidas pelos diversos profissionais da equipe, conforme, também, apontado por outro estudo (BÜCHELE, *et al.* 2006).

Diante do exposto podemos constatar que os profissionais se preocupam com o cuidado integral, solicitando ajuda e apoio de outros profissionais para auxiliar nas suas condutas diárias.

A unidade temática **vínculo profissional e usuário** foi destacada por 7 participantes (30%) como facilidade no cuidado em saúde mental. O fato de estar próximo à realidade do usuário, a possibilidade de fazer visita domiciliar e monitorar o usuário favorece a

aproximação e criação do vínculo, conforme relatos que seguem:

Devido a complexidade do cuidado, muitas vezes o vínculo criado entre o profissional e o paciente é a principal facilidade. (Enfermeira 8)

Bem, na ESF [Estratégia Saúde da Família], conhecer o psicossocial do paciente, seu ambiente, saber com que trabalha, ter compartilhamento do cuidado com os familiares. (Médico(a) 9)

Na APS [Atenção Primária à Saúde] conseguimos gerar um seguimento mais próximo e mais regular destes pacientes. E estamos inseridos na comunidade, o que permite compreender melhor o processo de adoecimento. (Médico(a) 11)

Pelos relatos percebemos que os profissionais demonstram postura acolhedora, ficando evidente o discurso da integralidade quando falam sobre trabalho, comunidade e família dos pacientes. O fato de todos atuarem em Unidades de Saúde da Família favorece a vinculação entre a equipe e os usuários.

A unidade temática **acesso à medicação** no serviço de saúde emergiu como facilidade no cuidado em saúde mental no relato de 4 participantes (17%). O fato da medicação ser fornecida na unidade facilita o acesso, não sendo necessário que o usuário se desloque e tenha gastos financeiros. Outra facilidade diz respeito a grande parte fármacos suprirem as demandas atendidas. De acordo com os relatos:

Fácil acesso aos medicamentos. (Médico(a) 2)

Medicação. (Enfermeira 7)

Temos um elenco de fármacos que supre boa parte das demandas. (Médico(a) 8)

Medicação na US. (Enfermeira 10)

Outra unidade temática facilitadora no cuidado em saúde mental é a **comunicação com outros pontos da rede**, relatadas por 3 participantes (13%):

Boa comunicação com os pontos de apoio da rede. (Enfermeira 2)

Boa rede de comunicação entre CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] e demais equipamentos de saúde mental. (Enfermeira 3)

Uma pesquisa observou que as práticas de cuidado em saúde mental dependem da articulação de um conjunto de condições, como a própria organização do sistema de atenção à saúde e o acesso aos equipamentos sociais (VECCHIA; MARTINS, 2009).

O **matriciamento em saúde mental** realizado pela psiquiatria e pela psicologia (13%)

também foi apontado como unidade temática facilitadora do cuidado por 3 participantes.

Matriciamento em Psiquiatria, assim temos suporte para manejar casos mais difíceis. Contamos também com os psicólogos do NASF, que nos auxiliam em consultas compartilhadas, discussão de casos e atendimentos ambulatoriais. (Médico(a) 8)

Nos dias que há a equipe de psiquiatria e psicologia disponível na UMS para auxiliar no matriciamento do caso. (Enfermeira 11)

Segundo documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, o matriciamento é constituído por:

um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2005, p.34).

As ações de matriciamento apresentam uma lógica completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência, significa a responsabilidade compartilhada dos casos. Neste sentido, a responsabilidade é de todos: dos profissionais da equipe de referência e da equipe matricial; dos usuários e da família, pois estão inseridos no processo de produção de saúde; e, também, de cada um, pois todo sujeito tem o poder de decisão do seu cuidado, tendo a integralidade da saúde o norteador para as ações de saúde mental (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Diante dos achados apresentados, conclui-se que os participantes da pesquisa apontaram alguns recursos como facilitadores no cuidado em saúde mental: matriciamento (discussão de caso, orientações, consulta compartilhada); trabalho em equipe (integrantes da equipe, NASF); experiência anterior (estágio no CAPS, capacitações, trabalhos anteriores); e, apoio dos familiares no tratamento. Três participantes não explicitaram recursos facilitadores.

Em contrapartida, os mesmos profissionais revelaram aspectos de despreparo profissional, estigma e medo perante as situações que envolvem o cuidado em saúde mental, o que dificultam a superação do modelo biomédico, de um cuidado fragmentado e a desmistificação do tema saúde mental.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, considera-se como importante o investimento constante e o planejamento de ações voltadas para a área da saúde mental na APS. Para tanto, recomenda-se a continuidade de pesquisas e estudos como o apresentado, visando dar voz

aos profissionais de saúde, alimentar processos de educação permanente e a elaboração de projetos de intervenção.

Desta forma, acredita-se que a discussão das dificuldades contribua para a aproximação dos profissionais e dos níveis de atenção, de forma a potencializar as ações de apoio matricial e comunicação entre os serviços, buscando-se, de forma conjunta e criativa, soluções e inovações para uma melhor efetividade no cuidado em saúde mental na APS, de acordo com as características e peculiaridades de cada território.

REFERÊNCIAS

AOSANI, T. R.; NUNES, K.G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 5, n. 2, p. 71-80, 2013.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. Ciênc. Prof.**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466/2012. 12 dez. 2012. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm. Acesso em: 28 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Nasf: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de apoio à saúde da família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano** (Caderno de Atenção Básica, n. 39). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde Mental. **Caderno de atenção básica, n. 34**. Brasília, 2013.

BÜCHELE, F. *et al.* A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 226-233, 2006.

CHIAVERINI, D. H. (org.). **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, 2011.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde-SUS: princípios. *In*: CAMPOS, F. E.; TONON, L. M.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. Caderno de Saúde, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, p. 11-26, 1998.

GOMES, A. P. F. **O apoio matricial como tecnologia para a melhoria da resolutividade do cuidado em saúde mental na atenção primária**. 2015. 122 p. Dissertação. Mestrado em Gestão de Tecnologia, Conhecimento e Inovação em Saúde. Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, 2015.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

LUCCHESI, R., *et al.* Saúde mental no programa saúde da família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa saúde da família (QUALIS) no município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MIELKE, F. B.; OLCZOWSKY, A. Saúde mental na estratégia saúde da família: avaliação de apoio matricial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 6, p. 900-907, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2010.

NUNES, M. O.; JUCÁ, V. J. S.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.

CAPÍTULO 18

PROJETO REVIVER - CENTRO DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO, ESPORTE E CULTURA PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM TOCANTINS

Soraia Maria Tomaz

Palmas – Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/0006598387785169>

Raphael Cota Couto

Palmas – Tocantins

<http://lattes.cnpq.br/0006598387785169>

RESUMO: A deficiência é reinventada e passa a se tornar eficiência quando se propicia oportunidades, o Projeto Reviver criado no estado do Tocantins – Brasil, tem como filosofia oferecer a pessoa com deficiência atividades que promovam inúmeros benefícios, incluindo as emoções e esforços recompensados pela superação. O esporte adaptado é a porta aberta para a inclusão, um dos alunos que a dois anos jogava futebol com seus colegas, foi acometido por uma doença degenerativa, passou a ser usuário de cadeira de rodas e ao conhecer o “Reviver”, passou a sorrir novamente, encontrou motivação para seguir, alegria de participar de corridas de rua, assim como participar da Bocha Paralímpica, modalidade implantada pelo projeto. A pesquisa foi realizada durante o ano em que foi aprovado o Projeto Reviver pela USAID, – Agência do governo federal dos Estados Unidos da América (EUA) em 2015 e meados de 2016. Após este período o Projeto reviver se torna Instituto e ganha a cada ano mais adeptos e maior credibilidade. Tendo o esporte como foco principal, possibilitando recorde brasileiro em

participações em eventos promovidos pelo CPB- Comitê Paralímpico Brasileiro, na modalidade de atletismo. Seja na área da reabilitação, seja ocasionado a um participante que foi acometido por uma deficiência congênita, em decorrência da iniciação da prática paradesportiva observou-se que todos os praticantes atingiram fatores positivos o que promoveu a melhoria da saúde física e intelectual, oportunidade de se desenvolver, afirmar suas identidades, autoestima e autoconfiança, o empoderamento e a independência são evidenciados no processo.

PALAVRAS - CHAVE: Inclusão, reabilitação, educação, esporte.

REVIVER PROJECT - EDUCATION, SPORT AND CULTURE ACTIVITIES CENTER FOR PERSONS WITH DISABILITIES IN TOCANTINS

ABSTRACT: Disability is reinvented and becomes efficiency when opportunities are offered, the Reviver Project created in the state of Tocantins - Brazil, has the philosophy of offering people with disabilities activities that promote countless benefits, including emotions and efforts rewarded for overcoming them. Adapted sport is the front door to inclusion, one of the students who two years ago played football with his colleagues, was affected by a degenerative disease, became a wheelchair user and when he met “Reviver”, he started to smile again, he found motivation to follow, joy of participating in street races, as well as participating in the Paralympic Bocce Ball, modality implemented by the project. The research was carried out during the year in which the Reviver Project was approved by USAID, -

Agency of the federal government of the United States of America (USA) in 2015 and mid-2016. After this period, the Reviver Project became an Institute and wins every year. Every year more followers and greater credibility. With sport as the main focus, enabling a Brazilian record in participation in events promoted by the CPB-Brazilian Paralympic Committee, in athletics. Whether in the area of rehabilitation, or caused to a participant who was affected by a congenital disability, as a result of the initiation of the sporting practice, it was observed that all practitioners reached positive factors which promoted the improvement of physical and intellectual health, an opportunity to develop, affirm their identities, self-esteem and self-confidence, empowerment and independence are evidenced in the process.

KEYWORDS: Inclusion, rehabilitation, education, sport.

INTRODUÇÃO

O Projeto Reviver – Centro de Atividades de Educação, Esporte e Cultura para a pessoa com deficiência tem como objetivo oferecer a pessoa com deficiência e seus familiares, oportunidades de exercer sua cidadania e desfrutar dos diversos benefícios oferecidos na área educacional, esportiva e cultural, agregando valores e transformando vidas diante da gama de atividades e saberes oferecidos. Quando foi criado, a sede do Reviver foi instituída na APAE de Palmas-TO, instituição sem fins lucrativos que atendeu 220 alunos do projeto. O objetivo desse estudo, foi descrever sobre as atividades desenvolvidas pelo Projeto Reviver. As ações beneficiaram 220 pessoas com deficiência e seus familiares com a faixa etária a partir de 12 (doze) anos com deficiências: motora /física, visual, auditiva e intelectual, para matriculados na APAE e residentes em todo município de Palmas –TO. Cita-se neste estudo o atleta de Bocha adaptada, Thallysson Viera Gonçalves, amante do esporte e inspiração para os demais, sua dificuldade para se comunicar nunca foi impeditivo para difundir o esporte, fazendo com que seu pai transmitisse suas orientações aos demais participantes, líder nato, com uma garra invejável, um atleta que nunca desistiu de seus sonhos.



Figura 1- Bocha Adaptada – Thallysson

Fonte: Márcio Felix (2019)

O Brasil é uma potência no Esporte Paralímpico, nos Jogos do Rio 2016, O Brasil terminou em 8ª Lugar, batendo o recorde em medalhas 72 conquistadas, sendo 14 ouros, 29 pratas e 29 bronzes, participando de todas as 22 modalidades, ocupando lugar no pódio em 13 modalidades, com destaque maior nas modalidades de Atletismo e Natação (MARANHÃO et al, 2016).

O sucesso do Brasil nos Jogos Paralímpicos, se deve a uma preparação contínua, vista nos últimos Ciclos Paralímpicos, investindo na base e disseminação do esporte adaptado. Fato que levou em 2013 o Comitê Paralímpico Brasileiro-CPB a realizar o maior evento Paradesportivo escolar do mundo, as Paralimpíadas Escolares, onde o estado de Tocantins teve sua primeira experiência em eventos do CPB, com participação de 09 paratletas escolares. Um grande avanço na inclusão da Pessoa com deficiência no esporte ocorreu com a criação dos Jogos Estudantis Paradesportivos do Tocantins-Parajets, em 2014(TOMAZ & COUTO, 2014). Com o objetivo de qualificar os profissionais para a implantação do esporte paralímpico no Tocantins, organizou-se o 1º Curso de Iniciação ao Esporte Paralímpico no Tocantins no período em abril de 2015, com a presença de profissionais renomados da Academia Paralímpica Brasileira - APB, onde foram trabalhados os temas: Organização e Administração do Esporte Paralímpico pelo presidente da APB professor Alberto Martins, Aspectos gerais da Classificação Funcional por Patrícia Silvestre; Atletismo Paralímpico por Rosicler Ravache, Bocha Adaptada por Márcia Campeão e Voleibol Sentado por Marcelo Micheleto. Durante os três dias de realização dos cursos os profissionais de Educação Física, Acadêmicos, Pedagogos, Fisioterapeutas

e Árbitros tiveram a oportunidade de conhecer a realidade do esporte paralímpico a nível nacional e se apropriaram de conteúdos específicos direcionados ao Paradesporto. Essa ação contribuiu sobremaneira para o trabalho dos profissionais participantes na busca de promover a inclusão social dos seus alunos (SECOM, 2015).

Uma das revelações do atletismo Ilquias Lopes Pereira, a má formação em Membro Superior Direito, não impediu que o jovem, de família humilde, chegasse a ser um atleta de alto nível, conquistou marcas relevantes na modalidade de atletismo, nas provas de 100 metros rasos, 200 metros, 400 metros, lançamento de dardo e salto em distância. Grande exemplo para os demais participantes do Instituto Reviver, que realizam seus treinamentos na pista oficial da Universidade Federal do Tocantins – UFT, parceira e apoiadora do “Reviver”.

O Instituto Reviver, no período de 2016 a 2021 vem promovendo Jogos Inclusivos com a participação de municípios do estado do Tocantins e convidados de outros estados. A iniciativa aconteceu para dar oportunidade aos atletas que são impedidos de participar dos jogos escolares devido ao limite de idade. Em entrevista ao jornal o Girassol, Soraia Tomaz afirma: “Notar o engajamento de tanta gente, mesmo com todas as dificuldades inerentes à organização de um evento assim, já é um prêmio para nós, do Reviver, e um troféu para os participantes que vão disputar as modalidades de forma justa, saindo daqui como campeões, independente de colocação no pódio”.



Figura 2 Atletismo - Ilquias Lopes Pereira

Fonte: Marcus Mesquita (2017)

No ano de 2014, ocorreu o intercâmbio com foco no direito e ativismo da Pessoa com Deficiência, no programa “Sport for All” em Washington, Estados Unidos da América. A professora Soraia Maria Tomaz esteve entre os 16 brasileiros selecionados para o evento promovido pela Embaixada dos Estados Unidos no Brasil e pelo Departamento de Assuntos Educacionais e Culturais (ECA), com o objetivo de incentivar o trabalho em equipe, desenvolver senso de liderança através dos esportes e o aprendizado da Língua Inglesa. (LOPES, 2014). Após o intercâmbio, veio a oportunidade de concorrer a um prêmio que foi oferecido pelo melhor projeto a nível mundial doado pela USAID – Agência do governo federal dos Estados Unidos da América (EUA) responsável por programas de assistência econômica e humanitária em todo o mundo. No Brasil, a USAID trabalha em parceria com o governo, setor privado e a sociedade civil para o alcance de objetivos mútuos nas áreas de meio ambiente e de desenvolvimento socioeconômico sustentável e igualitário, enquanto fortalece uma parceria vital que existe entre os povos do Brasil e dos EUA. O Projeto Reviver – Centro de Atividades de Educação, Esporte e Cultura para pessoas com deficiência foi aprovado em 30 de setembro de 2015, em 29 de junho de 2017 tornou-se Instituto Reviver, a partir de 2019 sua sede foi estabelecida na Universidade Luterana de Palmas, com foco no paradesporto, desenvolvendo as modalidades: Atletismo, Bocha Adaptada, Natação, Basquetebol em cadeira de Rodas, tênis de mesa e um representante no ciclismo.

Objetivo desse estudo, foi descrever as atividades desenvolvidas pelo Projeto Reviver, datada de sua criação.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, observacional transversal, retrospectivo, com variáveis dicotômicas e nominais, onde analisou-se uma amostra de 220 participantes com idade entre 12(doze) e 55 (cinquenta e cinco) anos que participaram do Projeto Reviver no período de 30/09/2015 a 20/09/2016, descrevendo os eventos e características dos participantes nas atividades e eventos realizados pelo Projeto. Para recrutamento dos dados foi consultado a coordenadora do projeto e analisado os relatórios emitidos.

RESULTADOS

Os componentes da estrutura do Projeto Reviver foram divididos em 02 (dois) sendo o primeiro relacionado ao Desenvolvimento do Programa : componente 1 (um) Instituto de desenvolvimento Sustentável e Energias Renováveis (IDER), responsável por monitorar e supervisionar as atividades de implementação e obtenção de resultados ao longo da vida do projeto, que incluíram visitas ao local; análise de informações de desempenho para acompanhamento do progresso em direção a resultados planejados; comunicação

de resultados para as partes interessadas. O componente 2 (dois) foi implementado pela APAE/TO e abrangeu a parte das aquisições de equipamentos e suprimentos, na área do desporto, cursos de artes visuais; instrumentos musicais; computadores e hardware para as classes de informática e Língua Inglesa.

Estima-se 2.480 (duas mil quatrocentos e oitenta) atividades foram oferecidas durante um ano do projeto. O Projeto Reviver obteve parcerias importantes: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI); Serviço Social da Indústria (SESI); Total Comunicação e Eventos; Fundação Municipal de Esportes (Fundesportes); Serviço Social do Comércio (SESC); Centro Universitário Luterano de Palmas (ULBRA) e Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Participaram da Projeto Reviver no período analisado 220 pessoas com Deficiência, distribuídos em modalidades esportivas, educacionais e culturais, algumas pessoas participaram de duas ou mais modalidades, os Gráficos 1 e 2 demonstram o quantitativo dos participantes em cada atividade, segue a Descrição da atividades realizadas:

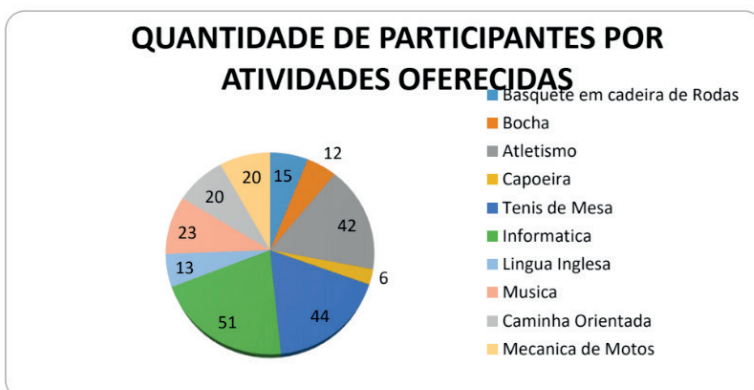


Gráfico 1

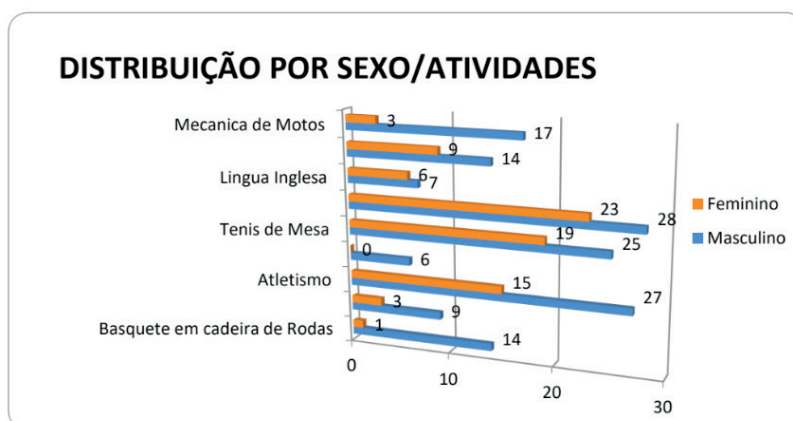


Gráfico 2

O esporte Foi trabalhado em quatro âmbitos: Esporte Saúde, Educacional, Lazer e Rendimento, buscando oferecer oportunidade de incentivar a adequação da pessoa com deficiência a prática esportiva Trabalhados os fundamentos; as regras; o treinamento para os paratletas que se identificam com a competição e o lazer para os não competidores das 05 (cinco) modalidades paradesportivas: Possibilitou-se o treinamento de Atletismo, modalidade que levou os paratletas do Projeto Reviver a participarem das Paralimpíadas Escolares 2015 e Circuito Brasil Caixa de Atletismo 2016, dois Atletas conseguiram índices para Fase Nacional e figuram atualmente entre os 5 primeiros colocados no Ranking Brasileiro Adulto; Basquetebol em cadeira de rodas, modalidade coletiva que tem seu destaque, realizou seu primeiro amistoso com a Associação Gurupiense dos Amigos do Basquetebol – AGAB, do município de Gurupi – TO. Na Bocha Paralímpica, o atleta Talysson Gonçalves compôs a delegação de 15 pessoas nas Paralimpíadas do Rio de Janeiro, teve oportunidade de assistir o primeiro jogo oficial de Bocha, além de jogar é técnico voluntário da equipe de Bocha. Caminhada orientada realizada no Parque Cesamar, local específico para atividade física na capital. No Tênis de Mesa; a atleta Vitória que viajou as Paralimpíadas no Rio, foi classificada para as Paralimpíadas Escolares que foi disputada em São Paulo.

Na área da educação, foram oferecidos os Cursos de Língua Inglesa, Curso Profissionalizante de Mecânica para motocicletas em parceria com o Serviço Nacional da Indústria - SENAI com o objetivo de oportunizar a Pessoa com deficiência e seus familiares o acesso a informações que venham trazer benefícios para seu cotidiano e conseqüentemente capacitá-los para o exercício no mercado de trabalho. Complementando as atividades, criou-se uma sala de música com instrumentos variados, trabalhando a musicoterapia, estimulando a expansão psicomotora, cognitiva e emocional. Pintura em tela, trabalho que propiciou maior sensibilidade aos alunos, estímulo a criatividade e interação e a Capoeira inclusiva, misturando terapia e diversão, as aulas exploravam a lateralidade, o raciocínio, a atenção era totalmente voltada à roda, fato que gerou grande impacto positivo, pois a adaptação dos exercícios inibiu qualquer tipo de impedimento de participação, o esporte foi promovido a todos, sem distinção.

Cita-se o importante e necessário empenho, o aperfeiçoamento e a empatia dos profissionais de Educação Física, um número considerável de professores que estudam e se atualizam constantemente para subsidiar as demandas que o paradesporto exige, com tamanha especificidade, como cita Gorgatti (2008):

O esporte para pessoas com algum tipo de deficiência iniciou-se Como uma tentativa de colaborar no processo terapêutico delas e logo cresceu e ganhou muitos adeptos. Atualmente mais do que terapia o esporte para esta população caminha para o alto rendimento e o nível técnico dos atletas impressiona cada vez mais o publico e os estudiosos da área de Educação Física. (p.532).

CONCLUSÃO

Acredita-se que transformações positivas aconteceram durante a execução de do Projeto Reviver, no Paradesporto os valores Olímpicos e Paralímpicos: Amizade; Respeito; Excelência; Coragem; Igualdade; Inspiração e Determinação fazem parte do cotidiano. O Projeto atualmente é conhecido mundialmente, Judith Heumann, Assessora Especial de Direitos internacionais da Pessoa com Deficiência uma das pessoas mais influentes na área de inclusão posta matérias sobre os paratletas do Reviver. O fato da USAID ter apoiado o paradesporto no estado do Tocantins, por meio do Projeto Reviver é uma porta de entrada para disseminação de grandes talentos, de promoção da qualidade de vida e felicidade para as Pessoas com deficiência, contribuindo para que, em pouco mais de 03 anos, o paradesporto no Tocantins conseguiu colocar atletas entre os primeiro colocados em competições de nível nacional.

REFERÊNCIAS

GORGATTI, Márcia Greguol; COSTA, Roberto Fernandes da. **Atividade física Adaptada: Qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais**. 2. ed. Barueri, Sp: Manole, 2008. 660 p

LOPES, E. **Tocantinense participa nos EUA de encontro sobre educação inclusiva através do esporte**. Palmas. 2014. Disponível em <http://secom.to.gov.br/noticia/197400/> Acesso em 17 set 2016.

MARANHAO, R. MOURÃO, D, BOAS, F. V. **Brasil supera marcos históricos nos Jogos Paralímpicos Rio 2016**. Brasília, DF. Disponível em: <cpb.org.br>. Acesso em 19 Set. 2016.

SECOM – Secretaria de Comunicação do Estado do Tocantins. **Governo do Estado defende inclusão social de jovens com esporte paralímpico durante abertura de curso de iniciação**. Palmas TO, 2015. Disponível em <http://secom.to.gov.br/noticia/2015/3/30/governo-do-estado-defende-inclusao-social-de-jovens-com-esporte-paralimpico-durante-abertura-de-curso-de-iniciacao/> Acesso em 17 set 2016.

TOMAZ, Soraia Maria; COUTO, Raphael Cota. **TOCANTINS PARALIMPICO: NOVAS PERSPECTIVAS DE INCLUSÃO**. Anais do IV Congresso Paradesportivo Internacional. Florianópolis/SC, 5 a 7 de novembro de 2014. Academia Paralímpica Brasileira – APB, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Disponível em: cpb.org.br/congressoparadesportivo. Acesso em 02 Set. 2016.

<https://aloesporte.com/paratletas-tocantinenses/ilquias-lobos-exibe-a-bandeira-da-equipe-do-instituto-reviver-de-palmas/>. Acesso em 05 Abr. 2021.

<https://ww2.uft.edu.br/index.php/ultimas-noticias/21375-uft-firma-parceria-e-paratletas-poderao-utilizar-complexo-esportivo-em-palmas>. Acesso em 05 Abr. 2021.

<https://www.atitudeto.com.br/noticias/jogos-inclusivos-de-palmas-reunem-atletas-da-capital-e-do-interior-do-tocantins/>

RELAÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COM PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL E FAMILIARES

Zaira Letícia Tisott

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS)
Porto Alegre/ RS.
<http://lattes.cnpq.br/7509542762359972>

Leila Mariza Hildebrandt

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Palmeira das Missões/ RS.
<http://lattes.cnpq.br/8447333498388101>

Keity Laís Siepmann Soccol

Universidade Franciscana (UFN)
Santa Maria/ RS.
<http://lattes.cnpq.br/8288461290333674>

Aline Kettenhuber Gieseler

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Palmeira das Missões/ RS.
<http://lattes.cnpq.br/75231498856325798>

Marinês Tambara Leite

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Palmeira das Missões/ RS.
<http://lattes.cnpq.br/9129475921495186>

RESUMO: Objetivo: apreender a percepção de Agente Comunitários de Saúde relacionada às pessoas com transtorno mental e familiares assistidas no território de uma Estratégia de Saúde da Família. **Método:** estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado com oito Agentes Comunitários de Saúde de uma Estratégia de Saúde da Família, localizada no

Rio Grande do Sul, Brasil. Utilizou-se entrevista semiestruturada. Foi realizada análise de conteúdo temática. **Resultados:** Emergiram as categorias: o transtorno mental e a relação com a terapêutica medicamentosa, a relação com a família das pessoas com transtorno mental e vislumbrando possibilidades para promover a saúde mental. **Conclusão:** o estudo aponta para a necessidade capacitação dos profissionais de saúde ao assistirem as pessoas com transtorno mental, bem como aos seus familiares. Ainda, infere a importância de práticas de cuidado que visem a implementação de ações de cuidado em saúde mental que envolvam os profissionais, as pessoas com transtorno mental e os familiares. **PALAVRAS - CHAVE:** Saúde mental; Transtornos mentais; Agentes comunitários de saúde; Estratégia saúde da família; Relações interpessoais.

RELATIONSHIPS OF COMMUNITY HEALTH AGENTS WITH PEOPLE WITH MENTAL AND FAMILY DISORDERS

ABSTRACT: Objective: to apprehend the perception of Community Health Agents related to people with mental disorders and family members assisted in the territory of a Family Health Strategy. **Method:** qualitative, exploratory and descriptive study, carried out with eight Community Health Agents of a Family Health Strategy, located in Rio Grande do Sul, Brazil. Semi-structured interviews were used. Thematic content analysis was performed. **Results:** The categories emerged: mental disorder and the relationship with drug therapy, the relationship

with the family of people with mental disorder and envisioning possibilities to promote mental health. **Conclusion:** the study points to the need for training of health professionals when assisting people with mental disorders, as well as their families. Still, it infers the importance of care practices aimed at implementing mental health care actions that involve professionals, people with mental disorders and family members.

KEYWORDS: Mental health; Mental disorders; Community health workers; Family health strategy; Interpersonal relations.

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção em saúde mental vem sofrendo diversas modificações nos últimos anos, as quais preveem ações de inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas com transtornos mentais. Tais modificações resultaram na promulgação da Lei Nº. 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que garante a proteção e direitos dessa população e tem como proposta redefinir o modelo assistencial em saúde mental, estabelecendo diretrizes para a assistência prestada aos usuários com transtornos mentais, bem como aos seus familiares (BRASIL, 2001).

A reforma psiquiátrica no Brasil reafirmou as diretrizes básicas que garantem às pessoas com transtorno mental à desinstitucionalização, a universalidade de acesso e o direito à assistência (OLIVEIRA; SANTOS; GUERRA, 2019). Ainda, têm como finalidade fomentar os questionamentos acerca do modelo manicomial e a elaboração de propostas de cuidados em serviços comunitários (AMARANTE, 2016).

Em se tratando de cuidados nos serviços de base territorial, tem-se as Estratégias Saúde da Família (ESF), que se constituem em importantes espaços de intervenção em saúde mental, devido à proximidade com os usuários e pela possibilidade de acompanhá-los em seus locais de convívio (GRYSCHER; PINTO, 2015). Esses serviços são constituídos por equipes multiprofissionais, e dentre esses destaca-se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esse profissional é fundamental devido a posição que ocupa concomitantemente, de ser um profissional de saúde e de ser morador da comunidade (SAFFER; BARONE, 2017).

Os ACS desenvolvem ações centrais na identificação, no acolhimento e na orientação das pessoas com transtorno mental que residem na comunidade. Normalmente a população procura os ACS para solicitar uma informação ou buscar solução para os problemas de saúde que necessitam (BORGES; DUARTE, 2016).

O ACS tem como atribuição desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde através de ações educativas, integrando a equipe de saúde e a população adscrita (BRASIL, 2017). Isso vai ao encontro de evidências científicas que apontam que o ACS está em contato direto com as pessoas que compõem seu território de abrangência e tem a capacidade de identificar e acompanhar casos de transtornos mentais (TILAHUN et al, 2017).

Torna-se relevante dar voz aos ACS, ao permitir que esses reflitam sobre as relações com pessoas com transtornos mentais e seus familiares, na medida em que o modo como ocorrem as relações podem interferir no processo de trabalho da ESF. Ainda, ressalta-se que a atuação dos ACS com pessoas com transtorno mental dependem diretamente de ações de educação permanente em saúde, na qual o enfermeiro é um dos profissionais responsáveis por desenvolver essa ação.

Diante da importância do papel que esse profissional exerce para as pessoas com transtorno mental e seus familiares, bem como a compreensão dessas relações em base territorial questiona-se: como os Agentes Comunitários de Saúde percebem as relações com as pessoas com transtorno mental e seus familiares do seu território? Para isso objetivou-se: apreender a percepção de Agentes Comunitários de Saúde ao se relacionarem com pessoas com transtorno mental e seus familiares.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa visa o estudo das relações, do entendimento, dos valores, das percepções e das opiniões que as pessoas interpretam e exercem a respeito de como vivem, percebem e pensam (MINAYO, 2014). Nesse sentido, a mesma permitiu aos Agentes Comunitários de Saúde compreender como estabelecem as relações com as pessoas com transtorno mental e seus familiares.

A pesquisa foi desenvolvida em uma ESF, localizada em um município do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Esse serviço tem aproximadamente 4.500 pessoas cadastradas em seu território, dessas 150 possuem algum tipo de transtorno mental. A escolha desse cenário ocorreu por meio de sorteio, dentre aqueles serviços que possuíam um elevado número de pessoas com transtornos mentais cadastradas.

A ESF possui uma equipe multiprofissional, composta por médico clínico geral, médico pediatra, dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem, enfermeiro, agente epidemiológico e por oito ACS. Atende as famílias adscritas em seu território, por demanda espontânea visando a promoção da qualidade de vida e prevenção de agravos à saúde da população.

Os participantes da pesquisa foram oito ACS que constituíam a equipe da ESF. Como critérios de inclusão, elencou-se aqueles que atuavam no serviço com um período mínimo de seis meses, período esse que possibilita aos ACS possuírem vivências e conhecimento das pessoas com transtorno mental e dos seus familiares. E, os critérios de exclusão foram aqueles que estivessem em licença à saúde ou maternidade no momento da produção dos dados. Não houve exclusão de nenhum participante.

Para a produção dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, por meio da qual os participantes tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Para

que as entrevistas deste estudo alcançassem os objetivos propostos, elaborou-se as questões norteadoras: Qual a sua percepção relacionada às pessoas com transtorno mental acompanhadas em seu território? Como você percebe as pessoas com transtorno mental? E, como ocorrem as relações com as pessoas com transtorno mental seu território de atuação?

As entrevistas ocorreram individualmente em uma sala reservada na ESF, entre os meses de junho a agosto de 2017, na qual foram previamente agendadas conforme a disponibilidade dos ACS. As entrevistas foram gravadas em um gravador digital, conforme autorização prévia dos participantes. A duração das entrevistas foi em torno de 55 minutos cada uma.

Utilizou-se a Análise Temática para a análise dos dados, que é composta por dois momentos de interpretação. O primeiro momento contempla o mapeamento do campo das determinações fundamentais na fase exploratória, que faz referência ao contexto histórico do grupo social estudado. Já o segundo, compreende a convergência com os fatos empíricos, que se encontra nos relatos dos participantes o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações do grupo e que possui um significado cultural (MINAYO, 2014).

Para a operacionalização do segundo momento seguiu-se os seguintes passos: pré-análise, exploração de material e tratamento dos resultados obtidos e interpretações.⁹ Após a interpretação dos dados, fundamentou-se a discussão com a literatura científica relacionada à temática do estudo.

Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A pesquisa teve a aprovação do comitê de ética sob número do parecer 2.054.423 e CAEE 67271517.1.00005346. Para garantir o anonimato das participantes foi utilizada a sigla 'ACS', que representa as letras iniciais das palavras Agentes Comunitários de Saúde, seguida de um numeral que corresponde a ordem em que as entrevistas foram realizadas (ACS1, ACS2, ACS3, e assim sucessivamente).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa oito ACS, sendo que todos eram do sexo feminino e com idade entre 23 e 52 anos. No que tange ao estado civil e escolaridade respectivamente, a maioria eram casadas e haviam concluído o ensino médio. O tempo de atuação na ESF compreendeu o período de 4 à 16 anos.

A partir análise dos depoimentos elaborou-se três seguintes categorias temáticas: o transtorno mental e a relação com a terapêutica medicamentosa, a relação com a família das pessoas com transtorno mental e vislumbrando possibilidades para promover a saúde mental.

O transtorno mental e a relação com a terapêutica medicamentosa

As ACS compreendem que o cotidiano das pessoas com transtorno mental está baseado no excesso do uso de psicofármacos. Assim, demonstram preocupação com as mesmas, e percebem a medicalização como algo negativo devido aos seus efeitos adversos bem como, pela repercussão desses na vida social dessas pessoas, que as deixa excluídas do convívio social:

É muita medicação! A medicação dá muito sono. Eles ficam tipo “drogado”(ACS2).

Ela parece assim um robô. Ela só dorme! Ela tem crise de choro. Ela engordou um monte por causa da medicação. Ela está assim, totalmente dependente da medicação (ACS1).

Tenho preocupação com a quantidade de remédio que ela toma. Não consegue muitas vezes reagir, por causa do efeito da própria medicação (ACS3).

Eu acredito que é muita medicação! Chega a um ponto que a pessoa não consegue nem levantar para tomar um copo de água, de tanta medicação! [...] ele não ouve a metade do que eu falo. É uma pessoa que parece que está dormindo. Assim ele fica (ACS7).

Em contrapartida ao excesso de medicalização, as ACS também vivenciam no seu cotidiano a não adesão medicamentosa pelas pessoas com transtorno mental. A não adesão medicamentosa, que se expressa pela manifestação dos sinais e sintomas, gera consequências negativas nas relações familiares, o que pode ser evidenciado a seguir:

Ele (pessoa com transtorno mental) é uma criança. Parou de tomar as medicações, parou tudo, do nada! Agora ele tá agressivo. Ele foge! Daí a mãe dele surra (agríde) ele. Ele não quer ir no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), não quer seguir o tratamento (ACS2).

Ele parou de tomar a medicação, e ele não consegue ficar dentro de casa. Ele foge no momento que ele não usa medicação, e o pai dele se preocupa muito. Tem que trancar as portas para ele não sair (ACS4).

Ainda no que tange à terapêutica medicamentosa, as ACS relatam que as pessoas adscritas do seu território consomem psicofármacos de modo excessivo. Expressam que, em algumas situações a medicalização é desnecessária, e que poderia ser evitada:

Eles não queriam sentir tristeza, e às vezes isso é natural da gente. Tem dias que a gente tá mais para baixo, tem dias que não tá. E muitas vezes querem esquecer os problemas com a medicação (ACS3).

[...] deu problema no namorico lá com a menina ou o guri (menino), fica uma

semana dentro do quarto, triste e amargurado. Porque daí tem que levar para o CAPS, porque meu filho fica só dentro do quarto (ACS7).

Diante do exposto, essa categoria evidencia que as ACS percebem que as pessoas com transtorno mental usam de modo excessivo as medicações, e por vezes essas julgam ser um uso desnecessário, o que nos permite refletir acerca do conhecimento e da capacitação que as ACS possuem para identificar que esse uso é de fato desnecessário e o quanto isso pode interferir nas orientações em saúde que elas fornecem às famílias. Já no que tange à não adesão do uso de medicamentos, as ACS expressam preocupação com os familiares.

A relação com a família das pessoas com transtorno mental

Ao se relacionarem com pessoas com transtorno mental e com os seus familiares, as ACS verbalizam a importância da presença e do apoio da família junto à pessoa que possui transtorno mental. Relatam a dificuldade que a família possui para compreender as singularidades do familiar com transtorno mental, o que faz com que essas pessoas, por vezes, vivam sozinhas, sejam abandonadas e até mesmo excluídas do convívio familiar:

A gente sempre tenta explicar e fazer eles (familiares da pessoa com transtorno mental) entenderem a importância de a família ajudar em um caso desses. Se a família não ajudar, não der suporte, a pessoa não sai do problema, da depressão (ACS1).

Tem família que tu encontra e que se importam com aquela pessoa. E tem outra que é uma dificuldade de conseguir. Às vezes você agenda consulta, e chega no dia ninguém leva. Ninguém acompanha. Aí você chega lá para saber da medicação, ninguém sabe nada [...] muitas vezes eu tentei conversar com a família, que eles têm que ter um cuidado em relação a ele (pessoa com transtorno mental), e a falar com ele também. Essa distância deixa ele mais aflito, mais ansioso (ACS4).

[...] o filho (da pessoa com transtorno mental) mora aqui na cidade e quando vem é uma vez por mês. As pessoas vivem sozinhas. Elas e a casa. Então se envolvem com as coisinhas da casa e ficam isoladas (ACS7).

É muito difícil de a gente chegar na família deles. Os familiares não entendem o que eles (as pessoas com transtorno mental) estão vivendo, o que estão passando. Achem que estão fazendo aquilo ali para chamar a atenção (ACS8).

Quanto às relações interpessoais entre as ACS e a família, revela-se que em alguns momentos essas são desarmoniosas, o que pode estar relacionado à carência de informações sobre as funções das ACS e aos tabus existentes relacionados aos transtornos. Para a família, o ACS excede o seu papel:

A família, parece que eles não aceitam, de tu chegar e conversar sobre o sofrimento daquela pessoa. Não acreditam no sofrimento, ou que pode acontecer alguma coisa (suicídio) (ACS6).

A família é bem difícil, porque eles não aceitam a doença. E tem uns familiares que acham que você está se metendo: "Tu tá se metendo muito"! Tem uns familiares que acham que isso não é trabalho em saúde (ACS5).

Por outro lado, quando a família estabelece uma relação de vínculo com os ACS, e se sentem à vontade para verbalizar sobre seus sentimentos, os familiares demonstram uma dinâmica familiar permeada pela sobrecarga emocional, permeada pela exaustão e tristeza. Nesse sentido, as ACS fornecem apoio e um momento de escuta para ajudar os familiares:

Aquele dia que eu fui lá, a mãe chorou, chorou, chorou. Eu fiquei lá uma hora e pouco, e ela só chorava. Chorava, e a gente tem que escutar, às vezes a gente mais escuta do que fala. Então tu vê que tu às vezes consegue ajudar a família (ACS2).

A mãe enlouqueceu um dia, ela literalmente surtou, e ela é uma mulher bem calma. Eu vinha vindo e ela assim: "eu vou ter um troço hoje, eu tenho vontade de morrer". E daí ela me relatou tudo, a trajetória que ela vem (ACS7).

[...] cheguei na casa e a mãe estava chorosa. E a gente viu que ela tá com um sofrimento. Ela tá sofrendo muito. E, há pouco tempo ela perdeu o esposo. E daí eu conversei com ela, disse que ela tinha que dar a volta por cima (ACS8).

Essa categoria desvela que as relações entre as ACS nem sempre é harmoniosa com a família. Por vezes a família interpreta a ação do ACS como excedendo a sua função, o que denota a necessidade de elucidação do papel assumido por esses profissionais. Entretanto, quando há a compreensão do papel das ACS e estabelecimento de relações de vínculo a família as ACS fornecem apoio emocional.

Vislumbrando possibilidades para promover a saúde mental

No seu cotidiano as ACS percebem a importância de outras alternativas de cuidado, para além da terapêutica medicamentosa, com vistas à promoção da saúde mental. Inferem a importância de espaços que proporcionem momentos de escuta, da inserção e participação das pessoas em grupos terapêuticos, de convívio social e da prática de exercícios físicos e atividades de lazer.

Está tomando medicação, mas eu acho que ele (pessoa com transtorno mental) precisava ir em uma psicóloga. É muita medicação e pouco ouvir [...] tem que tentar diversificar, fazer grupos. Só medicação, eu não sei se isso vai resolver (ACS7).

[...] o tal de exercício físico, as crianças hoje, ninguém quase mais faz exercício físico. Eu digo uma caminhada, correr, brincar, o que as crianças faziam antigamente. Passam o tempo todo no celular e essas coisas aí vai deprimindo também (ACS7).

Ela (pessoa com transtorno mental) tinha que entrar nos grupos, tentar fazer caminhada, sair, tomar chimarrão, tentar não ficar muito tempo sozinho dentro de casa, porque senão só pensa besteira. [...] A gente tem que estar ocupado com alguma coisa, crochê, no meu caso tricô, costura. A gente tem que tá envolvido. (ACS8).

Nesse contexto, as ACS reconhecem a importância da criação de um espaço de escuta para as pessoas com transtorno mental bem como, aos familiares. Além disso, estimulam as pessoas do território a desenvolverem atividades que promovam a saúde mental e o convívio social com os demais, incentivando a inserção social conforme depoimentos a seguir:

A colega (ACS) pensou em formar um grupo e a gente fazer alguns trabalhos para eles terem aonde ir, eles têm vontade de falar, eles querem contar tudo que eles têm saudade do neto, que o cachorro está doente, que eles se sentem sozinhos, que a noite não foi boa para dormir (ACS7).

Os homens tem que trabalhar com uma horta. Animo eles: "vai lá e faz um canteirinho de flor para a tua esposa, agrada ela!" (ACS8).

Conforme exposto observa-se que a atuação das ACS prevê um cuidado que transcende o modelo tradicional, na qual expressam a importância de ações individuais e coletivas que possam contribuir para a promoção da saúde mental das pessoas do seu território. Desse modo, as ACS atuam de acordo com o que está previsto na Reforma Psiquiátrica, desenvolvendo ações e âmbito territorial e incentivando o convívio social.

DISCUSSÃO

As ACS desempenham uma função de elo entre os usuários e os serviços de saúde, pois configuram-se como atores importantes para a implementação do cuidado psicossocial com base no território. As visitas domiciliares realizadas por esses profissionais funcionam como uma importante ferramenta de cuidado extramuros, que os possibilita perceberem a maioria das demandas de saúde mental existentes na comunidade (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

No entanto, os profissionais de saúde ainda atuam sob a lógica de identificar as pessoas com transtornos mentais por meio de sinais e sintomas que essas manifestam. Isso evidencia as fragilidades na formação que eles possuem no que tange ao conhecimento do que é um transtorno mental (BARROS et al., 2019). Capacitar esses trabalhadores expande a resolução dos problemas de saúde e na atenção básica (CAMPOS; BEZERRA;

JORGE, 2020).

A pessoa com transtorno mental, é percebida pelos profissionais de saúde como sendo àquela que tem limitações, ou seja, que é impossibilitada de ser ou fazer algo, o que desvela o estigma social ainda presente acerca da doença mental (BARROS et al., 2019). Sabe-se que, no modelo da atenção psicossocial territorial, o objeto de intervenção se desloca da doença para o sujeito em sofrimento psíquico. Para que ocorra o modelo de cuidado da atenção psicossocial territorial há a necessidade de romper com a intervenção unicamente sobre doença, mas de centrar na pessoa em sofrimento psíquico (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

Além disso, há uma preocupação quanto ao excesso do uso de psicofármacos, que é percebida pelos ACS como algo desnecessário. Essa situação vai ao encontro de um estudo que aponta que a dificuldade da terapêutica medicamentosa está relacionada à carência de informações sobre as fases dos transtornos mentais, das indicações terapêuticas e até mesmo dos efeitos que as medicações podem ocasionar (ALCANTARA et al., 2020). Nesse sentido, infere-se a importância do enfermeiro desenvolver ações de educação permanente em saúde com os ACS, tendo em vista a necessidade de qualificar a assistência prestada.

É imprescindível romper com a finalidade medicamentosa como sendo aquela dominante, para que se possa visualizar o usuário como o sujeito principal no seu tratamento. Entretanto, para que isso ocorra há a necessidade de compreensão da complexidade do processo saúde-doença pela família e sociedade (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

Na área da saúde mental alguns problemas que fazem parte da vivência humana, passaram a ser reconhecidos como doenças. E a partir disso, tratadas com medicamentos (SANTOS; ZAMBENEDETTI, 2019).

A não adesão medicamentosa, além de interferir na saúde da pessoa que possui um transtorno mental, repercute também na dinâmica da família. Os familiares manifestam esgotamento emocional, cansaço e tristeza. Assim, essas famílias apresentam vulnerabilidades psicossociais, bem como quando as relações entre os seus membros são frágeis ou inexistentes, tem-se uma sobrecarga dos cuidadores (CATTANI, 2020).

Os familiares vivenciam situações de sofrimento e desgaste em diferentes esferas, que envolvem as perdas físicas, emocionais e nas relações sociais. Quando o familiar cuida do seu ente, a sobrecarga resultante do cuidado afeta sua saúde física e mental (BATISTA, 2020). Nesse contexto, é imprescindível que os profissionais de saúde desenvolvam práticas de cuidado direcionadas aos familiares, pois esses também podem vir a adoecer ou até mesmo abandonar o familiar que possui transtorno mental.

É comum as pessoas com transtorno mental serem abandonadas pelos seus familiares devido às consequências da doença, ou até mesmo pela dificuldade de convívio com o seu ente, já que por vezes, a pessoa com transtorno mental tem dificuldades de se ajustar à dinâmica da família (BARROS et al., 2019). As famílias que apresentam

dificuldades em compreender as singularidades da pessoa com transtorno mental necessitam de apoio dos profissionais de saúde, que pode ser por meio da ampliação do conhecimento sobre o manejo e a manutenção das relações familiares.

A carência de informações dificulta o relacionamento dos familiares com o seu ente, e até mesmo com os profissionais de saúde. Isso é evidenciado quando os familiares expressam que os ACS não estão exercendo o seu papel corretamente. No entanto, esses profissionais assumem um importante papel no território, pois são capazes de identificar, acolher e orientar as pessoas com transtorno mental e seus familiares. Nesse sentido, eles têm a capacidade de mediar as ações de cuidado à saúde mental entre a ESF e a comunidade (BORGES; DUARTE, 2016).

As práticas de cuidado em saúde no âmbito territorial têm o potencial de facilitar a inserção e a aceitação das pessoas com transtorno mental na comunidade. Destarte, essas ainda estão pautadas no modelo asilar, com ações que são desenvolvidas no próprio serviço e que tem a finalidade de medicar a pessoa para tratar os sintomas do transtorno. As práticas que reportam a um cuidado intramuros, divergem da proposta da reforma psiquiátrica (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

Contudo, para que os serviços desempenhem um papel de cuidado às pessoas que possuem transtorno mental e aos familiares, é imprescindível o desenvolvimento de práticas que vislumbrem a promoção da saúde mental no território. Assim, ações que proporcionem espaços de interação e diálogo se tornam fundamentais para o cuidado (BARROS et al., 2019).

Dentre as sugestões de práticas de cuidado percebidas como importantes para as ACS, está o desenvolvimento de grupos que permitam momentos de escuta, da inserção de pessoas com transtorno mental e seus familiares em grupos terapêuticos, da prática de exercícios físicos, de convívio social e de atividades de lazer. Estudos evidenciam que grupos terapêuticos colaboram para a diminuição do estigma que existe acerca do adoecimento mental. Ainda, impulsionam a promoção e prevenção em saúde mental com a utilização de tecnologias leves de cuidado (BRUNOZI et al., 2019; BARROS et al., 2019). Cabe aos enfermeiros planejar essas ações de cuidado e auxiliar as ACS.

Os grupos terapêuticos de convivência reduzem o estigma, ao promover o envolvimento das pessoas em sofrimento psíquico com a comunidade, por possibilitar o compartilhamento de sentimentos e discutir esse tema em um espaço desprendido de preconceitos. Além disso, reduz a demanda por atendimentos individuais já que os profissionais percebem as demandas de saúde mental e já realizam as intervenções (BRUNOZI et al., 2019).

O estabelecimento de relações pautadas na intersubjetividade é um ponto importante para o cuidado em saúde mental na ESF, o qual implica em mais investimentos pela equipe de saúde (CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2016). O cenário da saúde mental necessita de uma transformação urgente em prol de um modelo que priorize a reflexão

dos profissionais de saúde, como modo de forma de solidificar novas ações (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020). A ESF é um espaço essencial de cuidado psicossocial que também precisa do apoio dos demais serviços da rede de saúde mental para o adequado acompanhamento da população (CARVALHO; DUARTE; GLANZNER; 2020).

Por fim, nota-se que ainda há o predomínio de um cuidado centrado na medicalização dos sintomas da pessoa com transtorno mental. Sendo assim, é imprescindível o desenvolvimentos de ações que envolvam os usuários e a família, com a intencionalidade de promover a saúde mental das pessoas do território das ESF. Somente assim, é possível desenvolver um cuidado extramuros, que vai ao encontro da proposta da Reforma Psiquiátrica.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu apreender a percepção de ACS relacionadas às pessoas com transtorno mental e aos seus familiares assistidos no território de uma Estratégia de Saúde da Família, apontando a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde ao assistirem as pessoas com transtorno mental e aos familiares.

Ainda, identificou que os ACS percebem a cultura do excesso de medicalização pelas pessoas no território, e isso é corroborado diante da percepção de que as pessoas com transtornos mentais são vistas como pessoas limitadas. Ademais, apontou que a não adesão medicamentosa pela pessoa com transtorno mental interfere na dinâmica das famílias, levando à exclusão social dos usuários.

Também, evidenciou a vulnerabilidade psicossocial que o cotidiano do cuidado à pessoa com transtorno mental ocasiona para a família. Destaca-se a sobrecarga emocional das famílias, o que desperta a importância de um cuidado singular às mesmas. Nesse sentido, a implementação de práticas de cuidado individuais ou coletivas que vislumbrem a promoção da saúde mental das pessoas no território por meio da criação de espaços de escuta, de espaços de convivência e de grupos terapêuticos mostram-se como possibilidades de cuidado identificadas pelos ACS. No entanto, isso exige compreensão dos gestores e o envolvimento de toda a equipe de saúde, já que essas ações demandam planejamento e tempo.

O papel do ACS não é compreendido adequadamente pelos familiares. Assim, ações de educação em saúde que ampliem o conhecimento acerca das funções dos ACS se mostram fundamentais para o fortalecimento das ações e do estabelecimento de relações de empatia com as pessoas do território. É necessário que a população compreenda que os ACS atuam por meio da escuta, do diálogo e que fornecem orientações em saúde às pessoas visando à promoção da saúde e prevenção de agravos.

Este estudo apresenta limitações em decorrência de ter sido realizado somente com os ACS de uma única ESF. Assim, sugere-se o desenvolvimento demais necessidade de

pesquisas, em outros serviços de base territoriais, que contemplem os usuários, familiares e profissionais de saúde para que possam discutir sobre as necessidades de saúde mental e a possibilidade de implementação de estratégias para a criação de espaços de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>.

OLIVEIRA, E.B.; SANTOS, M.B.; GUERRA, O.A. O trabalho como estratégia de reinserção psicossocial do dependente químico sob a ótica da família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. 2019; (21): 23-30. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0234>.

AMARANTE P. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz, 2016.

GRYSCHKEK, G.; PINTO, A.A.M. Saúde Mental: como as equipes de saúde da família podem integrar esse cuidado na atenção básica?. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2015;20(10):3255-32. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>.

SAFFER, D.A.; BARONE, L.R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**.2017;27(3):813-833. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000300022>.

BORGES, S.A.C.; DUARTE, M.J.O. Surfando no controle: os lugares que os agentes comunitários ocupam na produção de saúde mental. **Saúde debate**. 2017;41(114):920931. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711420>.

BRASIL. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Brasília: Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>.

TILAHUN, D.; HANLON, C.; ARAYA, M.; DAVEY, B.; HOEKSTRA, R.A.; FEKADU, A. Training needs and perspectives of community health workers in relation to integrating child mental health care into primary health care in a rural setting in sub-Saharan Africa: a mixed methods study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2017;11(15):1-11. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0121-y>

MINAYO, M.C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (10ªed.) São Paulo, Brasil: Hucitec, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

CAMPOS, D.B.; BEZERRA, I.C.; JORGE, M.S.B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**. 2020;18(1):e0023167. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>.

BARROS, S.; NÓBREGA, M.P.S.S.; SANTOS, J.C.; FONSECA, L.M.; FLORIANO, L.S.M. Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2019; 72(6):1687-95. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>

ALCANTARA, C.B.; FERREIRA, A.C.Z.; CAPISTRANO, F.C.; KALED, M.; VALE, C.C.F.; MAFTUM, M.A. Conhecimento da pessoa com transtornos mentais sobre o tratamento medicamentoso. **Revista de Enfermagem da UFSM**. 2020;10(24):1-20. <https://doi.org/10.5902/2179769238607>

SANTOS, R. B.; ZAMBENEDETTI, G. Compreendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. **Salud & Sociedad**. 2019; 10(1):22-37. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00002>

CATTANI, N.A.; RONSANI, A.P.V.; WELTER, L.S.; MELLO, A.L.; SIQUEIRA, D.F.; TERRA, M.G. Família que convive com pessoa com transtorno mental: genograma e ecomapa. **Revista de Enfermagem da UFSM**. 2020; 10(6):1-19. <https://doi.org/10.5902/2179769236517>

BATISTA, E.C. Experiências vividas pelo cônjuge cuidador da esposa em tratamento psiquiátrico. **Fractal: Revista de Psicologia**. 2020;32(1):31-39. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5646>

BRUNOZI, N.A.; SOUZA, S.S.; SAMPAIO, C.R.; MAIER, S.R.O.; SILVA, L.C.V.G.; SUDRÉ, G.A. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2019;40(e201900080):1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190008>.

CAMATTA, M.W.; TOCANTINS, F.R.; SCHNEIDER, J.F. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares. **Escola Anna Nery**. 2016;20(2):281-288. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160038>.

CARVALHO, J.; DUARTE, M.L.C.; GLANZNER, C.H. Cuidado em saúde mental infantil no contexto da Estratégia da Saúde da Família: estudo avaliativo. **Rev Gaúcha Enferm**. 2020;41(esp):e20190113. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190113>.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL: UMA ANÁLISE DE DADOS DE NOTIFICAÇÃO E DE ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Elisabete Calabuig Chapina Ohara

Centro Universitário São Camilo. Departamento Docente/Enfermagem. São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4173577038028717>

Evanice de Jesus Santos

Centro Universitário São Camilo. Departamento Discente/Enfermagem. São Paulo

Giovana Ornelas Bassanelli

Centro Universitário São Camilo. Departamento Discente/Enfermagem. São Paulo

Luísa Cristina Azevedo Folli

Centro Universitário São Camilo. Departamento Discente/Enfermagem. São Paulo

Samara Silva de Alcantara

Centro Universitário São Camilo. Departamento Discente/Enfermagem. São Paulo

Victória Alves da Silva

Centro Universitário São Camilo. Departamento Discente/Enfermagem São Paulo

RESUMO: Introdução: A criança, no passado, era um adulto em miniatura, desprovido de autonomia e individualidade, não havendo atenção ao seu crescimento e desenvolvimento, sendo comum o trabalho infantil e o abandono. No Brasil, a situação foi semelhante até a década de 1940, quando começaram a surgir projetos de atenção à saúde da mãe e da criança. A

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) surgiu em 2015, contendo 7 eixos estratégicos visando o crescimento e desenvolvimento digno das crianças brasileiras. Os objetivos deste trabalho são analisar a PNAISC, investigar os riscos, consequências e dados de notificação compulsória da violência infantil e identificar ações técnico-políticas e da atenção primária em relação a esta realidade.

Método: Tratou-se de uma revisão de literatura a respeito das políticas de saúde relativas à criança, análise de dados de notificação compulsória de violência doméstica infantil e ações da atenção primária em casos de violência.

Resultados: Os pilares da PNAISC que mais acomodam os casos de violência infantil são os III, V e VII que, respectivamente, são relativos ao acompanhamento do desenvolvimento integral, promoção da cultura de paz a vigilância do óbito infantil. Existem 4 tipos principais de violência infantil: física, psicológica, sexual e negligência ou abandono. Todas estas violências levam a consequências psicológicas, sociais e de desenvolvimento que podem impactar a vida adulta. De acordo com dados de notificação coletados, o principal tipo de violência é a negligência e abandono na faixa etária de 1 a 4 anos, e o maior agente da agressão é a mãe, seguida pelo pai. A criação de guias para profissionais de saúde e para as famílias é uma importante ação técnico-política para combater a violência; o número de notificações aumentou de maneira acelerada de 2016 a 2017, e estima-se que este aumento pode ser explicado principalmente pela implementação da Portaria nº 2.436 de 2017. Na atenção primária, o papel do

enfermeiro e da equipe é de acolher a vítima e a família de maneira individualizada de acordo com o tipo de caso, preenchendo a ficha de notificação e, caso necessário, encaminhando a criança para os serviços adequados. **Conclusão:** A principal violência é a negligência ou abandono vinda majoritariamente da mãe ou pai. A atenção primária deve realizar o pré-natal com acompanhamento psicológico e presença do pai nas consultas, além de realizar visitas mais frequentes e durante um maior período para identificar riscos. É necessário o incentivo à criação de maior vínculo familiar e relacionamento saudável.

PALAVRAS - CHAVE: Violência; infância; negligência; abandono; atenção primária.

CHILD DOMESTIC VIOLENCE: AN ANALYSIS OF NOTIFICATION DATA AND PRIMARY CARE STRATEGIES

ABSTRACT: Introduction: The child, in the past, was a miniature adult, devoid of autonomy and individuality, with no attention to its growth and development, being common child labor and abandonment. In Brazil, the situation was similar until the 1940s, when projects for the mother and child's health care began to emerge. The National Policy for Integral Child Health Care (PNAISC) was created in 2015, containing 7 strategic axes aimed at the growth and development worthy of Brazilian children. The objectives of this work are to analyze the PNAISC, investigate the risks, consequences and data of compulsory notification of child violence and identify technical-political actions and primary care in relation to this reality. Method: This was a literature review on health policies related to children, analysis of data on compulsory notification of child domestic violence and actions of primary care in cases of violence. Results: The pillars of the PNAISC that most accommodate cases of child violence are iii, v and vii, which, respectively, are related to the monitoring of integral development, promotion of the culture of peace and surveillance of infant death. There are 4 main types of child violence: physical, psychological, sexual and neglect or abandonment. All these violences lead to psychological, social and development consequences that can impact adulthood. According to notification data collected, the main type of violence is neglect and abandonment in the age group of 1 to 4 years, and the largest agent of aggression is the mother, followed by the father. The creation of guides for health professionals and families is an important technical-political action to combat violence; the number of notifications increased rapidly from 2016 to 2017, and it is estimated that this increase can be explained mainly by the implementation of Ordinance No. 2,436 of 2017. In primary care, the role of nurses and staff is to welcome the victim and family individually according to the type of case, filling out the notification form and, if necessary, referring the child to the appropriate services. Conclusion: The main violence is negligence or abandonment coming mostly from the mother or father. Primary care should perform prenatal care with psychological follow-up and presence of the father in consultations, in addition to making more frequent visits and during a longer period to identify risks. It is necessary to encourage the creation of greater family bonding and healthy relationships.

KEYWORDS: violence; childhood; negligence; abandonment; primary care.

1 | INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, as crianças foram percebidas como um adulto em miniatura, desprovido de individualidade; por tanto, não havia qualquer consideração sobre seu desenvolvimento, crescimento e necessidades afetivas, nem por suas famílias, nem pelo estado. As mudanças econômicas que ocorreram no mundo foram fundamentais para a mudança de pensamento em relação às políticas de saúde da criança e a visão sobre a infância (ARAÚJO et al., 2014).

No Brasil, o progresso histórico não foi diferente. A criança era vista como uma ferramenta, um agente passivo, castigado quando não atendia a seus “superiores”, normalizando a crueldade. O trabalho infantil em locais insalubres e perigosos e o abandono eram vistos como sendo normais e, muitas vezes, as necessidades dos adultos eram tidas como prioritárias em relação às das crianças, o que colaborava com o processo de adoecimento desse grupo (ARAÚJO et al., 2014).

Mesmo após a conquista de algum espaço na sociedade, o abandono por diversos motivos (especialmente a pobreza) e a exploração ainda eram muito presentes na sociedade do século XVIII, onde eram acolhidas em sua maioria por instituições de caridade. As meninas aprendiam ofícios que as tornavam donas de casa enquanto os meninos, em determinada idade, seguiam para um serviço militar ou eram abandonados à própria sorte. Durante o século XIX, com base nas concepções higienistas, para evitar o adoecimento e a mortalidade infantil, tornou-se costume a inserção das crianças em internatos que, no entanto, se mostraram pouco eficientes. Foi apenas durante o século XX que começaram as verdadeiras mudanças em torno da saúde da criança, com o surgimento das políticas nacionais (ARAÚJO et al., 2014).

As políticas de saúde da criança, no Brasil, começaram a ser lapidadas na década de 1920, quando as autoridades públicas e privadas reconheceram o adoecimento infantil como uma causa digna de atenção. Entretanto, foi só entre 1930 e 1940 que surgiram os programas de proteção à maternidade, infância e adolescência, vinculados ao Departamento Nacional da Criança; nesta época, o foco principal das ações de saúde era o aleitamento materno e a diminuição da ausência das mães no trabalho (ARAÚJO et al., 2014).

Até 1953, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação eram poderes interligados. Após seu desmembramento, o MS assumiu a responsabilidade pelo Departamento Nacional da Criança e, na década de 1980, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, com cinco ações essenciais: orientação sobre o aleitamento materno e desmame, controle das enfermidades respiratórias agudas, imunização básica, controle das doenças diarreicas e acompanhamento do desenvolvimento infantil (ARAÚJO et al., 2014).

Foi apenas em 1984 que as políticas de saúde materna e infantil se separaram, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O objetivo da

PAISC, de acordo com Araújo et al., é de “promover a saúde, de forma integral, priorizando crianças pertencentes a grupos de risco e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde”. Em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), visando garantir-lhe seus direitos e proteger sua integridade física e psicológica. Além disso, os projetos Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), de 1994, potencializaram os avanços estratégicos da saúde. Esta trajetória histórica leva a crer que a criança foi finalmente considerada como um ser próprio, merecedor de atenção individualizada, e não apenas uma extensão de sua genitora.

Da metade da década de 1990 até a metade da década de 2010, também surgiram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (no Nordeste), o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a Rede Amamenta Brasil, a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis e a Rede Cegonha.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pelo Ministério da Saúde na portaria nº 1.130 de 2015, tem como objetivo “promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno”, atingindo a criança desde sua gestação até aos 9 anos idade, visando a redução da morbimortalidade e a criação de um ambiente digno e propício para o seu pleno desenvolvimento.

O Ministério da Saúde (2019) define a criança como “um ser humano em pleno desenvolvimento” e determina que os direitos intrínsecos destas são o registro gratuito, a realização do teste do pezinho nos primeiros dias de vida, o acesso a serviços de saúde de qualidade e à escola pública e gratuita perto de sua residência, imunização gratuita de acordo com o calendário, a vivência intensa da infância, o acesso à água potável e alimentação adequada, o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, o acompanhamento dos pais em suas internações hospitalares, sua vivência em local limpo, ensolarado e arejado, a oportunidade de brincar e aprender e, finalmente, a vivência em um ambiente afetuoso e sem violência.

Mesmo com as políticas de saúde, uma realidade no contexto da saúde das crianças no Brasil é a violência, tema cuja discussão a fundo é fundamental, pois agravos deste tipo na infância interferem diretamente no desenvolvimento e no comportamento do indivíduo durante a vida adulta (NUNES e SALES, 2016). A violência é definida pela Organização Mundial da Saúde (2002, apud NUNES e SALES, 2016) como “uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, (...) contra outra pessoa, (...) que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

No âmbito da infância, existem, de acordo com a OMS (2002, apud NUNES e SALES, 2016), 4 tipos de violência: física, sexual, emocional/psicológica e negligência. Essas violências podem ser de difícil identificação devido a falta de experiência e de abordagem do assunto na grade curricular. Cada tipo de abuso apresenta diversas particularidades contextuais, o que dificulta a sua notificação.

Gonçalves et al. (2002) afirma que “a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil” devido a dificuldades técnicas na identificação de um abuso pelos efeitos legais que este processo traz e ao questionamento sobre a quebra do sigilo profissional. Os autores também declaram que “a experiência junto às crianças que passaram pelo serviço (...) não eliminou dificuldades, mas permitiu que elas fossem enfrentadas com menor desgaste”. De acordo com dados do Ministério da Saúde, disponíveis na TABNET, pode-se observar que a violência (sexual, doméstica ou outra) infantil entre 2012 e 2017 foi mais prevalente na faixa etária de 1 a 4 anos, porém o número de casos nas outras faixas etárias não é pequeno, mesmo com a subnotificação anteriormente citada.

O profissional da saúde deve procurar, em seu trabalho, especificar as razões e observar o contexto de cada família de maneira holística a fim de diminuir a violência e entender a importância em reconhecer e notificar os casos—mesmo que estes apresentem consequências legais—para que possam haver intervenções resolutivas.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar e refletir as causas e consequências da violência infantil à luz da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, levando em conta os processos de atendimento da Atenção Básica para a resolução deste fenômeno social.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e seu contexto histórico;
- Investigar os fatores de risco para violência infantil e suas consequências na saúde da criança;
- Analisar os dados de violência doméstica infantil do ano de 2017;
- Refletir e discutir ações técnico-políticas partindo dos eixos prioritários desta política;
- Identificar as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação na Atenção Primária à Saúde (UBS).

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho é um estudo exploratório explicativo que busca explorar o tema da violência infantil e investigá-lo, descrevendo como esta pode afetar as crianças. Para delimitar o tema e atingir os objetivos propostos, foram utilizados artigos científicos e cartilhas do Ministério da Saúde que abordam aspectos relevantes relacionados à saúde da criança no Brasil como um todo. Foram levantados, também, dados na TABNET e do IBGE, majoritariamente do período de 2017.

Além dos artigos acadêmicos, foram utilizadas ferramentas digitais como Google Docs para o desenvolvimento da estrutura do trabalho em conjunto, sites de pesquisa como Google Acadêmico e Scielo para a busca das informações coletadas, incluindo processos legislativos criados para assegurar a segurança da criança e protocolos de postura de profissionais da saúde mediante estas situações.

Após a leitura do material, foram selecionados os pontos mais relevantes do conteúdo, analisando a PNAISC, os fatores de risco e consequências da violência doméstica infantil, os dados de notificação compulsória, as ações técnico-políticas e, finalmente, buscando estratégias da Atenção Primária a respeito das ações que podem ser tomadas pelos profissionais de saúde nos casos de violência doméstica sofrida pelas crianças de modo que se sintam acolhidas e que haja resolutividade do problema no núcleo familiar.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A PNAISC

A proposta de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança emergiu após diversos conflitos sociais relacionados aos direitos humanos, reivindicações e mudanças a respeito da interpretação da infância. Em 1920, surgiram as primeiras políticas voltadas para a saúde da criança; entretanto, até o ano de 1984, essas intervenções eram vinculadas sempre à saúde da mulher. Apenas em 1984 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, dando assim os primeiros passos para a produção de uma política efetivamente (ARAÚJO et al., 2014).

Em 2015, o Ministério da Saúde assinou um documento com o intuito de integrar as ações já existentes da saúde da criança e guiar os profissionais de gestão e da saúde dos municípios, estados, a respeito das estratégias e dispositivos para a estruturação das ações e da rede de serviços de saúde. O documento é a PNAISC, ou Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015).

A PNAISC tem como finalidade proporcionar e defender a saúde da criança e aleitamento materno, por meio da atenção e cuidados integrais da gestação até os 9 anos de vida, com atenção redobrada àqueles com maior vulnerabilidade objetivando, assim, a redução da morbimortalidade pela criação de um ambiente mais digno para sua vivência e

desenvolvimento (BRASIL, 2019).

Esta política se estrutura em 7 eixos estratégicos, descritos abaixo, com intuito de nortear intervenções executadas pelos serviços de saúde em território nacional, tendo em vista os determinantes sociais e condicionantes, para garantir o direito à vida e à saúde.

I. Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido

II. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável

III. Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral

IV. Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas

V. Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura da paz.

VI. Atenção à saúde da criança com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade.

VII. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno

De acordo com seus pilares III, V e VII, um dos polos de atuação da PNAISC é o acolhimento da criança que sofre violência, seja ela de qualquer origem; entretanto, para melhor entendimento de como este processo ocorre, é necessário analisar as subjetividades da violência mais a fundo, levando em consideração seus fatores de risco e consequências, a fim de buscar medidas de combate à mesma cada vez mais efetivas na área da saúde, levando à resolutividade dos casos em conjunto com a família.

4.2 Fatores de Risco e Consequência

A violência doméstica existe há muito na sociedade, sempre incluindo as crianças que, por serem consideradas objetos a serem moldados de acordo com a vontade dos adultos, eram ensinadas por meio de punições, castigos e espancamentos. Somente na segunda metade do século XVIII, o olhar sobre a criança transforma-se e ela passa a ser tratada como uma pessoa com valor próprio, digna da plenitude de seu ser (SANTOS, 2013). Atualmente a criança é considerada um sujeito com direitos e deveres, como qualquer outro cidadão. Entretanto, a violência contra ela prevalece, tornando-se um problema de saúde pública, visto que a incidência de crianças violentadas tem crescido no Brasil, e que as consequências dessas agressões ecoam não somente nesta fase da vida, mas em seu futuro, como adultos (SOUZA, 2015).

A exposição à violência na infância é capaz de desenvolver diversos transtornos psicológicos e sociais, como ansiedade, depressão, dissociação da realidade, baixo desempenho acadêmico, abuso de substâncias ilícitas e também a iniciação precoce na vida sexual. Além desses transtornos, existem outros problemas de saúde pública como a gravidez precoce, aborto espontâneo, alcoolismo, e também o desenvolvimento de uma

personalidade transgressora e agressiva (BRASIL, 2010).

Para que seja possível analisar as estatísticas de violência doméstica infantil no período de 2017—o mais recente arquivado no TABNET até a presente data -, é necessário inicialmente que o número aproximado de indivíduos na faixa etária de <1 ano a 9 anos neste período seja calculado e, para isto, foi utilizada a projeção demográfica por idade simples e sexo. Os totais de indivíduos foram agrupados e somados de acordo com suas respectivas faixas etárias. Deste modo, aproxima-se que o total de crianças de 0 a 9 anos no ano de 2017 é de 29,7 milhões, sendo 51% do sexo masculino e 49% do sexo feminino.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<1 ano	1437041	1370913	2807954
1 a 4 anos	5909371	5643453	11552824
5 a 9 anos	7836274	7493687	15329961
Total	15182686	14508053	29690739

Tabela 1 - Projeção demográfica por faixa etária e sexo

Fonte: Adaptado de IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

A Tabela 2 e o Gráfico 1 apresentam o número de notificações de violência doméstica por faixa etária e sexo no ano de 2017; já a Tabela 3 apresenta a incidência destes casos, também por faixa etária e sexo. A faixa etária cuja violência doméstica teve maior incidência foi de 1 a 4 anos, com cerca de 12% de diferença entre casos de vítimas do sexo masculino e do sexo feminino, sendo este último o mais frequente. As outras faixas etárias também demonstraram a mesma tendência em relação ao sexo das vítimas.

A maior taxa de incidência é a de casos de violência contra crianças de menos de 1 ano do sexo feminino, estando em 3,94 casos a cada 1000 habitantes. Este número é seguido pela mesma faixa etária no sexo masculino, em 3,4 casos a cada 1000 habitantes. A menor incidência é de 0,92 casos a cada 1000 habitantes para a faixa etária de 5 a 9 anos de crianças do sexo masculino.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Ignorado	Total de casos
<1 ano	4885	5398	33	10316
1 a 4 anos	9410	10545	3	19958
5 a 9 anos	7239	8799	4	16042
Total	21534	24742	40	46316

Tabela 2 - Novos casos de violência doméstica infantil por faixa etária e sexo

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

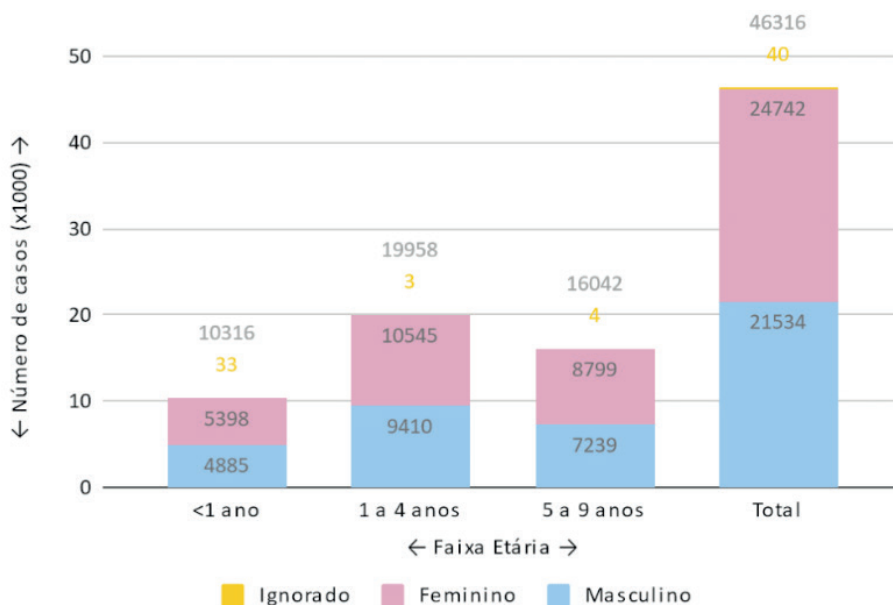


Gráfico 1 - Novos casos de violência doméstica infantil por faixa etária e sexo Brasil, 2017

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Faixa Etária	Incid. Masculino	Incid. Feminino	Incidência Total
<1 ano	3,40	3,94	3,67
1 a 4 anos	1,59	1,87	1,73
5 a 9 anos	0,92	1,17	1,05
Total	1,42	1,71	1,56

Tabela 3 - Taxa de incidência de violência doméstica infantil por faixa etária e sexo Brasil, 2017

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

A Tabela 4 e o Gráfico 2 permitem a observação dos tipos de violência doméstica infantil mais frequentes nos casos notificados em 2017, por faixa etária, cabendo destacar que não são as únicas categorias de violência notificadas, ocultando-se as violências patrimonial, de tráfico de seres humanos, de tortura e de trabalho infantil por possuírem valores de menor significância para este estudo.

A negligência ou abandono na faixa de 1 a 4 anos de idade é o tipo de violência encontrado com maior frequência, presente em cerca de 61,2% dos casos notificados nesta faixa. A menor incidência entre os tipos de violência descritos na tabela é a de violência sexual na faixa de menos de 1 ano, sendo relatada em 5,3% dos casos.

Englobando todas as faixas etárias, negligência e abandono se mantém como principal categoria marcada nos casos notificados em 2017, estando presente em 53,6% dos casos. A categoria menos notificada das apresentadas na tabela é a de violência psicológica, ocorrente em 15,3% dos casos—ainda assim, um número preocupante.

Vale ressaltar que os números de tipos de violência, somados, amontoam valor maior do que o total de casos notificados. Isto se dá pois, na Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais (ANEXO A), pode-se marcar Sim/Não ou Ignorado para cada item na seção “42 - Tipo de violências”; a partir disto, é possível concluir que diversos casos notificados são agravados por mais de uma categoria.

Faixa Etária	Violência Física	Violência Psicológica	Violência Sexual	Negligência e Abandono	Total de casos
<1 ano	2886	991	548	6920	10316
1 a 4 anos	4247	2304	4556	12299	19958
5 a 9 anos	5235	3798	6163	5620	16042
Total	12368	7093	11267	24839	46316

Tabela 4 - Principais tipos de violência infantil observados em casos notificados por faixa etária Brasil, 2017

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

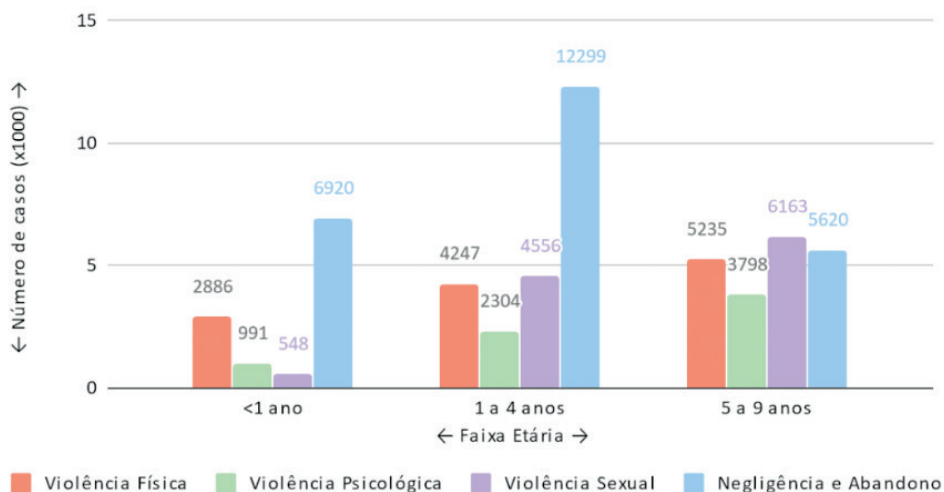


Gráfico 2 - Principais tipos de violência infantil observados em casos notificados por faixa etária Brasil, 2017

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Outro fator a ser considerado é a raça das vítimas (Tabela 5 e Gráfico 3). Proporcionalmente, brancos e pardos lideram em número de notificações, com 38,5% e 37,56% respectivamente, enquanto a menor proporção é a de amarelos. É importante expor que essas proporções não significam, necessariamente, que esses grupos são mais ou menos vulneráveis a violências, pois existe um número populacional diferente para cada raça—indígenas, amarelos e negros são minorias e, portanto, é esperado que o número de casos notificados seja relativamente proporcional à quantidade de indivíduos.

Raça	Casos	Proporção
Branca	17.832	38,50%
Parda	17.395	37,56%
Preta	2.591	5,59%
Indígena	371	0,80%
Amarela	196	0,42%
Ignorado/Branco	7.931	17,12%
Total	46316	100,00%

Tabela 5 - Proporção de novos casos de violência infantil por raça Brasil, 2017

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

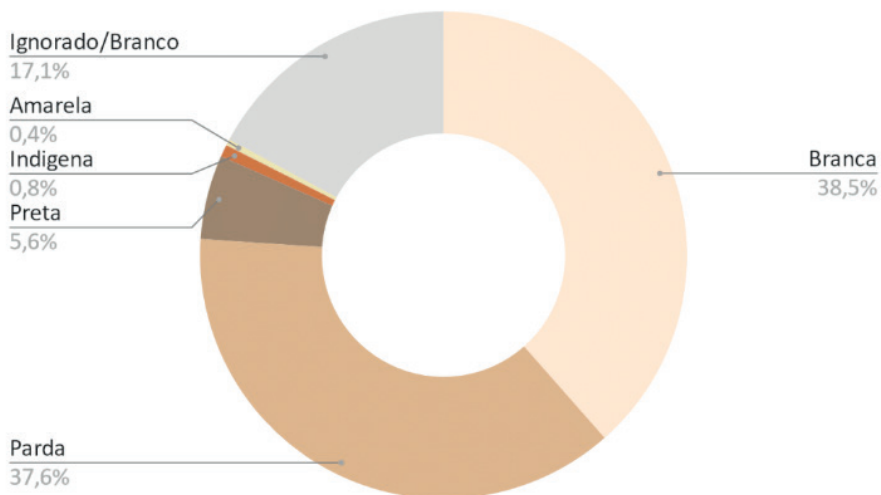


Gráfico 3 - Proporção de novos casos de violência infantil por raça Brasil, 2017

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

É possível observar, também, que 51% dos casos notificados de violência doméstica infantil em 2017 incluíram como agressora a mãe; em segundo lugar, com 33,4%, o pai estava incluso como agressor. Em menores proporções, o padrasto, incluso em 4,75% dos casos, a madrasta em 0,67%, irmão ou irmã em 2,53%, amigos ou conhecidos em 9,14%, desconhecidos em 2,97%, e cuidador em 1,17%.

Estima-se, assim, que as crianças estejam mais vulneráveis àqueles pelos quais possuem mais proximidade ou com quem passam mais tempo juntas, considerando um relacionamento hierarquizado, de autoridade ou de responsabilidade; no caso da violência a partir de amigos ou colegas, pode-se teorizar que essa taxa é relativa à prática de bullying em ambientes escolares ou de reunião de crianças para outras atividades.

4.3 Ações Técnico - Políticas

De acordo com dados do ano de 2017 extraídos pela Sociedade Brasileira de Pediatria no Sinan, estima-se que são notificadas no Brasil, diariamente, em média 233 agressões de diferentes tipos, sendo física, psicológica e tortura contra crianças e adolescentes, grande parte dessas agressões sendo intrafamiliar, o que confirma a análise de dados do presente estudo.

A área da saúde é uma das áreas que trabalha para atender os efeitos dessa violência—seja no contexto físico ou emocional, os profissionais da saúde devem pensar e debater constantemente, juntos às equipes multiprofissionais e de gestão, estratégias de combate à violência, visando a diminuição destes números, mas também a melhor

notificação dos casos que, de acordo com Gonçalves et al. (2002), ainda estão em um quadro de subnotificação.

As ações técnico-políticas podem—inclusive, devem—ter impacto no número tanto de notificações quanto de casos, pois ao preparar melhor os profissionais da saúde para atender as vítimas da violência o número de casos notificados pode tornar-se maior, e ao criar estratégias de prevenção o número de casos que ocorrem pode tornar-se menor; todavia, para esta análise, é fundamental a observação de dados.

Na Tabela 5, é possível visualizar um aumento gradual da quantidade de casos notificados entre 2012 e 2016—em média, 2427 casos a mais por ano. De 2016 a 2017, porém, houve um aumento significativo neste número, que se elevou em mais de 10 mil casos.

Estima-se que o aumento deste número pode estar relacionado à implementação mais abrangente da Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Estratégia AIDPI), de 7 de Junho de 2017, que estabeleceu protocolos de ação Inter setoriais mais eficazes e com a melhor relação custo/benefício, considerando os contextos regionais brasileiros, que operacionalizam o cuidado integral à criança visando a redução da morbimortalidade infantil a partir do aprimoramento da assistência e da promoção à saúde.

Além disso, a portaria nº 2.436 de 2017, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica no SUS, também auxiliou a implantação de diretrizes organizacionais da Atenção Básica. A portaria de consolidação nº2 de 2017, complementar à anterior, inclui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência como uma das estratégias que deverão ser obedecidas pelo SUS. Esta política tem como objetivo, assim como a Estratégia AIDPI, a redução da morbimortalidade por estes fatores, e estabelece suas medidas de ação como “um conjunto de ações articuladas e sistematizadas”, incentivando a elaboração e readequação de planos, projetos, programas e atividades pelo Ministério da Saúde.

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<1 ano	5673	6608	6352	6972	7231	10316
1 a 4 anos	10483	12008	12394	13366	15178	19958
5 a 9 anos	10292	11227	11578	12564	13746	16042
Total	26448	29843	30324	32902	36155	46316

Tabela 6 - Número de notificações de violência doméstica infantil anuais por faixa etária

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Algumas destas ações técnico-políticas apresentadas refletem nas atuações da atenção primária dos profissionais da saúde, tendo em vista que muitos destes são guias para orientar no processo de atendimento às vítimas de violência infantil.

4.4 AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

As ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento da criança têm como objetivo promover qualidade de vida e acompanhamento de seu desenvolvimento. Os cuidados prioritários da área técnica de saúde da criança e aleitamento são: Atenção à Saúde do Recém-Nascido; Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno; Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz; Vigilância da Mortalidade Infantil/Fetal e o Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (BRASIL, 2010).

O cuidado prioritário de Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz é uma medida de proteção e cuidado àquelas crianças que se encontram em situações de risco, por meio de formulações de diretrizes e parâmetros de atenção à saúde, disponibilizando metodologias voltadas à recepção e assistência. Já a Vigilância de Mortalidade Infantil serve para identificação de óbitos e medidas necessárias para evitar os casos futuros, sendo um ponto muito trabalhado; para esta, é recomendada a criação de comitês estaduais e municipais de prevenção do óbito infantil e fetal (BRASIL, 2010).

Diversas medidas foram tomadas frente ao combate da violência doméstica contra a criança, sendo algumas delas as Políticas Nacionais de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001); Promoção da Saúde (Portaria nº687/2006); Notificação de Violência contra Crianças e Adolescentes na Rede do SUS (Portaria nº1968/2001) e Rede Nacional de Atenção Integral às Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual (BRASIL, 2010).

As ações violentas podem ser tanto físicas, sexuais, psicológicas ou de negligência por parte de seus responsáveis. Na atenção primária, existem medidas que podem ser tomadas pelo profissional da saúde, este devendo estar preparado para o enfrentamento das dificuldades e acompanhamento da criança e sua família, além da busca pelo apoio psicológico e pela proteção social no território, desenvolvendo diversas formas de promoção e manifestações contra a violência doméstica vivida pelas crianças, como por exemplo campanhas na UBS, palestras em escolas ou visitas e monitoramento do território, sempre propiciando um ambiente confortável e acolhedor para ouvir e ajudar de forma sensível e empática (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), as etapas de cuidado para os casos de violência infantil são divididas em acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede.

Na fase de diagnóstico e tratamento do problema, o profissional deve explicar aos responsáveis os riscos aos quais a criança está sendo exposta, sendo de obrigação

legal de quem está atendendo avisar a instituição de proteção sobre o caso e orientar a família a respeito do apoio do dos órgãos competentes durante o processo de investigação iniciado. É importante ressaltar que a criança, ao viver em um ambiente violento, poderá ter seu desenvolvimento prejudicado, trazendo-lhe atrasos e agravos. Nesta consulta, o profissional de saúde deve realizar também exame físico, anamnese, oferecer ajuda, discutir o caso com toda equipe para que todos se mobilizem e garantir a assistência continuada e interdisciplinar (BRASIL, 2010).

5 | CONCLUSÃO

De acordo com os dados coletados, a violência infantil é, majoritariamente, de negligência ou abandono e o principal executor desta é a mãe e, em segundo lugar, o pai. Deste modo, é fundamental que seja efetuado um pré-natal com melhor apoio psicológico e maior incentivo ao acompanhamento paterno neste atendimento, a fim de detectar situações de vulnerabilidade, tanto provenientes da comunidade onde vivem, quanto de traços individuais de ambos.

Ademais, as visitas do Agentes Comunitário em Saúde ou enfermeiro para acompanhar o desenvolvimento correto da criança nas primeiras fases da vida poderiam ser mais frequentes, estendendo-se também por um maior período de tempo, e analíticas, para que haja uma observação do ambiente em que a criança está inserida, sendo assim facilitada a identificação de fatores de risco para todos os tipos de violência.

A criação de um vínculo entre o profissional da saúde, a família e a criança é necessária para que haja a observação da dinâmica familiar com um laço de confiança, além da orientação e incentivo de atividades de cuidado e desenvolvimento de relacionamento saudável entre pais e filhos, para que ocorra uma aproximação entre as partes e criação de fortes laços familiares, o que, em teoria, diminuirá a incidência de casos de violência de todos os tipos.

A elaboração deste estudo mostrou-se elucidativa no sentido de aumentar a compreensão dos âmbitos de atuação do enfermeiro no atendimento da criança vítima de violências e para melhor entendimento das necessidades deste grupo de indivíduos durante o seu desenvolvimento, assim como as diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde da Criança. Apesar disso, este artigo não se aprofundou nos aspectos de cada tipo de violência—especialmente a negligência, que demonstrou ser o maior problema—, observando apenas os aspectos gerais da violência infantil como um todo. Ainda assim, o estudo trouxe melhor compreensão sobre o assunto, esclarecendo a respeito de programas, guias, e condutas a serem tomadas em situações de violência.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Juliane Pagliari; SILVA, Rosane Meire Munhak da; COLLET, Neusa; NEVES, Eliana Tatsch; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; VIERA, Cláudia Silveira. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Nov/Dez 2014, v. 67, n. 6, p. 1000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>. Último acesso em 09 de abril de 2020.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Guia Prático para Implementação da Política de Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência**. 2019. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/LIVRO_ESCUTA_PROTEGIDA-1_1.pdf>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Guia de Atuação Frente a Maus-tratos na Infância e na Adolescência: Orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes**. 2 eds. 2001. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/maustratos_sbp.pdf>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dermatologia na Atenção Básica de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - Dermatologia na Atenção Básica de Saúde**. 2002. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>>. Último acesso em 09 de abril de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_informativos.pdf>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde**. 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério cria Política de Atenção à Saúde da Criança**. 2015. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/sas/18970-ministerio-cria-politica-de-atencao-a-saude-da-crianca>>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação**. 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf>. Último acesso em 09 de abril de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Último acesso em 09 de abril de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.397, de 7 de junho de 2017**. Disponível em: <<https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/14/Portaria-AIDPI.pdf>>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Criança**. 2017. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/823-assuntos/saude-para-voce/40755-saude-da-crianca>>. Último acesso em 09 de abril de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Criança: Materiais informativos**. 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_informativos.pdf>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento**. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>>. Último acesso em 09 de abril de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. **Redes de Proteção - Guia de Referência: Construindo uma Cultura de Prevenção à Violência Sexual**. 2009. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/childhood/guia_de_referencia.pdf>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**. 2013. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08_2013_pnevscsca.pdf>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. **Classificação dos Tipos de Violência Contra Crianças e Adolescentes**. s.d. Disponível em: <<http://www.famerp.br/index.php/tipos-de-violencia>>. Último acesso em 11 de junho de 2020.

FIOCRUZ. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. 2019. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca-pnaisc/>>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Jan/Fev 2002, v. 8, n. 1, p. 315. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2002.v18n1/315-319/pt/>>. Último acesso em 09 de abril de 2020.

LINARDI, Pedro Marcos; BARATA, José Maria Soares; URBINATTI, Paulo Roberto. **Infestação por Pediculus humanus (Anoplura: Pediculidae) no Município de São Paulo, SP, Brasil**. 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsp/1998.v32n1/77-81/>>. Último acesso em 09 de abril de 2020.

NUNES, Antonio Jakeulmo; SALES, Magda Coeli Vitorino. Violência Contra Crianças no Cenário Brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, pp. 871-880, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0871.pdf>>. Último acesso em 13 de abril de 2020.

O GLOBO. TATSCH, Constança. **Por dia, 233 casos de violência contra crianças e adolescentes são notificados no país**. 16 de dezembro de 2019. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/por-dia-233-casos-de-violencia-contra-criancas-adolescentes-sao-notificados-no-pais-24141893>>. Último acesso em 25 de junho de 2020.

TAVARES, Mônica; SELORES, Manuela. Escabiose: recomendações práticas para diagnóstico e tratamento. **Revista Nascer e Crescer**, Abr/2013 v. 22, n. 2, p. 80. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-0754201300020_0004>. Último acesso em 09 de abril de 2020.

UNICEF. **A Educação que Protege Contra a Violência**. 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/sites/unicef.org.brazil/files/2019-07/br_educacao_protege_contra_violencia.pdf>. Último acesso em 25 de Junho de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. 2006. 90 pp. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf>. Último acesso em 11 de Junho de 202

SOBRE A ORGANIZADORA

FERNANDA MIGUEL DE ANDRADE - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (2013) e especialização em Análises Clínicas pela Faculdade Frassinette do Recife (2015). Obteve seu Mestrado em Ciências Biológicas, na área de concentração Biotecnologia, em 2016 e o Doutorado em Bioquímica e Fisiologia, na área de concentração Bioquímica e Fisiologia, em 2020 pela Universidade Federal de Pernambuco. Durante o estágio à docência ministrou aulas de Bioquímica para os cursos de Biomedicina, Ciências Biológicas e Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco. Tem experiência na área de Biotecnologia, com ênfase em Citologia, Histologia, Embriologia, Bioquímica e Biologia Molecular. Atua como pesquisadora principalmente nos seguintes temas: Purificação e Aplicação Biológica de Biomoléculas de Origem Vegetal, Cicatrização em Animais Diabéticos e Hipertensos, Alternativas Terapêuticas para a Criptococose. Atuou como Professora no curso de Fisioterapia da Faculdade de Integração do Sertão ministrando as disciplinas Citologia, Histologia, Embriologia e Genética Humana. Participou do Projeto de Pesquisa intitulado “Extração e aplicação de biomoléculas na área alimentar e da saúde” aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo 301488/2017-7). Faz parte da equipe do Projeto de Pesquisa intitulado “Aplicação biotecnológica e terapêutica de compostos ativos da biodiversidade da Caatinga: inovação genuinamente brasileira” aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo 310621/2018-6). Participa dos seguintes Grupos de Pesquisa: Ciências Morfológicas; Biomoléculas em Processos Biotecnológicos; Compostos Bioativos de Plantas e Animais Aplicados à Biotecnologia. Atua como revisor dos seguintes periódicos: Asian Journal of Research in Biochemistry, Journal of Pharmaceutical Research International, Journal of Scientific Research and Reports, Journal of Advances in Medicine and Medical Research. Atualmente é Professora da Faculdade de Integração do Sertão, ministrando as disciplinas: Citologia, Histologia e Embriologia, Genética e Biologia Molecular, Bioquímica para o curso de Bacharelado em Farmácia; Histologia para o curso de Odontologia; Dimensões Biológicas e Bioquímicas da Atividade Motora para o curso de Educação Física.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acessibilidade 5, 55, 56, 124, 125, 149, 164, 172

Agente comunitário de saúde 42, 50, 51, 52, 56, 196

Aprendizagem 5, 6, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 48, 182

Assistência 7, 8, 9, 2, 3, 4, 6, 7, 34, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 62, 69, 70, 87, 100, 103, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 117, 124, 125, 127, 129, 149, 150, 163, 170, 171, 181, 186, 193, 200, 201, 203, 210, 211, 212

Atenção Secundária 8, 106, 109, 110, 127

Autocuidado 5, 8, 5, 25, 27, 28, 29, 30, 34, 37, 38, 39, 72, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 113, 137

C

Câncer de mama 76, 77, 78, 79, 83, 84

Cuidados da saúde 4

D

Deficiência 168, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 201, 204

Dermatologia 15, 125, 127, 128, 130, 213

Diabetes mellitus (DM) 28

Diagnóstico 9, 10, 23, 30, 32, 34, 35, 37, 38, 55, 56, 57, 58, 61, 76, 78, 82, 83, 84, 100, 103, 104, 108, 109, 113, 115, 119, 120, 141, 152, 154, 155, 157, 159, 169, 202, 211, 215

Doenças Transmitidas por Alimentos e de Veiculação Hídrica (DTAH) 119

E

Educação em saúde 5, 8, 21, 25, 29, 49, 51, 100, 102, 104, 122, 157, 159, 195

Escala de Braden 8, 86, 97, 98

Estratégia 6, 8, 9, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 21, 26, 34, 35, 38, 40, 42, 49, 52, 57, 58, 59, 69, 71, 73, 77, 103, 107, 108, 109, 115, 118, 119, 120, 122, 132, 161, 162, 163, 164, 170, 173, 176, 185, 195, 196, 197, 201, 210

F

Frequência Alimentar 27, 31, 32

G

Grau de conhecimento 5, 6, 27, 30, 31, 33, 37

H

Hábitos Alimentares 28, 112

Hanseníase 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 127

Higienização das mãos 6, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

I

Infecção Hospitalar 2, 3, 6

Interação Social 113, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140

Internações 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 121, 167, 201

L

Lesão por pressão (LPP) 87

M

Mamografia 76, 78, 79, 82, 83, 84

Material Educativo 5, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 109

O

OMS 2, 3, 4, 5, 15, 61, 62, 69, 70, 71, 74, 75, 102, 202

P

Participação popular 9, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151

Pênfigo Vulgar (PV) 152, 154

Perfil Alimentar 6, 27, 30

Políticas de saúde da criança 200

Prática assistencial segura 6

Prática Educativa 18, 26

Prevenção 5, 3, 10, 11, 12, 16, 21, 28, 29, 39, 48, 56, 61, 76, 79, 83, 84, 87, 94, 95, 96, 97, 99, 101, 108, 109, 118, 119, 121, 122, 147, 153, 157, 163, 186, 187, 194, 195, 202, 204, 210, 211, 214

Q

Qualidade de vida 5, 27, 28, 37, 40, 41, 43, 46, 48, 50, 51, 52, 53, 72, 108, 109, 120, 136, 150, 151, 155, 157, 159, 184, 187, 211

S

Saúde Mental 9, 45, 46, 50, 52, 136, 139, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 185, 186, 188, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197

Segurança do paciente 2, 3, 6, 94

Serviços de saúde 5, 9, 3, 6, 16, 22, 37, 50, 56, 58, 61, 62, 69, 72, 73, 75, 83, 97, 100, 101, 109, 120, 124, 125, 126, 130, 146, 147, 150, 151, 162, 163, 172, 192, 201, 203, 204

Síndrome de Burnout 50, 52, 131, 132, 140, 141, 142

Sofrimento 40, 41, 42, 44, 50, 51, 87, 137, 167, 169, 171, 191, 193, 194

T

Terapias Complementares 61

Tratamento 9, 10, 19, 21, 24, 29, 30, 35, 37, 39, 40, 42, 50, 55, 56, 57, 58, 61, 87, 96, 100, 103, 104, 113, 121, 133, 150, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 165, 167, 169, 170, 171, 172, 174, 188, 189, 193, 197, 202, 211, 215

Tuberculose 7, 54, 55, 56, 57, 58, 59

U

Unidade de Saúde da Família 6, 27

Unidade de Terapia Intensiva 8, 86, 88, 94, 97, 99

V

Vigilância 8, 2, 7, 10, 87, 88, 97, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 198, 204, 211

Violência Infantil 198, 202, 203, 207, 208, 209, 211, 212

A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA

Saúde Coletiva

www.arenaeditora.com.br 

contato@arenaeditora.com.br 

[@arenaeditora](https://www.instagram.com/arenaeditora) 

www.facebook.com/arenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021

A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA

Saúde Coletiva

www.arenaeditora.com.br 

contato@arenaeditora.com.br 

@arenaeditora 

www.facebook.com/arenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021