

Marcus Fernando da Silva Praxedes  
(Organizador)

2

# Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

**Atena**  
Editora  
Ano 2021

Marcus Fernando da Silva Praxedes  
(Organizador)

2

# Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

  
Atena  
Editora  
Ano 2021

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



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

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

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

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

**Conselho Editorial****Ciências 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  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> 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  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> 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  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> 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  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



## Ciências da saúde: políticas públicas, assistência e gestão 2

**Diagramação:** Daphynny Pamplona  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Marcus Fernando da Silva Praxedes

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

C569 Ciências da saúde: políticas públicas, assistência e gestão 2 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. - Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-762-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.625211012>

1. Ciências da saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). 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](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br



## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

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



## APRESENTAÇÃO

Apresentamos a coleção “Ciências da Saúde: Políticas Públicas, Assistência e Gestão”, que reúne trabalhos científicos relevantes das mais diversas áreas da Ciência da Saúde. A coleção divide-se em dois volumes, em que o objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

O primeiro volume traz estudos relacionados à assistência em saúde com abordagem do uso correto dos medicamentos, com uma discussão relevante sobre a automedicação e adesão ao tratamento, bem como da importância de uma abordagem interprofissional; uso de fitoterápicos; alimentação saudável; segurança do paciente e qualidade do cuidado; assistência em saúde no domicílio e uso de ferramentas para avaliação em saúde.

O segundo volume reúne variados estudos que abordam temáticas que continuam atuais e sensíveis às políticas públicas e para uma melhor gestão em saúde. Dentre algumas discussões, tem-se a violência contra a mulher e a necessidade do empoderamento feminino, bem como da adequada assistência às vítimas; questões psicossociais; o uso de tecnologias em saúde; abordagem de doenças negligenciadas; qualidade da água e de alimentos consumidos pela população; a importância da auditoria em saúde, do planejamento estratégico e da importância da capacitação profissional para o exercício da gestão em saúde.

Espera-se que os trabalhos científicos apresentados possam servir de base para uma melhor assistência, gestão em saúde e desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes




## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **VIVÊNCIA DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E EMPODERAMENTO FEMININO A PARTIR DE UMA RÁDIO CAMPONESA – RELATO DE EXPERIÊNCIA**


Francisco Henrique Cardoso da Silva  
Renara da Silva Delfino  
Elisangela Alves de Oliveira Sousa  
Karliana de Barros Freitas Sabóia  
Suyanne Franca Melo  
Cícera Alice da Silva Barros  
Raksandra Mendes dos Santos  
Larisse de Sousa Silva  
Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110121>

### **CAPÍTULO 2..... 8**

#### **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA: ESTUDO DOCUMENTAL**


Henrique Botelho Moreira  
Ana Paula de Assis Sales  
Layla Santana Corrêa da Silva  
Luciana Virgininia de Paula e Silva Santana

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110122>

### **CAPÍTULO 3..... 23**

#### **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**


Alice Lopes Travenzoli  
Bárbara Santana Almeida  
Bianka Alvernaz Baldaia  
Danielly Santos Paula  
Hérika Reggiani Melo Stulpen  
Janaína Aparecida Alvarenga  
Larissa Bartles dos Santos  
Laura Anieli Silva Andrade  
Nilza Leandro da Conceição  
Poliane de Souza dos Santos  
Tayná Tifany Pereira Sabino  
Tatiana Mendes de Ávila Silva






 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110123>

### **CAPÍTULO 4..... 33**

#### **MATERNIDADE: COMO É EXPERIENCIADA POR MULHERES**

Calúzia Santa Catarina  
Chancarlyne Vivian


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110124>

<b>CAPÍTULO 5.....</b>	<b>49</b>
<b>EXAME DE PAPANICOLAU NA SAÚDE DA MULHER PELA PERSPECTIVA DE UNIVERSITÁRIAS</b>	
Érika Vanessa Bezerra Manso	
Maria Kelly Gomes Neves	
Thamyres Fernanda Moura Pedrosa Souza	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110125">https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110125</a>	
<b>CAPÍTULO 6.....</b>	<b>58</b>
<b>O TRABALHO PSICOSSOCIAL COMO PROMOTOR DE MUDANÇA DA PESSOA: UM ESTUDO DE CASO EM UM CRAS DE SALVADOR/BAHIA</b>	
Wanderlene Cardozo Ferreira Reis	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110126">https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110126</a>	
<b>CAPÍTULO 7.....</b>	<b>67</b>
<b>EL RITMO DE TRABAJO COMO FACTOR DE RIESGO EN LA SALUD PSICOSOCIAL DE UN COLECTIVO DE EMPLEADOS MUNICIPALES</b>	
Zully Shirley Díaz Alay	
Jeffry John Pavajeau Hernández	
César Eubelio Figueroa Pico	
Sara Esther Barros Rivera	
Silvia María Castillo Morocho	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110127">https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110127</a>	
<b>CAPÍTULO 8.....</b>	<b>78</b>
<b>TECNOLOGIAS EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SERVIÇO SOCIAL</b>	
Sara Cintia Ferreira da Silva	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110128">https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110128</a>	
<b>CAPÍTULO 9.....</b>	<b>87</b>
<b>APLICAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM FORTALEZA</b>	
Lídia Vieira do Espírito Santo	
Luciana Passos Aragão	
Marília Vieira do Espírito Santo	
Marla Rochana Braga Monteiro	
Lucas Lessa de Sousa	
Morgana Cléria Braga Monteiro	
Amanda Holanda Cardoso Maciel	
Gleiry Yuri Rodrigues Cardoso	
Lucas Oliveira Sibellino	
José Leonardo Gomes Rocha Júnior	
Ticiane Freire Bezerra	
Isabel Camila Araujo Barroso	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110129">https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110129</a>	

**CAPÍTULO 10..... 101**

**AUTOCUIDADO, ESTILO DE VIDA, QUALIDADE DE VIDA E RELIGIOSIDADE DE UNIVERSITÁRIOS**


Elisabete Venturini Talizin  
Natália Cristina de Oliveira Vargas e Silva  
Emily Müller Reis  
Larissa Giovanna da Silva  
Leslie Andrews Portes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101210>

**CAPÍTULO 11 ..... 121**

**A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NA ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Maria Nádia Craveiro de Oliveira  
Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101211>

**CAPÍTULO 12..... 125**

**ANÁLISE ESPAÇO-TEMPORAL DO COMPORTAMENTO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Luiz Alfredo Roque Lonzetti  
Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima  
Graziela Liebel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101212>

**CAPÍTULO 13..... 143**

**ANÁLISE DA PERSISTENTE ALTA DE CASOS DE TUBERCULOSE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2011 A 2020**

Taynara da Silveira Cardozo  
Bianca Gomes Queiroz  
Maria Luisa Calais Luciano  
Julia Viana Gil de Castro  
Bárbara Tisse da Silva  
Louise Moreira Vieira  
Aline de Jesus Oliveira  
Daniela Maria Ferreira Rodrigues  
Karina Santos de Faria  
Myllena Giacomo Monteiro Dias  
Thales Montela Marins  
Sebastião Jorge da Cunha Gonçalves


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101213>

**CAPÍTULO 14..... 154**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS NO MARANHÃO**

Letícia Samara Ribeiro da Silva  
Andressa Arraes Silva


Luciane Sousa Pessoa Cardoso  
Larissa Silva Oliveira  
Patrícia Samara Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101214>

**CAPÍTULO 15..... 166**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM SÃO LUÍS**


Rosemary Fernandes Correa Alencar  
Dinair Brauna de Carvalho Ribeiro  
Maria Almira Bulcão Loureiro  
Roseana Corrêa dos Santos Silva  
Silvana do Socorro Santos de Oliveira  
Gabriela Ramos Miranda  
Jose Ronaldo Moraes Pereira  
Cidália de Jesus Cruz Nunes  
Sansuilana de Almeida Eloi  
Ana Cassia Martins Ribeiro Cruz  
Naruna Mesquita Freire  
Larissa Correa Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101215>

**CAPÍTULO 16..... 179**

**“SÍFILIS”: UM ESTUDO SOBRE A INCIDÊNCIA DE SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE PONTE NOVA/MG**

Iata Eleutério Moreira de Souza  
RuthMaria Alves Garcia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101216>

**CAPÍTULO 17..... 197**

**QUALIDADE DE ÁGUAS DE POÇOS ARTESIANOS DA CIDADE DE PEABIRU, PARANÁ, BRASIL: UM MUNICÍPIO SEM TRATAMENTO DE ESGOTO**

Yuri Souza Vicente  
Paulo Agenor Alves Bueno  
Regiane da Silva Gonzalez  
Nelson Consolin Filho  
Lidiane de Lima Feitoza  
Márcia Maria Mendes Marques  
Débora Cristina de Souza  
Flávia Vieira da Silva Medeiros  
Ana Paula Peron


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101217>

**CAPÍTULO 18..... 211**

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO DAS CARNES BOVINAS EM FEIRA PÚBLICA NA CIDADE DE PARNAMIRIM, RIO GRANDE DO NORTE**

Adrielly Lorena Rodrigues de Oliveira

Sandy Beatriz Silva de Araújo  
Fran Erley Sousa Oliveira  
Sthenia dos Santos Albano Amora  
Amanda de Carvalho Moreira  
Nayara Oliveira de Medeiros  
Dandara Franco Ferreira da Silva  
Giulianna de Carvalho Ibrahim Obeid

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101218>

**CAPÍTULO 19..... 217**

HEALTH SCIENCES: PUBLIC POLICY, CARE AND MANAGEMENT

Patricia de Oliveira Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101219>

**CAPÍTULO 20..... 220**

AUDITORIA COMO INSTRUMENTO PARA ASSEGURAR O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:  
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA


Tatiana da Silva Mendes  
Eliane Moura da Silva  
Walda Cleoma Lopes Valente dos Santos  
Giselly Julieta Barroso da Silva  
Edilson Ferreira Calandrine  
Victor Matheus Silva Maués  
Sílvia Ferreira Nunes  
Fabiana Morbach da Silva  
Antônia Gomes de Olinda  
Juliana Custódio Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101220>

**CAPÍTULO 21..... 231**

DISPENSA DE LICITAÇÃO SOB O ENFOQUE DA CRISE SANITÁRIA DA COVID-19


Matheus Martins Sant' Anna

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101221>

**CAPÍTULO 22..... 238**

ESTUDO DOS DESAFIOS E LIMITAÇÕES NA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS  
EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES


Keyla de Cássia Barros Bitencourt  
Márcia Mascarenhas Alemão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101222>

**CAPÍTULO 23..... 260**

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE NA ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO


Maria Tereza Soares Rezende Lopes  
Ana Claudia Baladelli Silva Cimardi  
Célia Maria Gomes Labegalini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101223>

**CAPÍTULO 24.....275**

**SIMBOLOGIAS DO SER GERENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Camila da Silveira Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101224>


**CAPÍTULO 25.....289**

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E O USO DE MEDICAMENTOS  
POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS**

Rosiléia Silva Argolo

Joseneide Santos Queiroz

Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101225>

**CAPÍTULO 26.....304**

**OS IMPACTOS DA UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA NO DESENVOLVIMENTO DA  
CRIANÇA**

Lúcio Mauro Bisinotto Júnior

Silvério Godoy Del Fiaco

Isadora Godoy Brambilla Bezzan

Ana Luiza Corrêa Ribeiro Godoy

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101226>

**SOBRE O ORGANIZADOR.....314**

**ÍNDICE REMISSIVO.....315**

# CAPÍTULO 1

## VIVÊNCIA DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E EMPODERAMENTO FEMININO A PARTIR DE UMA RÁDIO CAMPONESA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/11/2021

Data da Submissão: 06/09/2021

**Larisse de Sousa Silva**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO

Crateús – CE

<http://lattes.cnpq.br/7902302044972601>

**Francisco Henrique Cardoso da Silva**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO

Crateús - CE

<http://lattes.cnpq.br/0604760924598723>

**Maria da Conceição dos Santos Oliveira  
Cunha**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO

Crateús – CE

<http://lattes.cnpq.br/7987939552196253>

**Renara da Silva Delfino**

Universidade do Contestado – UNC

Novo Oriente – CE

<http://lattes.cnpq.br/0312665766327017>

**Elisangela Alves de Oliveira Sousa**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO

Crateús – CE

<http://lattes.cnpq.br/7067155817383212>

**Karlina de Barros Freitas Sabóia**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO

Crateús – CE

<http://lattes.cnpq.br/7272207610271279>

**Suyanne Franca Melo**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO

Crateús – CE

<http://lattes.cnpq.br/7309616276411340>

**Cícera Alice da Silva Barros**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO

Crateús – CE

<http://lattes.cnpq.br/1264691611859816>

**Raksandra Mendes dos Santos**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO

Crateús – CE

<http://lattes.cnpq.br/7379577559955960>

**RESUMO:** A violência é uma situação vivenciada por várias mulheres no território brasileiro. Este fenômeno está relacionado à cultura de gênero, ao patriarcado e às relações de poder. Nesse sentido, merecem atenção as experiências de mulheres que vivem na zona rural, pois são atravessadas por situações de vulnerabilidades e agravos, tendo em vista que enfrentam constantemente situações de desigualdade de gênero e desvalorização familiar. Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo relatar a vivência de enfrentamento a violência contra a mulher e de empoderamento feminino a partir de um programa de uma rádio comunitária nos sertões de Crateús, Ceará. Para tanto, foi necessário um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. As pesquisas descritivas, têm como norte descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado. Os resultados apontaram a importância de debater a temática “o que é violência psicológica contra mulher?”, pois, é necessário que a mulher consiga perceber e identificar que está vivendo

uma situação de violência. Outro tema discutido foi “A importância das mulheres no campo e o seu empoderamento na agricultura familiar”, foi pensado para ressaltar o protagonismo das mulheres no campo e no desenvolvimento rural. Isso mostra que o empoderamento feminino no campo permite que as mulheres se tornem mais ativas financeiramente, reduzindo assim, sua situação de pobreza. O último assunto trabalhado foi “saúde e bem-estar da mulher”, no qual se apresentou formas de cuidado, com o intuito de sensibilizar as ouvintes e os demais acerca da importância de cuidar da saúde. Assim, foi possível concluir que a rádio comunitária é uma ferramenta potente de comunicação sobre o universo das mulheres do campo, bem como contribui para a luta da violência contra a mulher.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência contra a mulher. Empoderamento feminino. Educação em saúde. Comunicação. Contexto Rural.

## THE EXPERIENCE OF COPING VIOLENCE AGAINST WOMEN ALLIED TO FEMALE EMPOWERMENT FROM A PEASANT RADIO STATION - A CASE STUDY RESEARCH

**ABSTRACT:** Violence is a situation sustained by several women in Brazilian territory. This phenomenon is directly related to gender culture, patriarchy and power relations. In this sense, it is necessary to give voice to experiences of women living in the countryside, considering they are subject to situations of vulnerability and injuries, bearing in mind they often face situations of gender inequality and family devaluation. Therefore, this study aims to relate the experience of coping violence against women allied to female empowerment from a community radio program in the backland of Crateús, Ceará. With this proposal, to achieve this research, it is essential to work with a descriptive study, of the experience report type. Descriptive research aims to carefully describe the facts and phenomena of a particular occasion, in order to draw information about what has already been defined as a problem to be investigated. The results pointed to the importance of debating the topic “what is psychological abuse against women?”, considering that it is necessary for all of them to understand and identify they are going through a situation of violence. Another topic discussed was “The importance of rural women and their empowerment in family farming”, seeking to enhance the leading role of rural women and rural development. This debate shows that female empowerment in rural areas can make women more financially active, in addition to reducing their poverty situation. The last topic addressed was “women’s health and wellbeing”, focused on showing forms of personal growth, aiming to make listeners and people of their social life aware of the importance of taking care of their health. Consequently, noting that the community radio station is a powerful communication tool on the universe of rural women, helping them to fight against women’s violence.

**KEYWORDS:** Violence against women. Female empowerment. Health education. Communication. Rural Context.

## 1 | INTRODUÇÃO

A violência é uma situação vivenciada por várias mulheres no território brasileiro. Este fenômeno está relacionado à cultura de gênero, ao patriarcado e às relações de poder. Nesse sentido, merecem atenção as experiências de mulheres que vivem na zona rural,



pois são atravessadas, por vezes, por situações de vulnerabilidades e agravos, tendo em vista que enfrentam constantemente situações de desigualdade de gênero e desvalorização familiar (NASCIMENTO, 2019).

É evidente que esses aspectos são potencializados, haja vista as diversas funções desenvolvidas por essas mulheres no contexto rural, que ainda são vistas como submissas pelos próprios membros da família, tendo sua autonomia limitada. Faz aqui necessário ressaltar que este segmento populacional muitas vezes é marcado pela pobreza, invisibilidade e dificuldade de acesso aos benefícios sociais oriundos de políticas públicas.

Dessa maneira, para trazer à tona a discussão da violência, seja no contexto rural ou em outros diversos ambientes, torna-se indispensável compreender que esse processo gera adoecimento físico e mental nas mulheres, e que a situação de invisibilidade que se encontram reduz consideravelmente as estratégias de enfrentamento das violências nesse espaço.

Por isso, a perspectiva de enfrentamento a violência contra a mulher, aqui apresentada, se alinha a recursos midiáticos como forma de ampliar as discussões e democratizar o acesso a informação às mulheres.

Diante das dificuldades impostas pelo contexto pandêmico da covid-19, em que não era possível realizar encontros presenciais para debater questões relacionadas à violência contra mulheres, e diante do aumento considerável dos casos de violência doméstica, o grupo de estudos e extensão Empoderando-se da Faculdade Princesa do Oeste (FPO), se vinculou a uma rádio comunitária da região dos sertões do Crateús, no interior do Ceará, para dar visibilidade ao debate.

Diante do exposto, compreendemos a problemática como algo que merece cada vez mais ser colocada em espaços democráticos de debate, haja vista, os vários empecilhos que estas mulheres encontram para viver dignamente nos espaços sociais, pois vivenciam processos de silenciamento, marginalização e precarização da vida. Assim, para contemplar a proposta, o presente estudo tem como objetivo relatar à vivência de enfrentamento a violência contra a mulher e de empoderamento feminino a partir de um programa de uma rádio comunitária nos sertões de Crateús, Ceará.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. As pesquisas descritivas, por sua vez, têm como objetivo descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado (AUGUSTO, 2013).

No período de abril de 2021 ocorreu o planejamento das ações no mês de maio do mesmo ano foi executada as atividades pelos extensionistas do grupo Empoderando-se da Faculdade Princesa do Oeste-FPO, em Crateús-CE, através de uma Rádio Comunitária.

Os programas foram gravados pelos discentes, sob a supervisão das coordenadoras do grupo. Por se tratar de um relato de experiência não foi necessária aprovação por comitê de ética e aplicação de termo de consentimento livre e esclarecido.

Essa ação de educação em saúde foi possível a partir da parceria entre o grupo de pesquisa e extensão e a Rádio Camponesa Palmeiras FM 95,7 da região dos sertões do Crateús, no interior do Ceará, idealizada por membros de um assentamento do Movimento de Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra (MST) em que o seu principal público é formado por camponeses que vivem em assentamentos na zona rural. No entanto, o alcance da rádio vai para além das regiões rurais, atingindo também áreas urbanas em diversos estados do país, pois também é transmitida através de outras redes sociais como, por exemplo, *facebook*.

A prática consistiu em elaborar momentos de debate que seriam o conteúdo apresentado no programa Psicologia em Foco da rádio comunitária. A ação correu em três etapas: a primeira etapa foi a escolha dos temas e a construção do roteiro; segunda etapa foi a gravação em áudio, pelos discentes, utilizando aplicativos e smartphone, com os seguintes temas: o que é violência psicológica contra a mulher? “o protagonismo das mulheres no campo e no desenvolvimento rural”, e “Saúde e bem-estar das mulheres”. Terceira etapa foi a apresentação dos programas na rádio comunitária com a duração aproximada de 30 minutos cada temática, em dias alternados.

A experiência da gravação ocorreu de maneiras distintas, o primeiro programa foi gravado na plataforma do aplicativo Zoom. O tema abordado foi “O que é violência psicológica contra a mulher?”, o programa foi feito como um bate papo entre dois profissionais de saúde, falando e explicando o que era essa violência, mas de uma forma que ficasse compreensível para as mulheres de todas as classes sociais e níveis de instrução. Exaltando a linguagem clara, simples e inclusiva.

Para a discussão do tema “A importância das mulheres no campo e o seu empoderamento na agricultura familiar” foi convidada a “secretária de mulheres” (cargo ou função que trata das questões relacionadas às mulheres agricultoras) do Sindicato das trabalhadoras e trabalhadores Rurais (STTR) de Crateús, Ceará. Em entrevista gravada com a mesma, ela pode trazer um pouco sobre o trabalho do Sindicato junto às trabalhadoras rurais da região, ressaltando a importância da participação da mulher na produção de renda e economia familiar.

Como ferramenta utilizou-se a entrevista semiestruturada por ser uma maneira mais fácil de dialogar e por ser um método mais espontâneo em que o entrevistador faz perguntas pré-determinadas. O intuito foi conhecer o trabalho realizado pelas mulheres no sindicato dos trabalhadores rurais de Crateús. A gravação do programa foi realizada por meio do aplicativo “whatsapp”, uma vez que o isolamento social imposto pela pandemia do Covid-19 não permitia encontros presenciais.

Para o debate do tema “Saúde e bem-estar da mulher” foram abordadas várias

temáticas como atividades físicas, boa alimentação, saúde mental, prevenção de doenças, entre outras. O intuito desse programa foi levar mais informações às mulheres do campo sobre sua saúde, principalmente sobre estratégias de prevenção de doenças e promoção de saúde. Foi utilizado o gravador de voz do smartphone para gravar o quadro para o programa. Todas as produções realizadas foram remotas, tendo em vista o contexto pandêmico.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha da temática “o que é violência psicológica contra mulher?” se deu, pela necessidade de levar às mulheres do campo mais informação sobre o assunto. Bem como, aprofundar a discussão sobre o tema abordado, facilitar o processo de reconhecimento da violência pelas mulheres. Segundo Verardo (2004) é necessário que a mulher consiga perceber e identificar que está vivendo uma situação de violência, mesmo que possa ser difícil se reconhecerem nesse lugar de opressão.

De acordo com o autor acima citado, a inferiorização das mulheres pelos seus companheiros/abusadores, faz com que elas tenham dificuldades para se perceberem em situações de violência, como a psicológica, por exemplo. Atualmente, o tema tem sido amplamente discutido no Senado acerca de sua caracterização, através da PL 741/2021 na qual visa inserir a violência psicológica contra mulheres no código penal brasileiro.

O tema “A importância das mulheres no campo e o seu empoderamento na agricultura familiar”, foi pensado para ressaltar o protagonismo das mulheres no campo e no desenvolvimento rural. Waltz (2016) coloca que o empoderamento feminino no campo, permite que as mulheres se tornem mais ativas financeiramente, tenham um maior poder de compra, e conseqüentemente reduzam sua situação de pobreza.

Este foi um tema muito relevante para as ouvintes, pois, trouxe a valorização e o reconhecimento das mulheres nesse campo de atuação, através de um veículo de comunicação acessível para muitas pessoas. Também ressignificou alguns paradigmas, através da fala de empoderada convidada, que é representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais do município de Crateús-CE, enfatizando que o lugar da mulher, é onde ela quiser! Buscando atingir e quebrar paradigmas e ideias machistas nesse lugar de fala. Bem como fortalecendo as mulheres que já tinham consciência do seu protagonismo no campo, e que enfrentam preconceitos principalmente pelo universo masculino, preponderando o machismo diariamente.

O último tema discutido foi “saúde e bem-estar da mulher”, foi um programa direcionado às mulheres também do campo, onde se apresentou formas de cuidado, com o objetivo de sensibilizar as ouvintes e os demais acerca da importância de cuidar da saúde, tendo a compreensão de que a saúde feminina não gira em torno apenas da gravidez ou parto. Nesta linha de raciocínio, a assistência à saúde da mulher, esteve muito tempo em

torno apenas do processo reprodutivo, entretanto, muito grupos feministas reivindicaram uma saúde holística, pensando no todo, bem como numa saúde também preventiva. (PRATES et al., 2014).

Dessa forma, alguns dos cuidados apresentados aos ouvintes foram: a importância da alimentação, práticas de exercícios físicos, cuidados na higiene íntima, banhos de assento, a necessidade das mulheres buscarem apoio nos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) mais próximas de seus territórios, para realização de alguns exames de prevenção, como mamografia e ginecológicos de rotina. Foi enfatizado a importância de cuidar da saúde mental e também a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

É importante destacar, que todas as informações trazidas para com os cuidados na saúde e bem-estar das mulheres, foi com linguagem acessível e de fácil compreensão. Foi possível registrar um retorno positivo através das informações dos locutores da rádio, das mulheres camponesas e demais ouvintes da rádio.

Foi possível verificar a importância do trabalho dos extensionistas à comunidade, como salienta a autora Albagli (1996, p. 402) “atividades (de divulgação da ciência e tecnologia) podem tanto servir como instrumentos de maior consciência social sobre a atividade científica, seu papel e importância atuais para a sociedade, como podem ser instrumentais para a mistificação da opinião pública sobre a ciência”.

Nesse sentido, contribui para o aprendizado que os descendentes obtiveram, desde a escolha das temáticas, o cuidado com a acessibilidade da linguagem, os recursos tecnológicos utilizados, a adequação ao atual contexto pandêmico vivenciado, e principalmente a experiência real de transmitir informações importantes, de qualidade e de fácil compreensão a comunidade através do rádio.

Vale ressaltar a importância do rádio, sendo um dos primeiros veículos de comunicação que surgiu no mundo, que ainda hoje tem uma grande importância. Segundo Silva et al. (2017) o rádio é um dos meios de comunicação de maior abrangência no Brasil, sendo consumido por mais de 90% da população. Dessa forma, pode-se dizer que o rádio forma uma importante aliança com a educação, pois através dela se pode falar sobre vários assuntos de variadas temáticas, sendo assim, foi utilizado a rádio comunitária para realizar ações de educação em saúde voltadas para mulheres.

É importante ressaltar ainda a linguagem que necessita ser acessível para que possa alcançar todos os ouvintes, como bem traz Silvia et al. (2017) sobre a estratégia de usar o rádio como meio de comunicação é de extrema importância pensar na utilização de uma linguagem apropriada para que se possa compreender o que os interlocutores estão querendo comunicar e dessa maneira poder fazer os ouvintes refletirem sobre suas experiências.

Dessa forma, o programa foi realizado com uma linguagem de fácil entendimento, acessível e o tema abordado de uma maneira leve para não se tornar cansativo e teve uma

excelente aceitação dos apresentadores da rádio, bem como dos demais extensionistas, professoras e ouvintes.

## 4 | CONCLUSÃO

Os resultados do estudo cumpriram com o objetivo, e o grupo Empoderando-se foi capaz de proporcionar aos acadêmicos do curso de bacharelado em Psicologia e Serviço Social a experiência de atuar no enfrentamento da violência contra mulheres através de diálogos em uma rádio comunitária. Ressalta-se que os extensionistas, apesar das limitações de recursos tecnológicos mais avançados, conseguiram adaptar-se diante das dificuldades, e utilizar a rádio comunitária como um veículo estratégico para aplicar ações educativas para a comunidade.

Diante do exposto, foi possível concluir que a rádio comunitária é uma ferramenta potente de comunicação, através dela foi possível informar sobre o conceito de violência contra mulher, a importância das mulheres no campo e o seu empoderamento na agricultura familiar e por último sobre saúde e bem-estar da mulher. São temáticas extremamente pertinentes que devem ser conhecidas e debatidas por todos.

## REFERÊNCIAS:

ALBAGLI, Sarita. **Divulgação científica: informação científica para cidadania**. Ciência da informação, v. 25, n. 3, 1996.

AUGUSTO, C. A.; et al. **Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento de teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011)**. RESR, Piracicaba-SP; Vol. 51, Nº 4, p.745-764.2013.

NASCIMENTO, Daine Ferreira Brazil et al. **Violência contra a mulher no contexto rural**. Brazilian Applied Science Review, v. 3, n. 6, p. 2501-2513, 2019.

PRATES, LisieAlende et al. **O Olhar Feminino Sobre o Cuidado À Saúde Da Mulher Quilombola**. 2015.

SILVA, Benazir Benício et al. **Uso do rádio para educação em saúde: percepção do agente comunitário de saúde**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 41, n. 3, 2017.

VERARDO, M. T. et al. **Estudio sobre salud de lasmujeres y violencia doméstica**. 2004.

WALTZ, Amber. **As mulheres que nos alimentam: Empoderamento de gênero (ou falta dela) no Brasil rural do Brasil**. Journal of Rural Studies V. 47, Parte A, outubro de 2016, pág: 31-40. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0743016716301413?via%3Dihub>> acesso em: 15/07/2021.

# CAPÍTULO 2

## VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA: ESTUDO DOCUMENTAL

*Data de aceite: 01/11/2021*

**Henrique Botelho Moreira**

<http://lattes.cnpq.br/1385300600822312>

**Ana Paula de Assis Sales**

<http://lattes.cnpq.br/6625063988741667>

**Layla Santana Corrêa da Silva**

<http://lattes.cnpq.br/1535929980975024>

**Luciana Virgininia de Paula e Silva Santana**

<http://lattes.cnpq.br/7110775851851747>

**RESUMO:** A violência doméstica é tipificada como aquela que é praticada pelos membros que ocupam um ambiente familiar em comum (BRASIL,2018). Objetivou-se compreender a violência doméstica contra a mulher em idade reprodutiva (15 a 49 anos) nas regiões urbanas da cidade de Campo Grande, por meio da veiculação desta pela mídia. Estudo documental, retrospectivo que teve como fonte de dados às notícias veiculadas nas notícias policiais de um jornal online. Foram incluídas matérias com relato de violência doméstica contra a mulher que ocorreram no período de 1º de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2020. Foi possível elaborar sete categorias para estudo, observados a partir de trechos das notícias do jornal e guiados pela temática de violência doméstica, totalizando 18 notícias, emergindo categorias de acordo com os discursos presentes nas notícias, sendo estas: Protagonismo da mulher para o término de relacionamento; Desfiguração da imagem física da vítima como vingança; Ciúme

como motivação para a agressão; Abuso da lei como forma de punição à mulher; Pandemia como potencializadora da violência doméstica; Feminicídio por arma branca; e Denúncia como forma de prevenção da violência doméstica. A partir desses aspectos, compreende-se a importância de ter profissionais capacitados para atender e identificar casos de violência doméstica, em tempo de intervir e tomar medidas que visem proteger a vítima de novos ataques.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência doméstica; Violência por parceiro íntimo; Saúde da mulher; Cuidados de enfermagem; Capacitação profissional.

### DOMESTIC VIOLENCE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE: A DOCUMENTAL STUDY

**ABSTRACT:** Domestic violence is typified as that practiced by members who occupy a common family environment (BRASIL, 2018). The objective of this study was to understand of domestic violence against women in reproductive age (15 to 49 years) in the urban regions of the city of Campo Grande, through the media.Documental study, a retrospective that had as data source the articles published in the crime section of an online newspaper. We included articles reporting domestic violence against women that occurred from January 1, 2020 to December 31, 2020.It was possible to elaborate seven categories for study, observed from fragments of the articles and guided by the topic of domestic violence, in 18 articles in total, the emerging categories according to the discourses in the news are: Protagonism of the woman in the end of the

relationship; Disfigurement of the victim's physical image as revenge; Jealousy as motivation for aggression; legal system abuse as a form of punishment against women; Pandemic as an amplifier of domestic violence; Femicide by misarm; and denounce as a way of preventing domestic violence. Considering these aspects, it is understood the importance of having professionals trained to assist and identify cases of domestic violence, in time to intervene and take measures to protect the victim from new attacks.

**KEYWORDS:** Domestic violence; Intimate partner violence; Women's health; Nursing care; Professional training.

## INTRODUÇÃO

A violência de gênero, configurada no Brasil como um espectro social, impacta no setor saúde e traz consequências à saúde das mulheres e seus filhos, capaz de alterar o crescimento e desenvolvimento destes, do ponto de vista cognitivo e físico. Produzida a partir de outras violências, se estabelece com maior ou menor intensidade de acordo com a sociedade a qual está vinculada.

Para MINAYO (2003), não se pode estudar a violência fora da sociedade que a produz, sendo esta diretamente relacionada a fatores sócio históricos, econômicos e sociais, culturais e políticos.

Desta forma, a violência e em especial a de gênero, produzida e vivenciada pela sociedade, tem parâmetros que exacerbam a naturalidade atribuída a esta, sendo seus indicadores, quando apresentados estatisticamente considerados de magnitude. No entanto, em casos de violência doméstica, pontuais, tratados como fatalidades, e divulgados pela mídia, tendem a ser prontamente esquecidas e/ou despercebidas, não sendo notado o impacto coletivo desta. Sua percepção se dá em um sentido inverso ao qual deveria ser, já que retrata a sociedade onde o fato ocorreu, deveria então servir de reflexão e engajamento para que tal fato não se banalizasse no cotidiano, diante de outros problemas e visto como de maior urgência social sem importância.

Em 1994, o Brasil sediou a conferência Interamericana Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Belém-PA, 1995), que juntamente com outras convenções internacionais fortaleceram políticas e legislações de proteção a mulher vítimas de violência. Os avanços produzidos e a evolução histórica, mesmo no Brasil, que traz um forte componente relacionado ao patriarcado, influenciou as relações entre homens e mulheres no país, trazendo como premissa que a violência contra a mulher anula o exercício da cidadania e é uma violação dos direitos humanos (GUIMARÃES, 2004).

Para (BRASIL, 2018), "A violência doméstica é tipificada como aquela que é praticada pelos membros que ocupam um ambiente familiar em comum. Pode acontecer entre pessoas com laços de sangue (como pais e filhos) ou unidas de forma civil (como marido e esposa, pai e filha, namorado e namorada)".

No entanto, apesar desta tipificação, e em relação à violência contra a mulher,

os indicadores mostram que a violência doméstica tem se caracterizado pelas relações de poder e uso de força de um homem contra uma mulher, na condição de marido ou companheiro, que agride por não aceitar em geral as escolhas desta (BRASIL,2018).

A violência contra a mulher, exacerba-se no contexto do poder e das relações de gênero e se produz ainda, pelo fato de serem meninas ou mulheres, estarem por esta condição mais vulneráveis a serem vítimas nocivas de atos à sua integralidade física e mental (Guimarães, 2004).

Entretanto, o tema da violência no Brasil, não é exclusivo às mulheres, para o setor saúde tem evoluído como objeto de estudo, desde a década de 1980, considerada uma década estagnada socialmente e onde a criminalidade aumentou em especial os homicídios por armas de fogo, que eclodiram em diferentes cenários desfavoráveis do ponto de vista social e sem presença de estado (BRASIL, 2004).

No decorrer da pandemia de coronavírus-19 percebeu-se que as medidas de distanciamento social adotadas pelos países, para diminuir o contágio do vírus, acarretaram a diminuição do frequentamento de pessoas nos serviços de saúde. Apresentando, desta forma, barreiras relacionadas ao atendimento de pessoas em fragilidade dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), que mantém a vigilância e o apoio necessário para atender essas famílias. Em se tratando de violência doméstica, diversas entidades chamaram atenção para o aumento desta durante o isolamento social, pressupondo que o convívio prolongado, dificuldades financeiras e interrupção de atividades de trabalho e lazer são possíveis explicações para esse acontecimento (REIGADA; SMIDERLE, 2021).

Em documento elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), foi evidenciado que em relação à mortalidade por causas externas, advindas de arma de fogo, a prevalência entre mulheres representava 9% do total de óbitos em relação à mesma causa em homens.

No entanto, outras produções que se aprofundam no assunto, trazem um perfil de violência que se relaciona a gênero e se traduz nos indicadores de morbimortalidade femininos diferentes dos masculinos, a saber: a violência sofrida pelas mulheres configura-se por estar em geral em ambiente doméstico, por ter a vítima em sua grande totalidade uma relação interpessoal com o agressor e muitas vezes ser endêmica do ponto de vista epidemiológico (RAMALHO,2017; JAHANFAR,2014).

Neste sentido, a abordagem a violência doméstica, também traz um caracterização da vítima, em geral são mulheres em idade reprodutiva, na faixa etária entre 15 a 49 anos. Associada a violência doméstica, estas mesmas mulheres podem ser vítimas de violência sexual em seus espaços domésticos culminando em gestação indesejada e IST (infecções sexualmente transmissíveis), ser impedida de usar de métodos contraceptivos de sua escolha, frente a uma gestação apresentar comorbidades físicas e emocionais, como depressão e partos prematuros, sofrer violência patrimonial e social, sendo impedida de convívio com outras pessoas (PUN e tal., 2019).

Neste aspecto, reconhecer a prevalência de violência doméstica de mulheres em



idade reprodutiva é desafio para o setor saúde, considerando que esta impacta nos serviços de saúde, no desenvolvimento da sociedade como um todo, na saúde da mulher e de seus filhos em diferentes contextos e territórios.

Além disso, a notificação compulsória da violência doméstica por profissional de saúde no Brasil, é obrigatória, estando relacionada a sua atuação profissional e encaminhamentos necessários (BRASIL, 2017).

A abordagem a violência doméstica, do ponto de vista epidemiológico deve ser objeto de estudo, para na compreensão do cenário reconhecer a necessidade de fortalecer e aprimorar políticas de apoio à mulher vítima de violência doméstica.

Neste aspecto, o reconhecimento do território e das regiões urbanas de uma cidade, de onde mulheres cotidianamente vivenciam violência, deve ser objeto de estudo para profissionais e pesquisadores em saúde, para que explorem este objeto em diferentes perspectivas e possam contribuir com o setor saúde e demais intersetores, como justiça e educação na eliminação e/ou erradicação desse espectro social.

## MATERIAIS E MÉTODO

Estudo documental, retrospectivo que teve como fonte de dados às notícias veiculadas em um jornal online, mais antigo da capital de uma região centro-oeste, que possui caderno descrito como Cidades, onde são exploradas a veiculação de notícias policiais.

Foram incluídas matérias com relato de violência doméstica contra a mulher que ocorreram no período de 1º de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2020.

Foi realizada por meio do conteúdo descrito na matéria, a saber: título da matéria, motivação para a violência doméstica, caracterização da vítima e do agressor acerca de aspectos sociais, culturais, relato de julgamento da vítima pela mídia, e da circunstância da agressão, demais aspectos que estejam no discurso e foram observados na exploração do material.

Na análise foi utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo Bardin (AC), tal técnica consiste em explorar as comunicações, sejam estas advindas de entrevistas, notícias de jornais, discursos políticos, cartas, anúncios, documentos oficiais, vídeos, fotografias dentre outros, seu uso na pesquisa qualitativa se difundiu a partir de BARDIN (2016).

As fases de análise do material explorado são as descritas conforme (Silva e Fossá, 2015):

- Leitura flutuante: primeira exploração do material, onde se iniciou o reconhecimento do produto da coleta;
- Escolha dos documentos: nesta fase se deu a escolha do material a ser explorado;
- Formulação das hipóteses e objetivos: a partir da leitura inicial dos dados;
- Elaboração de indicadores: a fim de interpretar o material coletado.

As autoras ressaltam que a escolha dos dados a serem analisados, obedeça a orientação das seguintes regras, (BARDIN, 2016; SILVA e FOSSÁ, 2015):

- **Exaustividade:** refere-se à deferência de todos os componentes constitutivos do corpus. (BARDIN, 2016) descreve essa regra, detendo-se no fato de que o ato de exaurir significa não deixar fora da pesquisa qualquer um de seus elementos, sejam quais forem as razões.
- **Representatividade:** no caso da seleção um número muito elevado de dados, pode efetuar-se uma amostra, desde que o material a isto se preste. A amostragem diz-se rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial (BARDIN, 2016).
- **Homogeneidade:** os documentos retidos devem ser homogêneos, obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora dos critérios.
- **Pertinência:** significa verificar se a fonte documental corresponde adequadamente ao objetivo suscitado pela análise (BARDIN, 2016), ou seja, esteja concernente com o que se propõem o estudo.

O artigo atende a legislação de pesquisa realizada com seres humanos 466/2012, considerando que o material utilizado foi resultante de publicação de domínio público disponível em jornal de grande circulação, sendo a interpretação de dados uma responsabilidade dos pesquisadores e em argumentos teóricos construídos nas suas inferências.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da análise dos dados foi possível elaborar sete categorias para o estudo, observados a partir dos trechos das notícias do jornal online e guiados pela temática de violência doméstica, totalizando 18 notícias que puderam ser observadas, emergindo categorias de acordo com os discursos presentes nas notícias, sendo estas: Protagonismo da mulher para o término de relacionamento; Desfiguração da imagem física da vítima como vingança; Ciúme como motivação para a agressão; Abuso da lei como forma de punição à mulher; Pandemia como potencializadora da violência doméstica; Femicídio por arma branca; e Denúncia como forma de prevenção da violência doméstica.

### Categoria 1- Protagonismo da mulher para o término do relacionamento

Essa categoria emergiu a partir dos recortes documentais, que expressaram a situação de aprisionamento da mulher e falta de liberdade em decidir sobre suas escolhas, apresentando a não aceitação do término de relacionamento como desencadeador de violência doméstica, como pode ser observado no trecho descrito a seguir.

**N1:** "Ela havia terminado com o homem, que tem 57 anos, há pouco tempo e

ele não estava aceitando a situação”.

**N15:** “Uma das vítimas que participou do workshop na semana passada quase foi assassinada pelo ex-marido [...] eu já estava separada há dois meses quando ele entrou na minha casa de madrugada e começou a me bater com um pé de cabra. Eu estava dormindo, acordei com as pancadas e demorei para entender se o que estava acontecendo era real ou um pesadelo, relatou a vítima”.

Corroborando com o estudo realizado por Caicedo-Ro et al (2019) que nos achados de sua pesquisa demonstrou como principais motivações para o feminicídio no município de Campinas, que foram o desejo de separação das mulheres de seus companheiros, os ciúmes e o desentendimentos com o companheiro.

Percebe-se, dessa forma, que a violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo é por vezes motivada pelo término de relacionamento, seja no namoro ou no casamento, a possessividade masculina sobre o corpo feminino demonstra a cultura machista que ainda reverbera em meio a sociedade e que ocorre principalmente dentro do domicílio das vítimas, culminando ao feminicídio quando não há intervenções em tempo hábil.

## **Categoria 2- Desfiguração da imagem física da vítima como vingança**

Com relação a essa categoria, foi possível identificar que o agressor usou como forma de vingança a desfiguração da imagem de sua parceira na tentativa de puni-la com o seu desagrado no relacionamento, conforme o trecho das notícias.

**N3:** “Vítima teve cabelo cortado e apresentava ferimentos. Ele mantinha a companheira refém sob ameaça com uma tesoura”.

**N6:** “Homem foi preso, depois de manter a esposa refém em cárcere privado. Ele agrediu com uma paulada no joelho e a ameaçou com uma faca”.

Souza et al (2018) relata em sua pesquisa que a vivência de agressão física por parceiro íntimo atingiu, de tal forma, a vida das participantes do estudo, que lhes deixou marcas que perduram indo além das lesões perceptíveis no corpo físico. E que nessas mulheres a autopercepção da imagem corporal após a experiência de agressão física, gerou mudanças não somente na autoestima, mas também seu equilíbrio emocional que passou a ser afetado.

Nesse íterim, a violência física contra a mulher gerada por meio da desfiguração de sua imagem corporal, principalmente com partes do seu corpo que são suas características sociais mais marcantes, como o cabelo e o rosto, nos demonstram uma forma de agressão marcada pela dominação masculina que visivelmente deixa suas marcas físicas e mentais. Os cortes, socos, pontapés ou outras formas de violência física, geram além da dor e das cicatrizes uma vergonha tanto pessoal, quanto profissional. O sentimento de humilhação não está vinculado apenas ao julgamento externo, mas ao sentimento íntimo de rebaixamento provocado pela agressão (DOURADO, S. M.; NORONHA, C. V., 2015).

### **Categoria 3 - Ciúme como motivação para a agressão**

Essa categoria surge das notícias como um motivo a mais pelo qual a agressão é consumada contra a mulher, sendo usada como justificativa para a violação aos sentimentos e atitudes que a mulher possa ter que desagradem seu parceiro, como pode ser observada a seguir.

**N6:** “As principais motivações dos companheiros ao agredir suas vítimas são ciúmes, sentimento de posse em relação a mulher e machismo aprendido e repassado para a sociedade”

**N13:** “Os autores dos crimes usaram sempre como justificativa [...] a não aceitação do término do relacionamento, sendo que 40% foram vítimas de machismo do parceiro, enquanto 33,33% por ciúmes como sentimento de posse da mulher”.

Outrossim, um estudo transversal de abordagem quantitativa e análise descritiva realizado com 42 mulheres que foram vítimas de violência doméstica em Serra - ES, demonstrou que os principais agressores foram os companheiros e o ciúme (33,3%) foi apontado como principal fator que desencadeou a agressão (LEITE et al, 2015).

Os ciúmes podem estar relacionados à possessividade, muitos homens tratam as mulheres como objeto de sua propriedade (FONSECA et al, 2012). Dessa forma percebe-se que o ciúme sempre surge como uma argumento de motivação para as agressões feitas contra à mulher, propondo que o homem tenha o sentimento de punição e resgate de sua honra viril quando pratica a violência contra sua parceira e quando se sente inseguro no relacionamento.

Ademais, o ciúme é descrito no dicionário da língua portuguesa como: “Sentimento negativo provocado por receio ou suspeita de que a pessoa amada dedique seu interesse e/ou afeto a outrem”, tal sentido na exacerbação deste sentimento, apoiado em outras premissas sociais existentes, é capaz de fomentar ainda mais a violência contra a mulher, romantizado em músicas, poesias e outras manifestações populares, muitas vezes interpretados como um sentimento bom (MICHAELIS, 2021).

### **Categoria 4 - Abuso da lei como forma de punição à mulher**

A categoria emergiu da percepção de que a repressão e uso coercitivo da força por agentes de segurança pública, ultrapassou seus limites, de maneira a causar o abuso de poder e violência voltada contra a mulher tanto por seu parceiro íntimo quanto para abordagens fora do domicílio.

**N5:** “ O guarda atirou na cabeça da ex-namorada e nas costas da amiga quando ela tentou fugir pra dentro do imóvel”.

**N8:** “ Aumento de 471% no número de denúncias de violência policial contra mulheres”.

**N17:** “Fazemos os registros de cada tipo de violência. No que se refere à violência policial, adotamos um marcador específico (uma classificação

própria) e, a partir daí, passamos a receber um volume de denúncias específicas, o que não ocorria anteriormente”.

Não obstante, um estudo realizado com policiais militares do Distrito Federal revelou que o aspecto relacionado ao perfil profissional, na maioria dos policiais que responderam a procedimentos administrativos de sindicância, foi por motivos de violência contra suas parceiras íntimas e já possuíam um maior tempo de serviço na corporação, inclusive com estabilidade funcional com tempo de 21 a 30 anos de serviço (MOURA, L. B. A; CARDOSO, R. B. N, 2018). Partindo desses indícios, percebe-se que agentes de segurança pública no uso da lei, excedem a autoridade que lhes foi concedida por não temerem a punição que possa ocorrer, visto que já estão há bastante tempo na corporação, somado a uma cultura de machismo que ocasiona uma série de violências dentro de casa e que outrora foi aplicada nas ruas, gerando violência contra suas parceiras íntimas ou até mesmo de sua prole.

As corporações militares emergem prioritariamente em nosso país de uma história e realidade vinculada a força e poder do homem fardado, que representa a lei, nos espaços públicos da sociedade. A imagem de bravura e valentia, além dos artifícios de trabalho como o uso de armas letais ou não, de certa forma, oferece a legitimidade percebida pela cultura coletiva do masculino, o exercício da força física e psicológica contra pessoas mais frágeis, neste caso, as mulheres.

A imposição de ordem e disciplina, inculcada na formação destes profissionais, dependendo também do estado psicológico, podem traduzir-se em provocar violência doméstica para suas mulheres e filhos no ambiente domiciliar, tendo consigo a possibilidade real por meio de posse de armas e treinamento para exercício da força em situações ditas indisciplinadas, em provocar dor e sofrimento.

### **Categoria 5- Pandemia como potencializadora da violência doméstica**

Esta categoria apresenta uma exacerbação de notícias na mídia, e traz a pandemia como a potencializadora de problemas sociais tais como o aumento da violência doméstica, sendo um período marcado por distanciamento social e de longa permanência dos parceiros dentro de casa.

**N7:** “Ainda não há um motivo específico que pode ser apontado como causa do aumento de feminicídios no período de isolamento social, mas existem fatores que podem explicar os comportamentos, como a cultura de machismo que não muda nesse período, pelo contrário, pode ser exacerbado e ficar mais intenso, como também a questão de gênero”.

**N8:** “[...] a capital é responsável por cerca de 40% dos feminicídios ocorridos este ano em nosso estado, houve aumento em 25% em relação ao mesmo período do ano passado. Desde o início do isolamento social na capital, o número de casos quase triplicaram”.

**N9:** “O aumento dos casos pode estar relacionado à pandemia do novo coronavírus, quando as mulheres que sofrem violência doméstica ficaram

mais vulneráveis em razão do isolamento social”.

**N11:** “Podemos dizer que esse período particularmente, além de potencializar os fatores de risco já existentes e criar outros tanto peculiares, impõe às mulheres novos obstáculos, por vezes intransponíveis, ao já difícil caminho de denunciar seu agressor”.

**N14:** “De acordo com a ONU, inúmeros fatores da pandemia têm limitado as possibilidades de as vítimas romperem o ciclo de violência. [...] Elas estão, atualmente, ainda mais suscetíveis às agressões e tendo mais dificuldades na hora de socorro, já que as medidas de distanciamento social as levam a ficar, muitas vezes, sob o mesmo teto dos agressores, o que as inibe de prestar queixa”.

**N15:** “O isolamento social em casa com relacionamento abusivo, ou seja, estar ao lado do agressor o tempo todo, com todo um contexto social dentro de casa, faz com que o abusador possa ter maior controle sobre a mulher”.

**N17:** “Segundo a ouvidoria nacional de direitos humanos, já foi registrado um aumento do número de denúncias nos quatro primeiros meses deste ano – especialmente a partir de fevereiro. O que, segundo o ouvidor nacional, se deve à pandemia da Covid-19, que forçou as pessoas em geral a permanecerem mais tempo em casa, o que paradoxalmente, expõe as vítimas ao maior convívio com agressores”.

Não obstante, a pandemia seguida do isolamento social foram os pontos altos para a exacerbação da violência doméstica que já era praticada, a permanência da mulher dentro do domicílio com seu parceiro por mais tempo expôs a fragilidade e maior tempo na convivência diária com o agressor no mesmo ambiente. Além disso, muitas mulheres dependem financeiramente de seus parceiros e precisam cuidar de seus filhos grande parte do dia, não tendo apoio necessário para sair de situações como esta.

No progredir da pandemia do coronavírus, as conformações sociais foram sendo modificadas, além das mortes em massa e da crise sanitária em diversos países, a crise econômica gerou inúmeras mudanças, seja no modo de trabalho (passando a ser remoto ou em meio período), seja no fechamento de empresas que acarretou no aumento de desempregados. Dessa forma, a insatisfação, a ansiedade de ficar mais tempo em casa e dividir as tarefas com a companheira tornou-se um gatilho atroz para a violência disparada contra a mulher, visto que a cultura do patriarcado inferiu este papel da responsabilidade com afazeres domésticos a mulher. Culturalmente, cuidar do lar, tem no feminino uma responsabilidade aceita socialmente. Sendo assim, fazê-lo, pode representar para o homem a “perda” de sua masculinidade e autoridade, o que pode parecer uma fragilidade não internalizada e não aceita. Além da reclusão e perda da liberdade, os homens encontram-se, na pandemia, envolvidos em um cenário de tarefas que não foram ensinados a dominar nem admirar, mas com as quais são repentinamente convocados a se envolver e, talvez, a contribuir igualmente com sua companheira (CORTES et al, 2020).

Dessa forma, infere-se que o poder cultural e a hierarquização ainda é um aspecto global dos homens sobre as mulheres e, em tempos de pandemia pela COVID-19,

é fundamental buscar compreender a instrumentalização do sujeito, a fragilidade e a aniquilação da fonte do poder legítimas as interações humanas mais igualitárias e a consequente perda da condição humana, relacionadas à crescente violência doméstica (SOUSA et al, 2021).

Nesse aspecto, a Atenção Primária à Saúde é um valioso espaço para o acolhimento e reconhecimento das mulheres vulneráveis que sofrem com a violência doméstica, sendo propício para uma avaliação minuciosa e que não tenha julgamentos, apresentando intervenções conjuntas com referência e contrarreferência de outros setores públicos. Dessa forma, uma Unidade Básica de Saúde que tenha profissionais comprometidos com a integralidade do cuidado e com a universalidade de acesso fazem a grande diferença na vida dessas mulheres, podendo construir um relacionamento de confiança entre profissional e mulheres.

Contudo, com a pandemia muitos desses atendimentos foram restritos devido à alta demanda de pacientes com COVID-19, gerando obstáculos na procura e denúncia desse tipo de violência. Esse espaço, além de ser um importante ponto de reconhecimento de violência doméstica também é um local de educação em saúde, na identificação da violência doméstica, na sua prevenção e até mesmo na educação de homens de todas as faixas etárias por meio dos programas de saúde, buscando a promoção de uma sociedade com menos desigualdades de gênero e principalmente cientes dos males da violência doméstica.

### **Categoria 6- Femicídio por arma branca**

A categoria em questão emergiu sobre a frequência dos objetos usados contra a mulher que ocasionaram o feminicídio, nestes recortes foram as armas brancas como facas ou facões e que, comumente, são usadas de forma brutal para ceifar a vida das vítimas, seja após uma discussão ou por motivos torpes.

**N9:** "A vítima tinha 37 anos e foi morta com 19 facadas, os golpes perfuraram os ombros, braços e tórax. De acordo com testemunhas, momentos antes ela foi vista discutindo com um homem".

**N4:** "Suspeito de ter assassinado a mãe, 72 anos, a golpes de facão".

Outro estudo, realizado na cidade de Campinas-SP, caracterizou os feminicídios que ocorreram no ano de 2015, apontando que as vítimas foram mulheres jovens, brancas, com baixa escolaridade, solteiras e/ou com filhos e os agressores foram, principalmente, os companheiros atuais (no momento da morte). Os assassinatos foram na maioria dos casos perpetrados no domicílio da vítima, com arma branca ou de fogo e com expressiva violência (CAICEDO-ROA et al, 2019). Dessa forma, fica evidente que muitos feminicídios são perpetrados dentro do domicílio da vítima e os próprios utensílios domésticos são usados como armas para tirar a vida dessas vítimas que não têm nem tempo de reagir.

As armas brancas tem a característica de desferir golpes com potencial mutilador e

de fácil manuseio. A expressividade da raiva é mais imediata, traz um marco de insensatez que eclode em fúria e transfigura o “objeto” que não aceita e não concorda com o exercício do poder de dominação do masculino para o feminino.

A morte de uma mulher por este tipo de arma costuma ser altamente dolorosa, deformante e de uma animosidade sem precedente. É um crime de ódio, que se apresenta como torpe e que precisa ser execrado das sociedades que buscam igualdade de gênero e cultura da paz.

A relação entre a violência e Cultura da Paz se estabelece a partir do entendimento de que a repressão e punição aos atos violentos não é suficiente para uma transformação do indivíduo (autor/a da violência) e da sociedade. Aquele ser que praticou violência não é em si mesmo a violência: deve ser responsabilizado pelos seus atos, porém deve também ter acesso aos meios para superação daquela condição (BRASIL, 2015).

A ponte entre a cultura da paz e o enfrentamento às violências vem da compreensão de que muitos comportamentos violentos são aprendidos socialmente, não são expressões naturais da humanidade e nem estão associados a determinado gênero ou grupo social (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva, os profissionais da área da saúde têm um importante papel educativo na sociedade, quando o assunto é promover a paz e diminuir as formas de violência, suas habilidades ultrapassam o eixo do cuidar e permeiam a prevenção de situações que possam gerar violência reduzindo seus danos, dedicando sua prática profissional em benefício mútuo e social.

### **Categoria 7- Denúncia como forma de prevenção da violência doméstica**

Essa categoria emergiu do recorte que demonstra a necessidade de se denunciar as violências domésticas, visto que é uma forma de prevenir possíveis complicações e perpetuação deste tipo de violência contra a mulher.

**N6:** “O canal de denúncia online foi lançado recentemente pelo governo do estado , para auxiliar no combate da violência doméstica. A delegada explica que é mais uma ferramenta à disposição das mulheres, em tempo de isolamento é possível receber ajuda sem sair de casa”.

**N10:** “As autoridades reconhecem que a maioria desses acontecimentos seriam evitados se as brigas domésticas, fossem denunciadas logo na primeira ocorrência”.

Apesar de existirem canais de denúncias, em muitas situações as mulheres por conta de medo de represálias e por falta de conhecimento do apoio social existente, permanecem no ciclo da violência por muito tempo e até o fim de suas vidas, algumas acreditando ainda na normalidade de sofrimento e aceitação da situação. Em muitos casos, as vítimas desenvolvem agravos relacionando a saúde mental, como tristeza, depressão, ansiedade. Nesse ponto, o apoio familiar torna-se ainda mais importante, pois os familiares podem trazer segurança a mulher e incentivá-la a prosseguir com as denúncias e se libertar



do ciclo de violência.

Corroborando, Frazão et al (2020) demonstra em seu estudo realizado com 30 mulheres com diagnóstico de depressão, das quais 29 delas sofreram violência de seus parceiros íntimos que quando questionadas acerca das denúncias das agressões sofridas, muitas mulheres afirmaram não ter recebido o suporte necessário das autoridades competentes, tendo as suas queixas negligenciadas e em alguns casos sendo ridicularizadas pelas autoridades. Em contrapartida, outras se recusaram a denunciar os parceiros por medo de retaliações, sobretudo tentativas de homicídio.

Nesse contexto, podemos perceber que mesmo que os órgãos de segurança pública incentivem a denúncia como medida para minimizar a evolução das violências domésticas, fica evidente a necessidade de preparo no atendimento dessas vítimas e de intervir em meio ao atrito conjugal, aplicando medidas eficazes que ponham fim às atitudes agressivas do parceiro íntimo e a proteção das vítimas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível compreender as formas de violência doméstica contra a mulher, que foram veiculadas no jornal local da cidade, pontos importantes como os que levaram o parceiro a praticar determinada violência, as maneiras que a violência foi perpetrada e como são os desfechos desses acontecimentos. Essas informações são necessárias para desmistificar o perfil do agressor e entender suas motivações para praticar tal violência contra suas parceiras, criando medidas de prevenção e educação em saúde para minimizar ações contra a vida das mulheres que se encontram nessa situação.

Inicialmente, as notícias apresentavam maiores detalhes sobre os casos de violência doméstica, mas que pela eclosão da pandemia do coronavírus-19 passaram a ser veiculadas sem maiores detalhes individuais de casos, e sim de forma generalizada. Dessa forma, supõe-se que os casos de violência doméstica aumentaram com o início da pandemia, baseando-se nas notícias veiculadas e nos discursos dos agentes da lei. O isolamento social colocou as mulheres em convívio mais intenso com os possíveis agressores, exacerbando conflitos e vulnerabilidades, redundando em casos de violência doméstica.

A partir desses aspectos, compreende-se a importância de ter profissionais capacitados para atender e conseguir identificar casos de violência doméstica, em tempo de intervir e tomar medidas que visem proteger a vítima de novos ataques. O olhar holístico do profissional da enfermagem e da equipe multidisciplinar, deve ser criterioso no sentido de acolher mulheres que estão vulneráveis a este tipo de violência. As Unidades Básicas de Saúde da Família devem ser uma extensão do cotidiano dessas mulheres em seus territórios, servindo de apoio e ponto de referência em momentos em que elas se sentem fragilizadas. Não obstante, ainda existe uma barreira enorme no rompimento do ciclo da

violência, sofrida por essas mulheres, seja por estigma social e medo de represálias, por falta de apoio familiar que acaba sendo um dos maiores desafios, mas principalmente por viverem em situações de dependência financeira e não terem apoio social suficiente.

Nessa perspectiva, espera-se que o presente estudo possa fomentar novos estudos para o combate e prevenção à violência doméstica contra a mulher e que o setor saúde possa unir forças com outras áreas de conhecimento e órgãos públicos para o manejo e atendimento qualificado desses casos, sensibilizando a luta contra a violência doméstica dentro do aspecto social, tanto no âmbito educacional quanto na saúde, e que essas vítimas tenham a proteção adequada junto as famílias e filhos, que também são vítimas e tem seu desenvolvimento e crescimento afetados. Dessa maneira, as notificações devem ser eficazes e os profissionais que atendem essas mulheres devem dar o apoio necessário, tanto no empoderamento quanto no enfrentamento dessas violências, fazendo com que essa temática transcenda o setor saúde, gerando autonomia da figura feminina e liberdade de viver em uma sociedade justa, onde há igualdade de gênero e a voz da mulher possa ecoar por meio da mudança de paradigma.

## **AGRADECIMENTOS**

A Pró-Reitoria de Pesquisa e Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

## **APOIO**

Este trabalho foi desenvolvido com apoio da Bolsa Insitucional a Iniciação Científica: Edital n. 20 /2020 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

## **REFERÊNCIAS**

Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde.

Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/notificacao-de-violencia-interpessoal>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cultura de Paz**. Governo Federal. Brasília, 2015. [Acessado 26 Junho 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/controle-de-vetores-inseticidas-e-larvicidas/manejo-integrado-de-vetores/922-saude-de-a-a-z/acidentes-e-violencias/17232-cultura-de-paz>

Caicedo-Roa, Monica et al. **Femicídios na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 35, n. 6. São Paulo, 2019. [Acessado 7 Junho 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110718>

Cortes, Laura Ferreira et al. **Desafios na proteção às mulheres em situação de violência no contexto de pandemia da covid-19 / Protection of women in situations of violence in the context of the covid-19 pandemic**. Ciênc. cuid. saúde. 2020. [Acessado 20 Junho 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1122855> DOI 10.4025/ciencucuidsaude.v19i0.54847

Dourado SM, Noronha CV. **Visible and invisible marks: facial injuries suffered by women as the result of acts of domestic violence**. Ciênc Saúde Coletiva. 2015 Sept;20(9): 2911-20. [Acessado 8 Junho 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wjXrtsVWg3rWDQKZjtLMWGH/abstract/?format=html&stop=next&lang=en>

Duarte, Sebastião Junior Henrique, Mamede, Marli Villela, Andrade Sônia Maria Oliveira. **Opções Teórico-Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discursodo Sujeito Coletivo**. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.4, p.620-626, 2009.

Fonseca, Denire Holanda da, Ribeiro, Cristiane Galvão e Leal, Noêmia Soares Barbosa. **Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais**. Psicologia & Sociedade [online]. 2012, v. 24, n. 2 [Acessado 8 Junho 2021], pp. 307-314. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>.

Frazão, Maria Cristina Lins Oliveira et al. **Violência praticada por parceiros íntimos a mulheres com depressão**. REME rev. min. enferm.; 24: e1324, fev.2020. [Acessado 13 Junho 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1135985>

Guimarães Iolanda. **Violência de Gênero**. In: [Lima, Cláudia Araújo de (Coord.) et al. ] **Violência faz mal a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.

Jahanfar S, HowardLM, Medley N. **Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women**.Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD009414. DOI: 10.1002/14651858.CD009414.pub3.

Leite, Franciéle Marabotti Costa et al. **Violência contra a mulher: caracterizando a vítima, a agressão e o autor**. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online); 7(1): 2181-2191, jan.-mar. 2015. [Acessado 8 Junho 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-742441> DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2181-2191

Michaelis. Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. Ciúme. Editora Melhoras Ltda. 2021. [Acessado 25 Junho 2021]. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=O7O5>

Ministério da Saúde. Portaria 1271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria\\_1271\\_06jun2014.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf). Acesso em 04 NOV 2019.

Minayo Maria Cecília de Souza. *Violência sobre o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

Moura, Leides Barroso Azevedo; Cardoso, Renata Braz das Neves. **Homens autores de violências contra parceiras íntimas: estudo com policiais militares do Distrito Federal, Brasil**. *CuidArte, Enferm*; 12(1): 74-80, jan.-jun.2018. [Acessado 9 Junho 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-968888> DOI: 10.5935/1415-2762.20200061

Silva Andressa Hennig , Fossá Maria Ivete Trevisan. Análise de Conteúdo: Exemplo de aplicação da Técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica* ISSN 1677 4280 Vol.17. No 1 (2015).

Sousa, Ildenir Nascimento, Santos Fernanda Campos do, Antonietti Camila Cristine. **Fatores desencadeantes da violência contra a mulher na pandemia COVID-19: Revisão integrativa**. *REVISA*. 2021; 10(1): 51-60. [Acessado 10 Junho 2021]. Disponível em: <http://revistafacsa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/679/582>. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p51a60>

Souza, Anna Paula Lima de et al. **Imagem corporal de mulheres que sofreram violência física / Body image of women who suffered physical violence**. *Rev. enferm. UFPE online*; v.12, n.9, set. 2018. Recife-PE. [Acessado 8 Junho 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-995667>. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a236462p2276-2282-2018>

Ramalho NMG, Ferreira JDL, Lima CLJ de et al. *Violência doméstica contra a mulher gestante*. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(12):4999-5008, dec., 2017 <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22279p4999-5008-2017>

Reigada CL de L, Smiderle C de ASL. **Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS**. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2021. [Acesso 20 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2535>

Trad Leny Bonfim A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [ 3 ]: 777-796, 2009.

# CAPÍTULO 3

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 05/05/2021

**Alice Lopes Travenzoli**

Faculdade Única de Ipatinga  
Ipatinga- MG

**Bárbara Santana Almeida**

Faculdade Única de Ipatinga  
Ipatinga- MG

**Bianka Alvernaz Baldaia**

Faculdade Única de Ipatinga  
Ipatinga- MG

**Danielly Santos Paula**

Faculdade Única de Ipatinga  
Ipatinga- MG

**Hérika Reggiani Melo Stulpen**

Faculdade Única de Ipatinga  
Ipatinga- MG

**Janaína Aparecida Alvarenga**

Faculdade Única de Ipatinga  
Itabira- MG

**Larissa Bartles dos Santos**

Faculdade Única de Ipatinga  
Ipatinga- MG

**Laura Anieli Silva Andrade**

Faculdade Única de Ipatinga  
Ipatinga- MG

**Nilza Leandro da Conceição**

Faculdade Única de Ipatinga  
Ipatinga- MG

**Poliane de Souza dos Santos**

Faculdade Única de Ipatinga  
Ipatinga- MG

**Tayná Tifany Pereira Sabino**

Faculdade Única de Ipatinga  
Ipatinga- MG

**Tatiana Mendes de Ávila Silva**

Faculdade Única de Ipatinga  
Ipatinga- MG

**RESUMO:** A violência sexual é considerada um sério problema de saúde pública por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina. Nesse sentido, o percentual de mulheres que relatam ter sido vítimas de ataque sexual é de 8% no Rio de Janeiro. Caracteriza-se como violência sexual o estupro e o assédio, que são cometidos, na maioria dos casos, por pessoas conhecidas, com vínculo conjugal (marido/companheiro), parentes ou mesmo desconhecidos. Esses tipos de agressões, além de afetar a saúde física e psíquica das vítimas, podem resultar na transmissão de uma doença sexualmente transmissível ou mesmo uma gravidez indesejada. Nos serviços de saúde, a mulher violentada sexualmente necessita de acolhimento, fator fundamental para humanização da assistência à saúde e essencial para que se estabeleça um relacionamento de forma adequada entre o profissional e o paciente. O objetivo deste trabalho é compreender a assistência de enfermagem prestada às mulheres vítimas de violência sexual. Para se

alcançar esse objetivo foram buscados artigos científicos publicados e indexados nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), da Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) nos meses de março a maio de 2021. O enfermeiro é um desses profissionais de maior presença, no cenário do cuidar, sendo um dos primeiros a entrar em contato com a vítima de violência. Assim, ele tenta amenizar o trauma vivido, através de um diálogo direto e de um protocolo assistencial para esse tipo de agressão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência contra mulher, violência sexual, assistência de enfermagem.

## NURSING CARE FOR WOMEN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE

**ABSTRACT:** Sexual violence is considered a serious public health problem as it is one of the main causes of female morbidity and mortality. In this sense, the percentage of women who report having been victims of sexual attack is 8% in Rio de Janeiro. Rape and harassment are characterized as sexual violence, which are committed, in most cases, by acquaintances, with a conjugal bond (husband / partner), relatives or even strangers. These types of aggressions, in addition to affecting the physical and mental health of the victims, can result in the transmission of a sexually transmitted disease or even an unwanted pregnancy. In health services, sexually abused women need care, a fundamental factor for the humanization of health care and essential for establishing an appropriate relationship between the professional and the patient. The objective of this work is to understand the nursing care provided to women victims of sexual violence. To achieve this objective, scientific articles published and indexed in the databases of the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), of the Latin American Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) were searched from March to May 2021. The nurse he is one of those professionals with the greatest presence in the care setting, being one of the first to come into contact with the victim of violence. Thus, he tries to alleviate the trauma experienced, through a direct dialogue and an assistance protocol for this type of aggression.

**KEYWORDS:** Violence against women, sexual violence, nursing care.

## 1 | INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, culturas e religiões, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento social e econômico. Considerando os tipos de violência sofridos pela mulher, a violência sexual é uma das mais frequentes, com sérias implicações sobre a saúde física e mental. (Reis J.M., 2010)

A violência contra a mulher (VCM) pode ser definida como qualquer ato ou comportamento que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, hereditário e moral nas esferas pública e privada (Lei nº 11.340 / 2006). Nesse fenômeno global complexo, a associação de violência física, sexual e psicológica aparece em enredos repetidos e sobrepostos, e a violência emocional e moral coexiste com outras agressões. (GUIMARÃES, 2015).

A violência contra a mulher é uma manifestação da violência de gênero, que é cometida principalmente por parceiros íntimos em um ambiente doméstico, e é chamada de violência doméstica (VD) ou violência doméstica contra a mulher (VDM). As consequências dessa violência podem ser observadas nos níveis individual, familiar e coletivo (OMS, 2010).

O Brasil fez avanços significativos na proteção das mulheres que sofreram violência, como o estabelecimento do Departamento de Polícia para a Proteção da Mulher (DDM). O DDM, exige um cargo dedicado e uma equipe técnica multiprofissional para o apoio a mulher.

O impacto da violência sexual para a saúde sexual e reprodutiva vem das consequências dos traumas físicos, das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da gravidez indesejada. Além disso, acarreta danos psicológicos, os quais produzem efeitos severos e devastadores, muitas vezes irreparáveis para a saúde mental e, até mesmo, para a reinserção social da vítima. Os profissionais da área da saúde que atendem as vítimas de violência sexual devem usar sua experiência e conhecimento científico para esse momento difícil vivido por elas, em que estão precisando de apoio emocional. Salienta-se, ainda, que a inter-relação com a vítima pode ter influência positiva se houver uma assistência humanizada ou negativa, se a relação for discriminatória, estigmatizadora e preconceituosa. (Braga M.F.C., 2010).

No Brasil, a violência contra a mulher ganhou maior visibilidade após a criação da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, instituída com base no caso da Sra. Maria da Penha Fernandes que, durante 15 anos, empenhou-se na luta pela punição de seu agressor, o qual a deixou paraplégica após desferir tiros de revólver contra ela. O fato passou a ser considerado um símbolo na luta contra a violência doméstica, tanto pela relevância do caso como pelo tipo de agressão que, no cenário brasileiro, é relativamente comum. Após esse caso, o Estado Brasileiro passou a responder às demandas de proteção às mulheres em situação de violência de forma mais eficaz - com punições mais severas aos agressores - e a problemática passou a ser definida como um crime específico.

Segundo a Polícia Civil do Distrito Federal, em 2011, os registros policiais de violência contra a mulher identificaram um total de 6.288 mulheres agredidas, com 72% dos atos praticados por pessoas da família dentro da unidade doméstica. Ceilândia, Taguatinga e Planaltina apresentaram as maiores incidências desse tipo de violência, sendo as naturezas criminais de maior frequência as lesões corporais, ameaças e injúrias, nesta ordem. (ALVES, 2012).

A violência é um fato que vem afetando as mulheres cada dia mais, das diversas formas, aumentando o número de mulheres com intenso sofrimento físico e psíquico. Por isso pontuar a violência contra mulher na sociedade atual, demonstrando e encorajando a busca por direitos, traz uma reflexão a respeito da atuação do enfermeiro no cuidado prestado às mulheres vítimas de violência e assim, estabelecer uma relação de cuidado.

O objetivo geral é, compreender a assistência de enfermagem prestada às mulheres vítimas de violência sexual. Objetivos específicos é conceituar violência sexual feminina,

tipos e consequências; estudar os aspectos epidemiológicos da violência sexual feminina; apresentar a legislação vigente sobre a violência sexual; pontuar aspectos importantes da assistência de enfermagem em casos de violência sexual feminina.

## **2 | METODOLOGIA**

Para se alcançar o objetivo da pesquisa, foram buscados artigos científicos publicados e indexados nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), da Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Google Academy nos meses de março e maio de 2021. Assim, inicialmente foi efetivada uma busca sobre violência contra mulher e assistência de enfermagem. Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos que abordassem a temática violência contra mulher, dentro de todas as áreas de interesse da saúde da mulher. Deste modo, foram encontrados alguns artigos referentes, sendo utilizado artigo do ano entre 2010 a 2020. Após a seleção dos artigos realizou-se a leitura a fim de determinar quais realmente fariam parte da pesquisa, depois de selecionados foi realizado a leitura e análise textual para maior aprofundamento sobre o tema.

## **3 | VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL E NO MUNDO**

### **3.1 Conceito de violência sexual**

A violência sexual é um fenômeno que causa insegurança e medo entre as mulheres vítimas, que saem do mundo privado e circulam em locais públicos à noite. Portanto, sua existência e existência foram modificadas. A forma de se expressar durante a convivência profissional e social tem sido afetada, pois o outro lado é sempre uma ameaça, e qualquer pessoa pode tomar uma atitude agressiva a qualquer momento. (DÉBORA, 2010).

Entre as diversas formas de violência, encontra-se a violência sexual, compreendida como toda ação na qual uma pessoa, numa relação de poder, por meio de força física, coerção, sedução ou intimidação psicológica, obriga a outra pessoa a praticar ou submeter-se à relação sexual. Tal prática é considerada crime, mesmo se exercida por um familiar, seja pai, padrasto, companheiro ou marido (LILIANA, 2010).

### **3.2 Epidemiologia da violência sexual da mulher**

No período de 2009 a 2012, foram registrados no DF um total de 1.924 casos suspeitos ou confirmados de violência contra mulheres na faixa etária de 18 a 59 anos, em 31 distritos residenciais. Houve crescimento no número de notificações no período, com exceção do ano de 2010, quando se observou um pequeno declínio em relação ao ano anterior. A média de registros foi igual a 62 notificações por distrito residencial, apresentando um comportamento diverso, desde ausência de notificação na Fercal até 202 casos em



Ceilândia, região com o maior número de registros e responsável por aproximadamente 10% de todas as notificações. Em total, foram identificados 357 casos em 2009 e 763 em 2012, representando um aumento de 113%. (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, o último censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou que a população feminina era de 100,5 milhões e que dessa estimativa cerca de 34,17 sofrem alguma situação de violência (NETTO et al., 2017).

Isso caracteriza uma questão de Saúde Pública, pois envolvem questões culturais em que as mulheres sofrem imposições pelos parceiros íntimos de não frequentarem o meio social no qual elas estão inseridas. Neste sentido, esses fatores culturais impostos pelos parceiros inviabilizam a procura dessas mulheres nos serviços de saúde quanto a assistência social e a justiça. (DUARTE, 2018).

#### **4 | LEGISLAÇÕES E AÇÕES DE PREVENÇÃO CONTRA VIOLÊNCIA SEXUAL FEMININA**

Atualmente, a informação sobre o que é violência sexual, mesmo quando não há estupro, está muito difundida, permitindo que os brasileiros, principalmente as mulheres, as maiores vítimas, conheçam as formas de denúncia e de acesso aos cuidados às consequências deste tipo de agressão. Ao tornar público o tema, o início do trabalho possível de prevenção também se tornou possível. (BRANDÃO, 2017).

A intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque na vida dessas mulheres, e na garantia de seus direitos humanos, haja vista que a maioria tem contato com o sistema de saúde, e que, em algum momento, mesmo que por razão distinta da agressão, essas mulheres terão algum contato com algum profissional. Foram definidas ações integradas para a prevenção e erradicação da violência doméstica contra as mulheres, tais como: Implementação de redes de serviços interinstitucionais, promoção de estudos e estatísticas, avaliação dos resultados, implementação de centros de atendimento multidisciplinar, delegacias especializadas, casas abrigo e realização de campanhas educativas, capacitação permanente dos integrantes dos órgãos envolvidos na questão, celebração de convênios e parcerias e a inclusão de conteúdos de equidade de gênero nos currículos escolares. (ART. 226, § 8º, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL).

A Lei reconhece a obrigação do estado na proteção das mulheres nos espaços público e privado, com políticas de prevenção e atenção frente à violência doméstica e familiar. Diante disso, foi constatado que ainda existem muitas mulheres que não conhecem à verdadeira proteção da Lei Maria Da Penha, aumentando cada vez mais o número de vítimas da violência doméstica. Por ter uma relação direta com essas mulheres em situação de violência nos serviços de saúde, o enfermeiro através de palestras com finalidade de auxiliar estas mulheres possui uma melhor visibilidade e aprimoramento do caso. Cabe ao profissional direcionar sobre as redes de apoio a usuárias assíduas em

situação de violência. Partindo desta premissa o acolhimento é uma ferramenta primordial nas atuações da assistência de enfermagem. E a procura por cuidados de enfermagem neste momento demanda uma atenção motivadora que dê a ela esperança. Pois em se tratando de assistência de enfermagem todas as proporções de cuidado, desde um método científico; estético; individual; autoconhecimento e a ética são fundamentais.

Nesta circunstancia, o enfermeiro juntamente com sua equipe composta por tecnicos, psicologos, medicos, exerce atividades de visibilidade no atendimento as mulheres que passaram por abusos, tendo em vista que esses profissionais são os primeiros a terem contato com as vítimas, acolhendo, orientando, realizando os encaminhamentos necessários e notificando os casos (SILVA, 2020).

A violência contra a mulher é um mal cultural do qual padece não só o Brasil, mas todo o mundo, há séculos. É um tema tratado com muito desconforto e, ainda, com preconceito, tanto entre homens, quanto entre as próprias mulheres. A Convenção reflete a visão de que as mulheres são titulares de todos os direitos e oportunidades que os homens podem exercer; adicionalmente, habilidades e necessidades que decorrem de diferenças biológicas entre os gêneros devem também ser reconhecidas e ajustadas, mas sem eliminar da titularidade das mulheres a igualdade de direitos e oportunidades (PIOVESAN, 2012).

O artigo 7º da Lei Maria da Penha trouxe um rol elencando as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, além de outras: a violência física qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal, a violência psicológica entendida como qualquer conduta que lhe cause danos emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento, a violência sexual entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força. (BARBOSA, 2013).

Violência contra a mulher constitui grave violação aos direitos humanos fundamentais e ofensa à dignidade humana, sendo manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens, limitando total ou parcialmente à mulher o reconhecimento, gozo e exercício de direitos e liberdades, fato que expressamente foi registrado como artigo 6º da Lei Federal nº 11.340/06. (DIAS, 2015).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/06) foi criada em razão de uma recomendação da OEA, para que o Brasil efetuassem uma reforma legislativa para combater definitivamente a violência doméstica no país, isto, após ter sido responsabilizado por negligência e omissão na apuração do delito de violência doméstica. (BARBOSA, 2013).

## **5 | ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Em 24 de novembro de 2003, foi promulgada a Lei nº 10.778, que dispõe sobre a notificação compulsória dos casos de violência sexual contra mulheres que forem

assistidas em instituições de serviços de saúde, seja pública ou privada. Sendo suscetíveis de penalidades instituições ou profissionais que não fizerem a notificação. A notificação é composta por um conjunto de dados que relatam a agressão, depois são lançados no sistema SINAN. Segundo a portaria GM/MS N° 1.271/2014, a notificação pode ser imediata ou semanal. A notificação compulsória imediata (NCI) tem que ser efetuada em 24 horas a partir do conhecimento sobre a ocorrência, pelo meio de comunicação mais rápido possível. Já, a notificação compulsória semanal (NCS) é efetuada em até 7 dias da ocorrência. Todavia, em caso de violência sexual, a notificação é sempre imediata. Para acelerar a assistência, considera-se a quimioprofilaxia em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas, mesmo desconhecendo a sorologia do agressor (DIAS et al, 2020).

Após atendimento médico, a vítima irá até a delegacia fazer o boletim de ocorrência e realizar o exame efetuado pelos peritos, sendo que este pode usar um laudo indireto com base no laudo médico, podendo ser uma prova criminal. O enfermeiro possui um grande papel na promoção, proteção e prevenção em programas, projetos e campanhas nas instituições de saúde. Dessa forma, a notificação dos casos contribui para dados estatísticos e epidemiológicos ajudando a desenvolver programas para auxílios e ações específicas no combate à violência sexual. E também para definir estratégias para acompanhar e dar suporte às vítimas (DIAS et al, 2020).

Os casos de violência contra a mulher são cometidos por homens do convívio pessoal, como: pai, irmão, marido, parentes, companheiro e conhecidos, causando sofrimento, isolamento, doença ou, até mesmo, óbito. Nesse contexto, as detecções dos casos não são fáceis devido a ocorrência ser feita, geralmente, em seus lares, o que dificulta a vítima a fazer a denúncia, mas que podem ser comprovados durante as visitas domiciliares da equipe de saúde. Dessa forma, para uma assistência efetiva a essas vítimas, necessita-se fazer a capacitação dos profissionais de saúde para identificar e prestar a devida assistência a essas mulheres (PAULA et. al, 2019).

Ao buscar o serviço de saúde, a mulher é assistida por uma equipe multiprofissional que planeja o tratamento dos agravos que podem ser imediatos ou a longo prazo, sendo físicos ou psicológicos. Os agravos físicos são: hematomas, lacerações, equimoses, trauma genital e edemas. Já em crianças podem apresentar, também: lesões no reto, períneo, ânus, vagina, lesões extragenitais (escoriações, equimoses) e fraturas da face. Além dos físicos, possui os emocionais que são: pesadelo, pânico, insônia, fobias, sensação de solidão, depressão, transtorno de apetite, cefaleia, uso de drogas (SOUZA; OLIVEIRA; JESUS, 2016).

Os enfermeiros realizam os tratamentos das lesões, prevenções de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), de hepatite B, de gravidez indesejada, além de reduzir o sofrimento, preservar a dignidade e possibilitar uma assistência eficaz, afetiva e humana (LIMA et al, 2021).

Dentre as doenças que podem ocorrer, a infecção pelo HIV é a de maior preocupação, pois não existem comprovações de que os antirretrovirais protejam essa mulher. Por isso, é imprescindível a compreensão da história da vítima, realização da triagem e encaminhamentos, explicação dos riscos de gravidez, infecção por ISTs/HIV e os meios de prevenção existentes. Nesse sentido, a assistência às mulheres vítimas de violência sexual deve ultrapassar condutas e procedimentos, deve estar pautada em cumplicidade, empenho pessoal e ideológico, ou seja, o enfermeiro deve estar bem emocionalmente, deve ter treinamento, fortalecimento, capacitação, técnica. Efetuar uma consulta completa, com exames ginecológicos, descrição minuciosa do conteúdo vaginal, lesões, além de solicitar exames laboratoriais, principalmente voltados para gravidez, preconizar o uso da pílula do dia seguinte e prevenções para o HIV (PAULA, 2019).

O atendimento a essas mulheres deve ser humanizado, no sentido de acolher, ouvir, tocar, fazer a vítima se sentir protegida e segura. Além disso, para efetuar o diagnóstico de violência, deve-se: realizar perguntas adequadas, para conquistar a confiança delas; minimizar os traumas; realizar exames, avaliação e tratamentos eficazes. Portanto, o profissional deve estar habilitado para acolher e desenvolver assistência biopsicossocial (DIAS et al, 2020).

Os instrumentos fundamentais utilizados pelos enfermeiros são: cuidado emocional, toque terapêutico, o corpo, o bom senso, liderança, caráter humanitário, solidariedade, sensibilidade, técnica, relação educativa, psicossociais e psicoespirituais. O Ministério da Saúde também orienta sobre: prevenção de agravos futuros, recursos existentes para o atendimento, grupos de autoajuda, cuidados de enfermagem, atendimento médico, psicológico, serviço social, dentre outros que possam prevenir novos episódios (SOUZA et al, 2016).

Dessa forma, o papel do enfermeiro vai desde o acolhimento, a escuta, reconhecimento e aceitação de diferenças, com respeito de forma universal, respeitando as necessidades humanas básicas, principalmente quando voltadas para a sexualidade de cada mulher (LIMA, 2021).

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, descrevemos a assistência de enfermagem prestada às mulheres vítimas de violência sexual e o que julgariam como ações necessárias para lidar com isso. A violência sexual contra a mulher é uma ação que acontece nos mais diversos níveis sociais. Assim como não existe um perfil para mulher que sofre violência, também não existe um perfil para o agressor. A violência não gera somente as sequelas físicas, mas também gera sequelas psicológicas e sociais. Os riscos envolvidos em cada caso deveriam ser rigorosamente avaliados, oferecendo-se a essas vítimas, a proteção para as DST, e a profilaxia para o HIV. Igual esforço deveria ser promovido para garantir acesso a cuidados

psicológicos contínuos, absolutamente essenciais.

Além disso, mulheres em situação de violência sexual deveriam receber informações claras e completas sobre seus direitos. Saber que ela pode denunciar e não se sentir culpada por essa ação. Não se trata de simples escolha. A eficiência das intervenções depende, principalmente, da precocidade com que elas são instituídas bem como a prevenção desses abusos, que começa, quanto essa mulher se torna consciente, dos seus direitos.

E para que isso aconteça, é necessário, abordar esse tema de uma forma mais evidenciada, tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos órgãos de proteção da mulher. As sobreviventes da violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos de conduta. Esperam receber atenção digna e respeitosa. E cabe a nós, profissionais de saúde, o reconhecimento do importante papel no destino dessas mulheres, para que elas se restabeleçam de seus traumas, para que não abandone o tratamento e acompanhamento, que é necessário, nesse tipo de situação e se sintam, principalmente, acolhidas e seguras novamente.

## REFERÊNCIAS

Alves ES, Oliveira DLLC, Maffaccioli R. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. *Rev Gaucha Enferm.* 2012 set;33(3):141-7

BARBOSA, A. E., CABETTE, E. L. S. Violência contra a mulher - Legislação Nacional e Internacional. Jusbrasil, 2018.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. DIÁRIO OFICIAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, BRASÍLIA (DF), 2012 DEZ 13; SEÇÃO 1:59.

DIAS, C. J. R, SANTOS, M. A. P.; REIS, M. B. B.; MARTINS, P. L. As Diligências da Equipe de Enfermagem em Unidades de Saúde na Assistência da Mulher Vítima de Violência Sexual. *Revista Eletrônica da Reunião Anual de ciência (e-RAC)*, v.10, n.1, 2020.

DUARTE, J.B. Análise do perfil Epidemiológico de Violência Doméstica e Sexual em Vitória de Santo Antão. *Revista Atena*, v.4, p.38, 2018.

GUIMARÃES, M. C. & Pedroza, R. L. (2015). Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 256-266. Epub 00 de maio de 2021. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256> - <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>

LABRONICI, L. M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M. E. C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, v. 44, n. 2, p. 401-406, June 2010.

LIMA, C. S.; ALMEIDA, S. D.; NASCIMENTO, J. C. C.; NOGUEIRA, A. L. F.; COSTA, E. S.; MAGALHÃES, R. O.; SILVA, A. L. C. Assistência de enfermagem frente a mulheres vítimas de violência no Brasil. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, 2021.

MAGALHÃES M.L., NETTO T.L.F., Prevenção de violências e Promoção da Cultura de Paz 1aed. Brasília, Ministério da Saúde, 2010; v15, p6-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

NUNES, M. C. A.; LIMA, R. F. F.; MORAIS, N. A. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 37, n. 4, p. 956-969, Dec. 2017.

OAB SP. Cartilha sobre violência contra a mulher. São Paulo: OAB SP, 2010.

OMS. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva, World Health Organization. Recuperado de [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/9789241564007\\_eng.pdf?ua=1](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf?ua=1).

PAULA, S. S.; FERREIRA, W. F. S.; OLIVEIRA, E. C. A importância da atuação do enfermeiro às vítimas de violência sexual. *Revista Jurídica Uniandrade*, v.30, n.1, 2019.

PEDROSA A.A.G., SERRA A.S.L., BARBOSA A.V., SILVA C.R.N., LIMA C.M.C., ARAÚJO C.L., Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2012; ed. 3 p.126-12.

REIS J.M., LOPES M.B.H.M., HIGA R., BEDONE J.A., Atendimento de Enfermagem as mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Latino-Am. Enfermagem*.2010; v.18, n.4 p.2-8.

SOUZA, M. M. S.; OLIVEIRA, M. V. P.; JESUS, L. K. A. Violência sexual contra a mulher e o papel do enfermeiro, revisão de literatura. *Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT*, v.3, n.3, 2016.

## MATERNIDADE: COMO É EXPERIENCIADA POR MULHERES

*Data de aceite: 01/11/2021*

### **Calúzia Santa Catarina**

Psicóloga, graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)  
Maravilha/SC

### **Chancarlyne Vivian**

Psicóloga e Professora, Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó – SC. Especialista em Avaliação Psicológica pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)  
Maravilha/SC

**RESUMO:** O estudo objetivou analisar o significado da maternidade para mulheres que vivenciam diferentes etapas do processo de ser e tornar-se mãe. De caráter descritivo com abordagem qualitativa, o estudo teve como cenário dois municípios do extremo oeste do estado de Santa Catarina. Participaram seis mulheres com idades entre 23 e 35 anos, sendo duas gestantes, duas em período puerpério e duas com filhos em idades iniciais. A coleta de dados ocorreu entre maio e junho de 2021, por meio de roteiro com entrevista semiestruturada. Os dados, foram interpretados a luz da Análise de Conteúdo. Os resultados notabilizam para a importância de uma rede de apoio à mulher uma vez que a falta de auxílio tanto para a mãe quanto para o filho, somado a falta de suporte emocional para expor seus desconfortos, é um agravante para adoecimentos da mulher. Revelou ainda que a cobrança social sobre a mulher é diferente da

que existe sobre o homem e que a romantização acerca da maternidade pode fazer com que mulheres vivenciem a maternidade da culpa. Tais achados reconhecem a importância de abrir espaços de diálogos para que as mulheres possam verbalizar suas experiências sobre a maternidade real.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mulher, Maternidade, Gestação, Puerpério.

**ABSTRACT:** The study aimed to analyze the meaning of motherhood for women who experience different stages of the process of being and becoming a mother. With a descriptive character with a qualitative approach, the study took place in two cities in the extreme west of the state of Santa Catarina. Six women aged between 23 and 35 years participated, two of them pregnant, two in the puerperium period and two with children at early ages. Data collection took place between May and June 2021, through a script with semi-structured interviews. Data were interpreted in the light of Content Analysis. The results highlight the importance of a support network for women, since the lack of help for both the mother and the child, added to the lack of emotional support to expose their discomforts, is an aggravating factor for the woman's illnesses. It also revealed that the social demand on women is different from that on men and that the romanticization of motherhood can make women experience the motherhood of guilt. These findings recognize the importance of opening spaces for dialogue so that women can verbalize their experiences about real motherhood.

**KEYWORDS:** Women. Maternity. Gestation. Puerperium.

## INTRODUÇÃO

A maternidade é uma experiência complexa, profunda, singular e multifacetada que pressupõe a importância de uma base segura para o saudável desenvolvimento emocional e mental da criança. Bowlby (1989), dialoga sobre a Teoria do Apego, afirmando que a relação entre a mãe e o bebê deve estar baseada em acessibilidade e confiança para que a criança se sinta segura, ou seja, o bebê precisa saber que a sua mãe é acessível e confiável, se essas condições forem atendidas, é mais provável que a criança desenvolva confiança e segurança para explorar o mundo.

A maternidade e o período puerpério implicam em inúmeras mudanças na vida da mulher, dentre elas o seu corpo. Após o nascimento do bebê sua rotina será diferente, os horários de alimentação, banho e sono precisarão ser adaptados aos horários do bebê, pois agora tem alguém que demanda cuidados e depende dela. Mesmo com tantas mudanças em sua vida e rotina, a mulher não se sente confortável em manifestar qualquer insatisfação devido à cobrança social que existe sobre ela; espera-se que ela esboce alegria e satisfação em todos os momentos, pois do contrário não é uma boa mãe (Bernardes César & Loures & Andrade, 2019).

Tendo em vista os impactos que a relação inicial pode ter na vida da criança, na formação da sua personalidade e as transformações que ter um filho traz à vida da mulher, torna-se necessário investigar o que leva a mulher a optar pela maternidade. Se trata de um desejo inerente ou para satisfazer o desejo do parceiro, da sua família estendida ou devido a cobrança social, além de buscar entender como é vivenciado o momento da gestação, o período puerpério e a fase em que as crianças se encontram em idades iniciais; considerando o fato que a maternidade é romantizada, fazendo com que a mulher se sinta obrigada a gostar desse período, por vezes não encontrando apoio social para expor os seus desconfortos (Colares & Martins, 2016).

Diante disso, o estudo buscou analisar o significado da maternidade para mulheres que vivenciam diferentes etapas do processo de ser mãe, desde o planejamento até o momento em que o filho se encontra em idades iniciais. Além disso, investigar em que momento da vida da mulher ocorre a decisão pela maternidade, entender, como é a maternidade na prática, considerando a gestação, o período puerpério e as idades iniciais dos filhos, compreender, a partir das experiências das mulheres a realização pessoal trazida pela maternidade e apreender se as mulheres conseguem conciliar a maternidade a outros projetos pessoais.

## MÉTODO

De caráter descritivo com abordagem qualitativa, o estudo visou compreender a



intensidade dos fenômenos, além de interpretar e penetrar nos significados que os atores compartilham na vivência de sua realidade. A pesquisa qualitativa possibilita técnicas de interpretação que devem ser aplicadas ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produzidas a partir da compreensão que os humanos fazem a respeito de si mesmo e da realidade em que estão inseridos (Minayo, 2014).

Com o objetivo de compreender o sentido da maternidade para as mulheres, os dados foram coletados por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado, que permitiu as participantes a expressão, bem como as percepções e sentimentos no que tange a maternidade.

A coleta de dados foi conduzida em duas etapas: a primeira consistiu em contatar por conveniência mulheres que se encaixaram nos objetivos da pesquisa, e a segunda foi a entrevista semiestruturada individual. Para a realização das entrevistas, as participantes foram consultadas quanto ao local e horário de disponibilidade. Estas foram realizadas em um único encontro, agendado antecipadamente, e o tempo de cada entrevista durou em média uma hora. Após o aceite, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, a entrevista foi gravada com o consentimento da participante, através da assinatura do Termo de Uso de Gravação de Voz e posteriormente, foram transcritas na íntegra, para melhor qualidade de análise dos dados. A entrevista foi realizada com o objetivo de compreender sentimentos e favorecer a livre expressão da participante.

Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo (Bardin, 2016), que consiste em um conjunto de instrumentos com bases metodológicas que podem estar em constante mudança e aperfeiçoamento. Uma análise de conteúdo não deixa de ser uma análise de significados, ela pode ser rica na comunicação e nas interpretações. Este método procura conhecer aquilo que está por trás do significado das palavras, sendo que, por intermédio das técnicas de análise de conteúdo, é possível interpretar as formas de comunicação, levando-se em consideração a análise dos significantes presentes.

Ainda, a pesquisa cumpriu integralmente as Resoluções nº 466 e nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, com todos os princípios éticos sugeridos em pesquisas com seres humanos. Desse modo, a proposta de investigação foi submetida e aprovada conforme parecer nº. 4.692.669 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. Além disso, foram seguidas todas as orientações dos protocolos de segurança da COVID-19.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O cenário do estudo foram dois municípios do extremo Oeste do Estado de Santa Catarina, denominados como municípios 1 e 2. Participaram do estudo seis mulheres que

receberam nomes fictícios. Amanda, 23 anos, residente do município 1, tem um filho de 8 meses, na gestação deste filho Amanda estava grávida de gêmeos, mas acabou sofrendo um aborto espontâneo de um dos fetos. Mirian, 35 anos, residente do município 1, é mãe de duas crianças com idades entre 28 dias e 13 anos, participou do estudo considerando o período puerpério, pelo qual estava passando. Kelin, 27 anos, residente do município 1, é mãe de duas meninas com idades entre 2 e 8 anos, foi convidada para participar do estudo, por ter uma das filhas em idade inicial. Andi, 35 anos, residente do município 2, gestante e mãe de uma criança de 4 anos, participou do estudo por estar em período gestacional. Bia, 31 anos, residente do município 2, gestante e mãe de um adolescente de 14 anos, foi convidada a participar do estudo por estar gestante. Sabrina, 30 anos, residente do município 2, tem um filho com 20 dias, participou do estudo por estar em período puerpério.

Diante dos resultados apontados pelas entrevistas, a discussão foi dividida em três categorias de análise: Representação e sentido da maternidade, Desejo pela maternidade e Puerpério e suas implicações no desenvolvimento da mãe e da criança.

### ***Representação e sentido da maternidade***

No início do século XIX, evidencia-se a exaltação social da maternidade e da maternagem. Quanto mais responsabilidades a mulher assumia dentro do lar como mãe e educadora, maior era o status adquirido na sociedade, que valorizava o devotamento e sacrifício em benefício dos filhos e da família (Gradwohl *et al.*, 2014). Esse desejo por ocupar esse status social, pode auxiliar as entrevistadas a explicarem qual é o sentido da maternidade, uma vez que elas não sabem nomear:

*Eu não sei te explicar qual é o sentido da maternidade, para mim não tem sentido, é uma bagunça boa. É uma bipolaridade: assim como você está feliz daqui a pouco você já chora, mas logo já está feliz de novo, e passa. A maternidade é muito sentimento embaralhado. Não tem sentido, eu acho que não tem sentido, é um misto de tantos sentimentos que tu não sabe o que explicar (Mirian, 35 anos).*

Durante a história da humanidade a atribuição das mulheres foi criada pela sociedade, espera-se que elas tenham filhos, se dediquem quase que exclusivamente a eles e os amem acima e apesar de tudo. Tal atributo coloca as mulheres como submissas sem poder decidir sobre o seu corpo e pensamento. Exige-se ainda que a mulheres sejam boas mães, sacrifique-se em favor do filho, a todo momento e situação ofereça amor e afeto ao filho, que sejam perfeitas no desempenho de determinada função, mas pode ocorrer de uma mãe não viver, principalmente durante a gestação e o puerpério, tais sentimentos, podendo ocorrer sentimentos contraditórios àqueles que a sociedade impõe, dessa forma a mulher-mãe se vê diante do ideal e vivido por ela (Beauvoir, 2009; Andrade, 2021; Pommé, 2021). O que fica evidente na fala abaixo:

*Ããã é uma coisa que eu até pensei: cadê aquele amor que todo mundo*

*me dizia que ia ter, cadê aquilo que nossa, é o amor maior do mundo, não estou sentindo, será que eu estou estragada? Será que eu estou errada? E realmente, vai construindo sabe? E é só tu vivendo pra ti saber como é que é, sabe?(Amanda, 23 anos).*

Logo, quando nasce um bebê, nasce uma mãe também e ambos estarão envolvidos em uma enxurrada de emoções e todas as vicissitudes do novo (Pommé, 2021), ou seja, a mulher não nasce pronta para a maternidade e/ou maternagem, como mostra a fala abaixo, ela se constitui através e na relação com o filho.

*Não nasce pronta, e não é porque teve filho que é mãe; às vezes a pessoa teve o filho, mas ela não dá o básico, não dá amor, não dá limite, não dá atenção, sei lá, já daí tu percebe que não é toda mulher que nasceu para ser mãe. Conforme o filho vai crescendo, tu vai aprendendo, vai convivendo, vai aprendendo a ser mãe. Você aprende ser mãe na prática (Kelin, 27 anos).*

No Brasil do final do século XIX, a ação médica sobre a família projetou nas mulheres a obrigação da amamentação também visando à diminuição da mortalidade infantil, mas para concretizar o projeto progressista republicano. A medicina social, então, atuou para modificar a conduta física, moral e sexual da família burguesa, com foco na orientação do papel da mulher-mãe, colocada como responsável pela sobrevivência e instrução das futuras gerações brasileiras (Bernardes César *et al.*, 2019; Cordeiro, 2021). Mas na maternidade real pode acontecer de algumas mulheres não obterem êxito na amamentação, como relata a participante abaixo.

*Daí o meu filho chorava muito, não conseguia pegar o peito, eu não tinha o mamilo formado, sabe? Daí foi bem difícil, eu não consegui amamentar porque eu não tinha mamilo, fiz de tudo, mas eu não conseguia, até puxar o mamilo com seringa eu puxava, meu Deus! Eu tinha muito leite, me deu mastite, foi a pior fase pra mim, pior fase foi essa de tentar amamentar, sabe? (Bia, 31 anos).*

A mulher sofre hoje as pressões de um momento histórico de transição, não estamos nem na época em que mulheres se fechavam em seus lares para exercer a maternidade, mas também não saímos dela por completo, pois todas as pressões, manuais, ideologias e discursos acarretam em uma mãe receosa de suas capacidades e culpada por não atingir a perfeição da maternidade (Badinter, 2011; Gradwohl *et al.*, 2014; Cordeiro, 2021). Não há a possibilidade de abordar o tema maternidade e não o relacionar com as questões em torno das relações de gênero. A discussão pode ter início na diferença de cobrança com relação à maternidade entre o homem e a mulher, pois espera-se da mulher que em algum momento ela seja mãe, mas não se cobra do homem quando ele será pai ou que se prepare para tal função. Ainda que por meio de movimentos como o feminismo muito se tem avançado, as mulheres precisam justificar suas escolhas e o homem não (Andrade, 2021; Cordeiro, 2021; Chingore, 2021). Tal diferença fica evidente na fala da Bia, 31 anos:

*É muito diferente; tipo o homem parece: ããã ele tem um filho não importa se ele sai numa balada digamos, a mulher: ããã tem um filho, vai deixar o filho*

*jogado? Vai putia né, meu Deus! [...] Eles podem né e a mulher é vagabunda né. [...] Ele acha que vim e dar presente está tudo perfeito, pagar pensão está tudo certo, os 350,00 reais que ele me paga, ele acha que eu faço horrores com esse dinheiro (Bia, 31 anos).*

A maternagem muda de forma definitiva à condição de mulher para mãe. A mulher que tinha controle sob atividades diárias e rotineiras a partir da maternagem precisa readequar sua rotina a partir das demandas do filho. Muitas mulheres sentem intensamente as mudanças que os cuidados com seu bebê demandam. Mulheres com sono, exaustas, irritadas, indagando o que acontece em suas vidas, pois as decisões não incluem somente as suas necessidades. Sentimentos de tristeza, desconforto, desesperança aliados a um corpo físico muitas vezes exausto costumam fazer calar a mulher-mãe. Sentindo-se sozinha, por não conseguir falar nem com as pessoas próximas sobre a forma como está vivenciando a maternagem acaba por considerar que o que está sentindo é errado (Cordeiro, 2021). Como explica a próxima participante:

*Esses dias eu reclamei que faz meses que eu não durmo a noite toda e o fulano me falou: quem mandou fazer? Na hora de fazer foi bom! Eu tenho enjoo: quem mandou engravidar? Eu tenho não sei o que: é chilique! [...] Quando eu conto que ele chora, que ele não dormiu, me falam assim: âãã pensa que ele está vivo, que tu tem ele. Mas não é assim, não tem que estar tudo bem porque ele está vivo, sabe? É uma construção que as pessoas criaram de que tu fez, tu se vira né (Amanda, 23 anos).*

A violência contra a mulher, na perspectiva de gênero, ou violência conjugal, é definida como o uso da força física ou verbal que afeta e prejudica a vida da mulher, seja no aspecto físico, emocional e/ou sexual. Concomitante a isso a coerção é utilizada como elemento de perpetuação para a subordinação da mulher, frisando que o autor desse agravo é o parceiro, cuja qual a mulher estabeleceu ou estabelece relação íntima. Com certeza a violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública que deve ser confrontado, contudo ao ocorrer em um momento de fragilidade física e emocional, como na gestação e/ou no puerpério, exige atenção especial dos serviços de saúde, pois esse agravo pode desencadear danos para a saúde da mãe e do filho (Barbosa, 2015; Siqueira & Silva, 2021). A próxima fala demonstra uma das várias formas de coerção que podem acontecer.

*Mas tem uma coisa que é bem chata [...], eu não tinha vontade de ter relação durante a gestação, acho que eu estava tão ruim de tanto vomitar [...], só que homem eles sentem falta, então muitas vezes ele me cobrava [...] eu me senti mal com essa cobrança, mas paciência, daí eu fingia que estava tudo bem [...]; sei lá eu penava que eu queria curtir minha gravidez, não queria saber disso [...] (Sabrina, 30 anos).*

Todas as mulheres sofrem um processo de dupla opressão pelo capital, perante os homens e, ainda, perante o conjunto da sociedade e do estado, o qual as deixa em uma posição de subordinação, discriminação e dependência, constituindo-se em produtoras

subordinadas ao capital e sujeitas ao poder patriarcal, pela dominação masculina, como se a mulher fosse obrigada a servir o marido (Chingore, 2021). A próxima fala evidencia que a sociedade em geral julga que a mulher deve ser subordinada ao marido.

*Ele tinha refluxo, eu tinha muito medo de deixar ele sozinho, aí eu comecei a dormir no quarto ao lado do nosso, que eu fiz para ele; e eu comecei a deixar o meu esposo sozinho, aí o meu médico disse assim: porque que você está fazendo isso? [...] o teu marido também precisa de você, você vai voltar, você vai dormir na tua cama com o teu marido, tu pode até colocar o berço do teu filho perto de vocês, mas você não vai mais dormir no outro quarto, por que você é uma mulher casada, você tem que cuidar do teu marido também, o teu marido também precisa de atenção. Aí você: OPA! Está errado isso que eu estou fazendo (Mirian, 35 anos).*

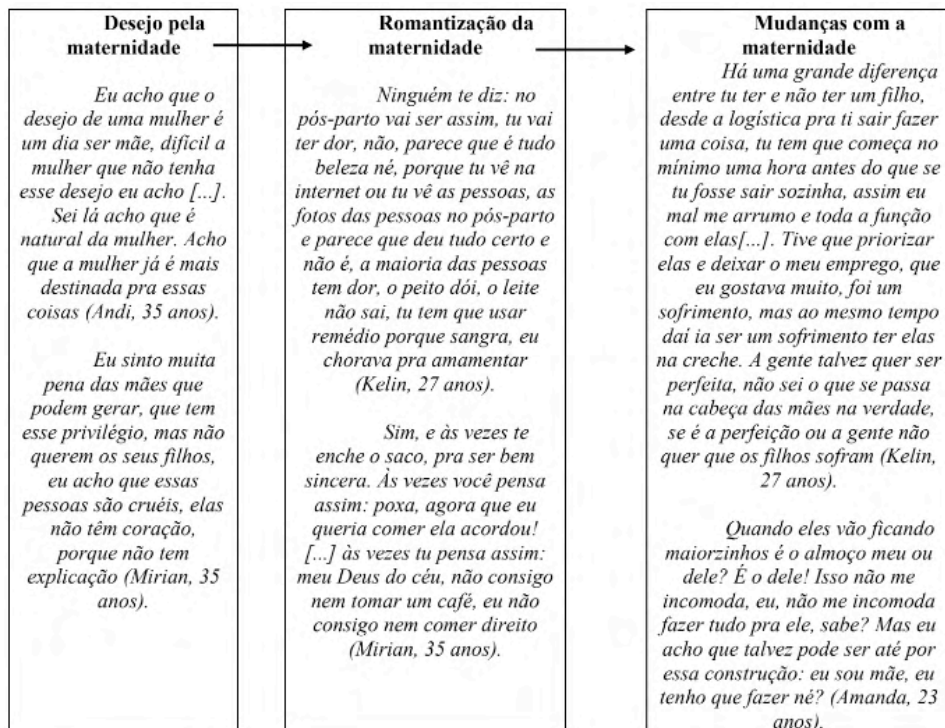
A criança que vem ao mundo já vivencia e aprende através do olhar masculino. A menina, particularmente, se enxerga de forma inferior através dessa perspectiva. Beauvoir (2009, p. 283), afirma: “Tudo contribui para confirmar essa hierarquia aos olhos da menina. Sua cultura histórica, literária, as canções, as lendas com que a embalam são uma exaltação do homem”. A autora demonstra alguns exemplos da cultura ocidental através dos contos de princesas onde a menina vive feliz para sempre apenas ao encontrar um príncipe com quem se casa. A partir de Beauvoir, observou-se que o que muitas vezes se percebe como a origem da opressão, na verdade é apenas uma das marcas da opressão, que se torna naturalizada através dos mitos da mulher. Desse modo, “mulher” seria o produto de uma relação homem/mulher. Não haveria um ser individual “mulher”, mas essa seria uma categoria política e econômica estabelecida por uma sociedade cujo poder é marcadamente masculino (Bensusan, 2020; Andrade, 2021; Chingore, 2021).

### ***Desejo pela maternidade***

O cenário atual é marcado por uma diversidade de possibilidades para a vida da mulher, com a inserção desta no mercado de trabalho e uma participação mais ativa na vida pública. Diversos movimentos de mulheres têm levado pesquisadores a refletirem sobre o ser mulher na contemporaneidade. Assim, a decisão por não ter filhos acaba por indagar um lugar socialmente construído para a mulher, que está atrelado à maternidade (Andrade, 2021; Bartasso & Rosa, 2021; Cordeiro, 2021).

Manifestações sociais acabam por constituir e frisar o papel da mulher como mãe ao longo de toda a história. A literatura, por exemplo, traz uma imagem romantizada da mulher-mãe como sendo sempre feliz e realizada, assim qualquer mulher que se negue a desejar um filho está fugindo de sua essência, indagando o que está instituído como característica inata da mulher. Tais discursos, provocam sofrimento mental e psicológico às mulheres que encontram dificuldades ao engravidar e nos períodos que sucedem a gravidez, fazendo questionar-se sobre o que estaria errado com elas (Bernardes César *et al.*, 2019; Siqueira & Silva, 2021).

Ao tornar-se mãe a mulher precisa conciliar a maternidade à vida profissional, as tarefas da casa e a vida amorosa e/ou conjugal, isso tudo em meio a um luto. Pode-se afirmar que a maternidade inclui um luto da subjetividade da mulher-mãe, uma constante demanda por abrir mão das suas necessidades para cuidar de outra pessoa (Andrade, 2021; Pommé, 2021).



Fonte: elaboração das autoras (2021).

Ao tentar conciliar a maternidade à vida profissional, dá-se início a outra preocupação: onde deixar os filhos. Algumas mães tem êxito, outras precisam abrir mão do seu trabalho, para cuidar dos filhos. Para o desempenho de tarefas fora de suas residências, as mulheres possuindo ou não equipamentos sociais, contaram, para as demandas da casa, com o suporte de outras mulheres, estabelecendo assim redes sociais pouco estudadas, com perdas de direitos sociais para muitas delas. As creches no Brasil, hoje poucas, precárias ou caras, associada aos dados do censo de 2000 sobre o trabalho feminino demonstram a extensão dessas redes e os nexos entre a história de cuidados domésticos e os serviços sociais. Por séculos, sofridos adestramentos para a criação cotidiana de tempo, ou seja, a forma de organizar as tarefas da reprodução a seu encargo e escapar delas quando desejado, levaram as mulheres a buscar as vantagens da contracepção. Os significados das lutas feministas e de seus limites ampliam-se no exame dessa experiência em particular (Chingore, 2021).

A ampla adesão às práticas de controle da natalidade pode traduzir o desejo das mulheres em conquistar um tempo aplicável às demandas femininas de sair, reduzir a carga de obrigações e reprogramar o tempo destinado a casa. Agora, porém, as lutas feministas por direitos reprodutivos, quando estendem o direito de controle da concepção a todas as mulheres, redefinem o ideal do igualitarismo (Badinter, 2011; Andrade, 2021).

### ***Puerpério e suas implicações no desenvolvimento da mãe e da criança***

Mães e/ou profissionais que optam pelo parto domiciliar, são vistas como inconsequentes e adeptas de um modismo pelos profissionais da medicina, logo, ao adentrarem nos hospitais após não terem tido êxito ao tentarem o parto em casa, são expostas a situações violentas e constrangedoras. Para alguns autores, a violência à parturiente abrange desde a negligência na assistência, violência verbal, discriminação social, até a violência física. Para outros, a violência também se manifesta no uso inapropriado de tecnologia, com intervenções e procedimentos dispensáveis (Sanfelice *et al.*, 2014; Luz & Gico, 2015; Matão *et al.*, 2016). A fala a seguir aponta para situações de violências que a mulher pode ser exposta por profissionais da saúde.

*Daí lá, antes de me anestesiarem, o anestesista disse: [...] tu estava tentando parto domiciliar? Eu disse não, eu não imaginava que era líquido [...] daí o pediatra me disse assim: tu sabe muito bem o que tu fez! Tipo: [...] tu foi ficando em casa, perdendo líquido, mas eu não fiz por gosto, eu não queria parto domiciliar, eu não queria esperar ela entrar em trabalho de parto, sabe? Meu aquilo lá me doeu tanto quando ele falou isso, tanto, tanto, mas paciência (Sabrina, 30 anos).*

Estudos revelam que a realização de cesarianas primárias eletivas terá implicações no aumento da morbidade materna, acarretando um risco até três vezes maior de mortalidade materna e aumentando o risco de placenta prévia, placenta acreta, rotura uterina e histerectomia periparto, em gravidezes subsequentes. constatou-se, que em mulheres cuja parto foi de cesariana a possibilidade de início do aleitamento materno exclusivo é inferior. Devido a isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera injustificável a existência de taxas de cesarianas superiores a 15%, visto que existem evidências que taxas superiores não estão associadas à redução adicional da morbimortalidade materno-fetal. Porém, tem-se assistido a um aumento consecutivo e sustentado das taxas de cesariana a nível mundial, tanto em países desenvolvidos como naqueles em vias de desenvolvimento (Luz & Gico, 2015; Matão *et al.*, 2016). O próximo relato confirma o que a literatura traz sobre a alta incidência de cesarianas.

Quando eu tive o meu menino, primeiro o parto né, que foi um parto que eu não queria ter tido, que eu não queria ter feito cesárea, e eu fui induzida a fazer

cesárea por falta de informação, desde aí começa né, meu obstetra nunca disse pra mim assim: vamos tentar parto? Em nenhum momento, sempre: vai ser cesárea, tem que ser cesárea (Amanda, 23 anos).

As principais mudanças ocorridas no organismo feminino no puerpério podem ser definidas como: o útero irá diminuir de volume, a região do períneo ficará edemaciada e cianosada, o que irá desaparecer até o final do puerpério e as mamas estarão aptas para amamentar. Neste período é provável que ocorram mudanças psicológicas como medo e depressão, podendo surgir também mudanças na pressão arterial e batimentos cardíacos. Este período se divide em três: puerpério imediato, puerpério tardio e puerpério remoto (Matias *et al.*, 2021). As alterações psicológicas são apontadas na fala da Mirian, 35 anos:

*Ainda sobre o vazio que eu senti: tu comia ela comia, tu não precisava se preocupar, estava protegido por você, aí você sai do hospital, não tem mais aquilo, está vazio, tua barriga está vazia, os teus órgãos estão tudo voltando para o lugar, tu imagina só que mudança corporal (Mirian, 35 anos).*

O período puerperal imediato conceitua-se numa fase de estresse fisiológico e psicológico significativos. A fadiga causada pelo trabalho de parto, a perda de sangue durante o nascimento do bebê e outras condições desencadeadas pelo nascimento podem causar complicações. De grande preocupação no pós-parto, o distúrbio psiquiátrico, em geral, começa dentro de quatro semanas após o parto e se evidencia por labilidade emocional e desilusões, frequentemente em torno do recém-nascido (Matias *et al.*, 2021; Nery *et al.*, 2021). Conforme ilustra a fala abaixo:

*Daí tu sangra, tu não aguentas mais usar absorvente; e daí passa os 40 dias, daí tu respira, volta a se olhar, tu voltas ter um pouco de libido, daí o marido te procura, mas com medo né, [...] tu precisas se achar no meio de toda aquela bagunça na tua casa (Mirian, 35 anos).*

A assistência cuidadosa de profissionais a díade mãe-filho no puerpério, seja no ambiente hospitalar como no ambiente doméstico, após a alta, é fundamental para reduzir a morbimortalidade materno-infantil, e assim as consequências dessa sobre a qualidade de vida de mães, crianças e famílias. Um estudo publicado em 2009, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Banco Mundial, aferiu que em 2005, aproximadamente 536.000 mulheres no mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, considerando que, predominantemente, esses óbitos ocorreram nos países em desenvolvimento (Sanfelice, 2014). Mirian, 35 anos, explica as complicações que teve em virtude da falta de cuidado durante o puerpério:

*Eu comecei a passar pano, lavar roupa, tudo antes de acabar os 40 dias, isso o que me causou? Aderência, porque não é o certo você fazer o serviço antes de acabar os 40 dias, você não pode se abaixar, você não pode ir na frente de um fogão cozinhar [...]. Mas a questão do vazio, essa pegou firme, essa bateu firme, porque **tu volta do hospital vazia de tudo, vazia de atenção, vazia de carinho, vazia de tudo, a tua barriga tá vazia, tu se sente***



*vazia né (grifo da autora), tu se sente perdida na verdade porque agora você tem que cuidar de você e você tem que cuidar daquela pessoinha pequeninha que depende de você.*

O pós-parto institui o período em que as manifestações psicopatológicas podem se manifestar, sendo uma fase de elevado risco para a saúde mental da mulher. A gestação e o puerpério trazem mudanças corpóreas às mulheres, o que pode interferir na autoimagem e afetar na sua autoestima. A autoestima pode interferir diretamente no emocional, durante o puerpério, fazendo com que surjam oscilações de humor, decorrentes das adaptações e estresse a que a mulher se encontra (Nery *et al.*, 2021). Na fala a seguir, a participante explica como foi a sua experiência, com relação a autoestima.

*Aí no segundo mês, tu começa a ver que não é só aquilo ali que existe, aí tu pensa: não eu preciso ir no salão cortar o cabelo, eu preciso me depilar, eu preciso fazer uma maquiagem. Tu começa a ver que deu aquilo ali, pronto, nasceu, está tudo bem, está tudo certinho, aí você olha de volta para você, aí tu vai se olhar no espelho (Mirian, 35 anos).*

O nascimento de uma criança, em especial do primeiro filho, tem sido considerado por alguns autores (Goldschmidt, 2019), como propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais, como depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas. A depressão comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres. Esses sintomas incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações (Chingore, 2021). Na próxima fala a participante relata os sentimentos contraditórios que a maternidade real pode despertar.

*A maternidade em si, da criança depender só de você é uma mistura de amor e ódio, no meu caso, eu amo ele, mas foi muito difícil; tanto que eu sempre falo com ele, eu digo assim sempre, no pezinho do ouvido dele: filho, toda noite: me desculpa por tudo o que a mamãe fez, tudo o que a mamãe pensou, me desculpa, mas eu te amo, eu teria você mil vezes, milhões de vezes, sabe? Mas me desculpa por tudo o que a mamãe pensou, eu teria você sempre, sabe? (Amanda, 23 anos).*

Os fatores mais referidos como desencadeadores da depressão pós-parto são as condições sociais impostas às mulheres, que não têm apoio familiar para enfrentar esses infortúnios. É difícil para a família e para a própria puérpera reconhecer que está com depressão pós-parto, podendo interpretar a sintomatologia de forma errônea. A falta de espaços relacionais dialógicos, afeta a produção de recursos subjetivos para lidar de maneira saudável com a experiência da maternidade, incidindo na aceitação das normativas cultivadas socialmente sobre como deve ser uma mãe. Assim a depressão pós-parto não

deve ser restringida a aspectos biológicos. É preciso discorrer igualmente sobre a trama intersubjetiva que constitui esse fenômeno (Nascimento Idalino & Castro, 2019). A fala seguinte sinaliza sobre a falta de espaços de diálogos, para serem ouvidas e não julgadas.

*As mães não falam o que sentem porque não podem falar. Se tu fala que perdeu um bebê: mas você tem o outro! Eu perdi um dos bebês: tu nem ia conseguir com dois mesmo, tem só um, que bom! Parece que a gente não tem abertura, e daí até a gente, parece que não se permite sentir né; quando eu perdi o outro bebê né, eu não fiquei abalada, eu acho que por causa disso: eu tenho um; a gente mesmo tenta se conformar com coisas que os outros falam e colocam na nossa cabeça (Amanda, 23 anos).*

Outro fator que pode contribuir para o desenvolvimento e/ou agravamento da depressão pós-parto e impulsionador da culpabilização materna, são algumas falas em redes sociais carregadas de simbologia ao relacionarem o parto e a maternidade como processos naturais, fazendo com que muitas mulheres que não tiveram as mesmas experiências, sintam-se aquém do ideal, incapazes, ou ainda, com que aquelas que não desejam se doar integralmente à maternidade sejam vistas com estranhamento. A busca de propagar este modelo midiático de mãe retira toda a vivência subjetiva, seja da mãe ou do filho, poise não são os eventos reais que marcam, mas as representações que ficam delas (Bernardes César *et al.*, 2019). A próxima fala mostra como pode ser frustrante para a relação mãe-bebê tentar buscar uma forma de cuidado na internet e como encontrar à sua maneira de interagir com a criança melhora a relação e os resultados.

*Eu lia muito e tentava colocar, tentava fazer as coisas que nem diziam, agora não, agora eu vou no meu ritmo, do meu jeito né, sem padrão, sabe? Sem manual de instrução, do jeito que você fizer está bom e está tudo bem, sabe? Aí eu acho que as coisas andaram [...]. Se eu tivesse feito isso desde lá no início, as coisas teriam sido mais fáceis (Amanda, 23 anos).*

A ausência de interação em situações de depressão pós-parto pode provocar expressões negativas nas características emocionais e comportamentais do bebê, reduzir expressões afetivas, aumentar a ansiedade nos cuidados disponibilizados, gerar mais níveis de hostilidade, rejeição, negligência e agressividade. Diante disso, entende-se que a depressão pós-parto afeta de forma significativa na qualidade da interação mãe-bebê, questão essa que interfere no desenvolvimento social e afetivo da criança e no seu processo de estruturação da linguagem (Barbosa, 2015; Nascimento Idalino & Castro, 2019). Amanda, 23 anos, relata como a depressão pós-parto pode influenciar na relação entre a mãe e a criança, bem como buscar um ritmo nas mídias sociais pode impactar negativamente:

*Eu falava pra ele: para de ser chato, chega! Para de chorar! Pensa falar isso pra um bebê de 2 meses. E assim óh, a internet é a pior merda que tem, sabe? Porque a gente lia uma coisa, tentava fazer, não dava certo, lia outra, [...] a internet deixa a gente muito perdida também, sabe? Se eu tivesse feito com ele que nem eu faço hoje [...] tinha sido muito mais leve, mas a internet não deixou ser [...] não tem uma receita pronta, de todas as mil que eu vi (Amanda,*

23 anos).

Conteúdos publicados na internet, nas diversas redes sociais, tendem a uma prevalência de um modelo de maternidade intensivo, que espalha expectativas sociais quanto ao papel materno e pode ter efeitos nas expectativas das próprias mulheres que querem ser ou são mães, ou mesmo sobre as suas decisões de maternidade. Trata-se de um modelo que está associado a uma visão tradicional do papel da mulher, de um modelo que prioriza a criança e a infância em detrimento às necessidades e interesses das mães enquanto mulheres e que pode ser difícil de ser executado por mães que não se dediquem aos seus filhos em tempo integral, como é o caso da maioria das mães que exercem uma atividade laboral fora dos seus lares. Quando essas mães não têm os mesmos resultados que aparecem nesses canais de comunicação, por inúmeras vezes sentem frustração, desânimo, além de todas as sintomatologias que sugerem as falam, podendo, em muitos casos, desencadear a depressão (Souza & Polivanov, 2019).

Nos primeiros meses de vida do bebê, a função mais importante da mãe é oferecer à criança *holding*, termo desenvolvido por Winnicott, como sendo toda ação que pode propiciar um ambiente acolhedor, a forma total do relacionamento mãe-bebê que torna possível ao bebê sentir-se compreendido em suas necessidades específicas, e atendido, tanto no sentido físico quanto psicológico. Proteger das agressões, considerar a sensibilidade da pele, dar colo sempre que necessário e desempenhar a rotina de cuidados adequada fazem parte do *holding* que possibilita ao bebê a experiência de confiabilidade. Para que os bebês tenham um desenvolvimento saudável e consigam se desenvolver ganhando independência gradativamente, as experiências do início da vida devem acontecer num ambiente propiciador, e a empatia que a mãe sente por seu bebê é fundamental para que ela possa desenvolver essa função. “O *holding* tem relação com a capacidade da mãe se identificar com seu bebê” (Winnicott, 1965/2001). Na próxima fala a participante reconhece que o seu estado psicológico influencia no cuidado dispensado ao filho.

*Com certeza, se tu não estás bem, tu não passa coisa boa para o bebê, como é que você vai cuidar de um bebê se você não está bem com a tua cabeça, com os teus sentimentos, está tudo embaralhado [...] (Mirian, 35 anos).*

Conforme o filho cresce a maternidade ganha novos significados, mas de forma subjetiva, ou seja, para algumas mães, conforme o filho cresce os problemas são maiores, logo, a preocupação também aumenta. Porém, para outras mães o crescimento dos filhos significa a maternidade tornando-se mais leve, mais prazerosa. Assim como narra a próxima participante: “Conforme ele vai crescendo, os desafios vão diminuindo e a maternidade vai ficando mais leve e daí que a gente começa a sentir esse amor, porque daí não é tudo tão intenso, tudo a ferro e fogo [...]” (Amanda, 23 anos).

Estudos (Bowlby, 1989; Winnicott, 1965/2001; OMS, 2001) envolvendo a diáde mãe-bebê, enfatizam ser fundamental à saúde mental que o bebê e a criança em idades

iniciais tenham a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe, relação esta que ambos precisam encontrar satisfação e prazer.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo que teve como objetivo analisar o significado da maternidade em mulheres que vivenciam diferentes etapas do processo de ser mãe, reconhece que a maternidade e a maternagem tratam-se de fenômenos subjetivos e singulares. A cada etapa do desenvolvimento do filho, a mulher também se desenvolve como mãe, na medida em que os desafios vão surgindo. Logo, o estudo notabiliza que a maternagem não tem relação com sentimentos inatos, mas sim com algo construído diariamente, na convivência com o filho. A medida em que o filho cresce algumas mães vivem a maternidade com leveza e prazer por outro lado, outras mães ficam preocupadas com o filho, com a vida social o que revela que a maternidade é experienciada singularmente.

No que tange a compreensão de qual momento da vida da mulher ocorre à decisão pela maternidade, as entrevistadas não sabem identificar quando e por qual motivo decidiram ser mães. No que se refere a como é a maternidade na prática, considerando a gestação e o período puerpério, foi possível perceber que se trata de um período de dores e desconfortos, tanto físicos quanto psicológicos, e que o suporte de amigos e familiares nessa fase é fundamental para prevenir adoecimentos como a depressão pós-parto. No que toca o apreender, a partir das experiências das mulheres a realização pessoal trazida pela maternidade, todas se dizem realizadas, mas com diferentes experiências, algumas vivenciaram e vivenciam a maternidade com a ajuda de familiares e do parceiro e relatam terem tido menos dificuldades, outras, que tiveram apenas a ajuda do parceiro, relatam momentos e situações mais conflituosas com o bebê, tiveram mais dificuldades, principalmente durante o puerpério, ora sentindo-se culpadas, ora querendo voltar no tempo para corrigir algo. No que corresponde a entender se as mulheres conseguem conciliar a maternidade a outros projetos pessoais, bem como se isso é relevante para elas, foi unânime o posicionamento de que apesar de a maternidade mudar por completo a vida delas, elas desejam e fazem o possível para conciliar a maternidade a outros projetos, como o trabalho, por exemplo. Afirmam que é possível trabalhar em casa, cuidar do filho e trabalhar fora do lar, mas com inúmeros desafios e algumas vezes se culpando por não estar com o filho.

Diante dos relatos também foi possível identificar a diferença entre ser pai e ser mãe. A mulher trabalha em casa, cuida dos afazeres domésticos, do ou dos filhos e, ainda tem emprego fixo fora do lar, o homem também tem emprego fixo, mas, no entanto, não foi possível identificar, nas falas das entrevistadas, que o seu companheiro se preocupa como vai ser a sua vida após o nascimento dos filhos, nem como fará para ir para o trabalho se não tiver onde deixar o filho, cabe a mulher organizar a rotina da família. As falas

vêm carregadas de simbolismos de uma sociedade alicerçada no modelo de sociedade patriarcal.

As entrevistadas foram enfáticas e unânimes ao falar que após o nascimento dos filhos, elas precisam se redescobrir enquanto mulheres, que a sua vida muda por completo e que se colocam em segundo plano, qualquer coisa que se propuserem a fazer, primeiramente será avaliado o bem estar dos filhos. O estudo ainda reconheceu que a maternidade real, da felicidade, dos preparativos para a chegada do bebê, da primeira troca de olhar, do primeiro sorriso, dos primeiros passinhos, vem acompanhada da primeira noite mal ou não dormida, do desconforto devido ao primeiro dente, das cólicas, da sensação de solidão e da alienação do mundo. Geralmente, a mulher lida com uma ambivalência, mas que não pode ser verbalizada, pois ela é mãe. A ambivalência é um fardo para a pessoa que o vivencia, porque traz sentimentos contraditórios, na maternidade real há um dualismo: o mesmo corpo que precisa descansar e se recuperar de todo o processo hormonal, da gestação e do puerpério, é, também, o que precisa cuidar e se dedicar a cada momento do bebê. Abrir espaço para a vivência da ambivalência na maternidade é abrir espaço para uma maternidade real e não uma maternidade romantizada, onde a perfeição só faz com que as relações se tornem penosas e adoecedoras.

Sugere-se que seja considerada a necessidade de compreender as mulheres mães de maneira integral, uma vez que suas respostas descendem de incompreensões e, por vezes, ausência de escuta. Para tanto, torna-se imprescindível que sejam realizados outros estudos no contexto da maternidade em cenários mais amplos e com maior número de pessoas, para que esse fenômeno seja compreendido com profundidade.

## REFERÊNCIAS

Andrade, E. B. D. (2021). A questão da mulher em Buytendijk e Simone de Beauvoir. *Phenomenology, Humanities and Sciences*, 2(1), 100-110.

Barbosa, I. B. D. S. (2015). A importância do vínculo mãe-bebê no processo de desenvolvimento de uma criança. *Revista Acta Científica, s/v., s/n.,* 09-18.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Badinter, E. (2011). *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record.

Bernardes César, R. C., Loures, A. F., & Andrade, B. B. S. (2019). A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. *Revista mosaico*, 10(2), 68-75.

Beauvoir, S. D. (2009). *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Colares, S. C. D. S., & Martins, R. P. M. (2016). Maternidade: uma construção social além do desejo. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, 6(1), 42-47.

Cordeiro, M. S. (2021). Maternidade Silenciada. *Revista Eletrônica Interfaces*, 12(1), 271-279.

Chingore, T. T. (2021). Empoderamento e equidade de gênero: os desafios atuais da mulher moçambicana. *Dialogia, s/v(37)*, 1-19.

Gradvohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2014). Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando família*, 18(1), 55-62.

Luz, L. H., & Gico, V. D. V. (2015). Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 23(3), 475-484.

Matão, M. E. L., Miranda, D. B. D., Costa, B. P., & Borges, T. P. (2016). A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico? *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 6(2), 2147-2155.

Matias, M. E., Fulgêncio, M., Vaz, R., & Dias H. (2021). O conhecimento de si na construção ética e estética no cuidado à puérpera em processo de transição saúde-doença-saúde, em contexto hospitalar. *Revista de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 9(1), 109-121.

Minayo, M. C. D. S. (2014). *O Desafio do Conhecimento*. Editora Hucitec: São Paulo.

Nascimento Idalino, S. D., & Castro, A. (2019). Compreender as representações sociais na depressão pós-parto nas redes sociais. *Revista Contexto & Saúde*, 20(38), 200-209.

Nery, N. G., Ribeiro, P. M., Vilela, S. D. C., Nogueira, D. A., Leite, E. P. R. C., & Terra, F. D. S. (2021). Avaliação da autoestima em mulheres no período puerperal. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 729-743.

OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001.

Pommé, E. L. (2021). Mães recém nascidas, seus bebês, o bebê que existe em todo o adulto e a clínica biodinâmica. In E. M. Ferreira (Eds.), *A pesquisa em psicologia: contribuições para o debate metodológico* (pp. 98-105). Ponta Grossa: Atena.

Sanfelice, C. F. D. O., Abbud, F. D. S. F., Pregnotatto, O. S., Silva, M. G. D., & Shimo, A. K. K. (2014). Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Revista Rene*, 15(2), 362-370.

Siqueira, L. F. S., & Silva, M. C. D. O. (2021). *Maternidade, aborto e direitos da mulher*. São Luís: Editora Expressão Feminista.

Souza, A. L. F., & Polivanov, B. (2019). “Ninguém fala do lado assustador de ser mãe”: testemunho no Facebook enquanto ruptura de performances idealizadas da maternidade. *Revista Fronteiras – Estudos Midiáticos*, 21(1), 41-51.

Winnicott, D. W. (1965/2001). Influências de grupo e a crianças desajustada: o aspecto escolar. *A família e o desenvolvimento do individual*. São Paulo: M. Fontes.

## EXAME DE PAPANICOLAU NA SAÚDE DA MULHER PELA PERSPECTIVA DE UNIVERSITÁRIAS

Data de aceite: 01/11/2021

**Érika Vanessa Bezerra Manso**

<http://lattes.cnpq.br/2455094876785765>

**Maria Kelly Gomes Neves**

<http://lattes.cnpq.br/5225167544335523>

**Thamyres Fernanda Moura Pedrosa Souza**

<http://lattes.cnpq.br/2960145140148773>

**RESUMO:** O câncer de colo do útero é uma patologia de alta incidência no sexo feminino, chegando a ser o segundo tipo de câncer que mais acomete esta população. O agente causador é o vírus HPV (*human papillomavirus*), que pode ser transmitido sexualmente e causa alterações nas células do epitélio do colo do útero que predispõe o desenvolvimento de neoplasia. O exame de Papanicolau analisa microscopicamente o esfregaço de células coletadas nesta região em lâmina, este exame pode diagnosticar a presença do vírus HPV em seus estágios iniciais. Esta pesquisa tem por objetivo analisar a perspectiva de mulheres universitárias entre 18 e 64 anos, sobre o exame de Papanicolau e sua capacidade de diagnosticar e prevenir contra o câncer de colo do útero. A referida pesquisa utilizou um questionário em ambiente online das mídias sociais na a cidade de Caruaru e região sobre aspectos do papanicolau. Foram incluídas mulheres universitárias. Foram excluídas mulheres com menos de 18 anos, não universitárias e homens. a amostra foi composta por 85 universitárias 81 (95,29%) alegaram ter

ciência deste e 4 (4,71%) não o conhecem, 67 (78,82%) já o fizeram enquanto, 14 (16,47%) não o fizeram e 4 (4,71%) não o fizeram por não conhecer o exame. Desse modo, a taxa de realização do exame preventivo pode ser considerada positiva, o fato de serem mulheres universitárias não se mostrou influenciar na realização deste exame tão importante para acompanhamento da saúde da população feminina.

**PALAVRAS-CHAVE:** HPV, Câncer de colo do útero, Exame de Papanicolau

### PAPANICOLAU EXAMINATION IN WOMEN'S HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF UNIVERSITY STUDENTS

**ABSTRACT:** Cervical cancer is a disease with high incidence in females, becoming the second type of cancer that most affects this population. The causative agent is the HPV virus (*human papillomavirus*), which can be sexually transmitted and cause changes in the epithelial cells of the cervix that predispose to the development of neoplasia. The Pap smear microscopically analyzes the smear of cells collected in this region on a slide, this test can diagnose the presence of the HPV virus in its early stages. This research aims to analyze a perspective of university women between 18 and 64 years old, about the Pap smear and its diagnostic capacity and prevention against cervical cancer. The enabled research uses a questionnaire in an online environment of social media in the city of Caruaru and region about aspects of Pap smears. University women were included. Women under

18 years old, non-university students and men were excluded. the sample consisted of 85 university students 81 (95.29%) claimed to be aware of it and 4 (4.71%) did not know it, 67 (78.82%) had already done so while 14 (16.47%) did not. 4 (4.71%) did not do it because they did not know the exam. Thus, a preventive test taxon can be considered positive, the fact that university women are not induced to perform this test, which is so important for monitoring the health of the female population.

**KEYWORDS:** HPV, cervical cancer, Pap smear

## 1 | INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero é o segundo mais comum entre as mulheres e pode ser prevenido através do exame citopatológico (Papanicolaou). Cujo o nome é uma homenagem ao patologista grego George Nicholas Papanicolaou, que criou o método. Esse exame não só previne como também diagnostica o câncer no colo do útero. Infelizmente a saúde feminina para muitas mulheres ainda é considerada um “tabu”. De acordo com o Ministério da Saúde, juntamente com o instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, que é responsável pelo Protocolo de Atenção Básica da Saúde da Mulher, estima-se que de 13% a 20% das mulheres brasileiras entre 25 a 64 anos, nunca realizaram o exame, muitas queixam ser pela sua vergonha ou até falta de informação (SOUZA *et al*, 2013).

Podemos lembrar que o SUS oferece o exame gratuitamente para as mulheres. O que se torna diante das estatísticas preocupante um exame de grande importância não ser frequentemente realizado em grande escala. Além da falta de informação da grande maioria das mulheres, estudos mostram que um dos principais fatores de riscos para o acometimento do câncer de colo de útero é o Vírus do Papiloma Humano (HPV), onde a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a persistência dessa infecção desde 1992. Para que esses índices diminuam, é necessárias campanhas mais ativas do Ministério da Saúde para a realização do exame Papanicolau, e não só explicativas como informativas, mas incentivando as mulheres a fazer o exame preventivo, uma vez ao ano e incentivar as campanhas de vacinação contra o HPV. Podendo assim ter uma diminuição considerável de casos para melhoria da saúde da mulher (SOUZA *et al*, 2013).

O projeto a ser realizado objetiva pesquisar sobre a conhecimento e a perspectiva de jovens universitárias sobre a realização do exame de Papanicolaou e sua importância como método de prevenção ao câncer de colo do útero, através de perguntas realizadas por questionário online, as participantes maiores de 18 anos poderão realizar a pesquisa voluntariamente.

O câncer de colo do útero é um dos tipos de neoplasia que mais acomete a população feminina no Brasil e no mundo, atingindo diversas faixas etárias, ocupando a terceira causa de morte, sendo, portanto, um problema de grande atenção na saúde pública, e um desafio para países em desenvolvimento, visto que sua incidência e mortalidade possuem níveis mais altos (SOUZA *et al*, 2013). Dessa forma torna-se sumariamente importante a adoção



de práticas de saúde que possam solucionar tais problemas, e utilizar técnicas de rastreamento, prevenção e tratamento, sobre esta patologia.

A pergunta que norteou esta pesquisa foi. Qual a percepção de mulheres universitárias sobre o exame de Papanicolau? Há conhecimento deste exame como método de prevenção do câncer de colo do útero? Portanto, este trabalho objetivou pesquisar a perspectiva de importância do exame de Papanicolau como forma preventiva para o desenvolvimento de câncer entre mulheres e estudantes universitárias.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, que utilizou a técnica de amostragem, por meio da coleta de dados através de questionários dirigidos a estudantes universitárias. A pesquisa foi realizada em ambiente online das mídias sociais, as quais conectam pessoas sobretudo da cidade de Caruaru e região, que compõem o Centro Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/WYDEN. A população envolvida no estudo foram mulheres, em uma faixa etária a partir de 18 anos, com enfoque em estudantes universitárias. A participação da pesquisa ocorreu de forma voluntária.

Os critérios de inclusão foram de mulheres em uma faixa etária a partir de 18 anos, universitárias da rede de ensino superior. Os critérios de exclusão foram mulheres jovens em uma faixa etária inferior aos 18 anos de idade, que não sejam do âmbito universitário e participantes do sexo masculino.

A coleta dos dados ocorreu entre 30 de julho e 30 de agosto de 2021 a partir do uso de questionário em formato de formulário eletrônico, utilizando o aplicativo *Google Forms*, para o gerenciamento da pesquisa. O link gerado pelo formulário foi compartilhado através de mídias sociais, que foram direcionados ao público-alvo.

Os dados coletados foram organizados e processados com o auxílio de softwares de cálculos, textos e planilhas, como os programas da Microsoft Word e Excel. Os dados obtidos e processados foram analisados e recorreu-se a gráficos para uma melhor apresentação e interpretação dos resultados.

O estudo foi conduzido preconizando os padrões da ética científica, respeitando as Resoluções 466/2012 e 510/2016, tendo todos seus atos indo de acordo com as normas estabelecidas pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Unifavip Wyden. Ao acessar o link para a pesquisa imediatamente a voluntária era encaminhada à visualização do TCLE, podendo esta aceitar clicando em opção afirmativa e prosseguindo com o questionário para a pesquisa, em caso de a voluntária não aceitar as propostas do TCLE, o formulário foi encerrado automaticamente.

### 3 | RESULTADOS

Responderam ao formulário 139 pessoas. Dentre estes, 5 (3,59%) foram indivíduos do sexo masculino e 49 (35,25%) não estão cursando nenhum curso de nível superior, sendo excluídos da amostra, considerando os critérios estabelecidos na metodologia adotada.

Então, a amostra foi composta por 85 universitárias com idades entre 18 e 64 anos, sendo 49 (57,65%) com idades entre 18 e 29 anos, 27 (31,76%) entre 30 e 39 anos, 7 (8,24%) entre 40 e 49 anos e 2 (2,35%) entre 50 e 64 anos (Gráfico 1).

#### UNIVERSITÁRIAS QUE COMPUSERAM A AMOSTRA

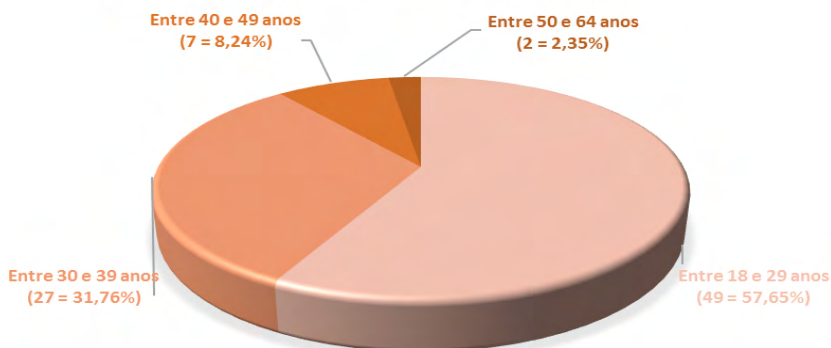


Gráfico 1. Distribuição das universitárias que compuseram a amostra por idade em porcentagem.

Fonte: Autoras, 2021.

Dentre as 85 universitárias, 45 (52,94%) fazem cursos da área da saúde, 11 (12,94%) fazem cursos da área das ciências humanas, 4 (4,71%) fazem cursos da área das ciências exatas, 2 (2,35%) fazem cursos da área de ciências da natureza e 25 (29,41%) não fazem cursos de nenhuma das áreas citadas anteriormente (Gráfico 2).

#### DISTRIBUIÇÃO POR ÁREA DO CURSO

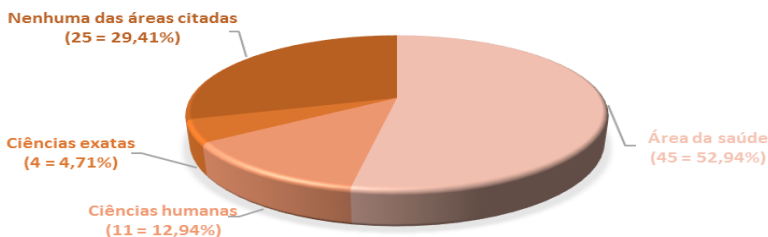


Gráfico 2. Distribuição das universitárias pelas áreas do curso superior.

Fonte: Autoras, 2021.

Em relação ao estado civil, das 85 universitárias, 47 (55,29%) estavam solteiras, 35 (41,18%) casadas e 3 (3,53%) divorciadas. Sobre a maternidade, 50 (41,18%) não tem filhos e 35 (58,82%) tem filhos. No que diz respeito a utilização de métodos contraceptivos, 43(50,59%) declararam que não fazem utilização e 42 (49,41%) utilizam métodos contraceptivos.

Quando questionadas acerca do exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau) 81 (95,29%) alegaram ter ciência deste e 4 (4,71%) não o conhecem, 67 (78,82%) já o fizeram enquanto, 14 (16,47%) não o fizeram e 4 (4,71%) não o fizeram por não conhecer o exame (Gráfico 3).



Gráfico 3. Distribuição das universitárias de acordo com a realização do Papanicolau.

Fonte: Autoras, 2021.

Entre as 67 que já realizaram o exame, 51 (76,12%) o realizam a cada 1 ano, 8 (11,94%) a cada 2 anos, 5 (7,46%) mais do que 3 anos e 3 (4,48%) de 6 em 6 meses. Após receber o resultado do exame, apenas 1 (1,49%) das mulheres declarou não costumar procurar por um(a) médico(a) ou ginecologista. Apenas 1 (1,49%) das universitárias não acredita que este exame pode prevenir ou diagnosticar o desenvolvimento de câncer de colo do útero.



Gráfico 4. Distribuição das universitárias que já realizaram o Papanicolau de acordo com a frequência de realização deste ao longo do tempo.

Fonte: Autoras, 2021.

Quando questionadas sobre a vacina contra o HPV, das 85 universitárias, 35 (41,18%) responderam que tomaram a vacina, 45 (52,94%) não tomaram e 5 (5,88%) desconhecem a existência da vacina, 72 (84,71%) acreditam que a vacina contra o HPV é eficaz e oferece proteção contra o vírus, prevenindo o desenvolvimento de câncer de colo do útero, 1 (1,18%) não acredita e 12 (14,12%) declararam não saber.

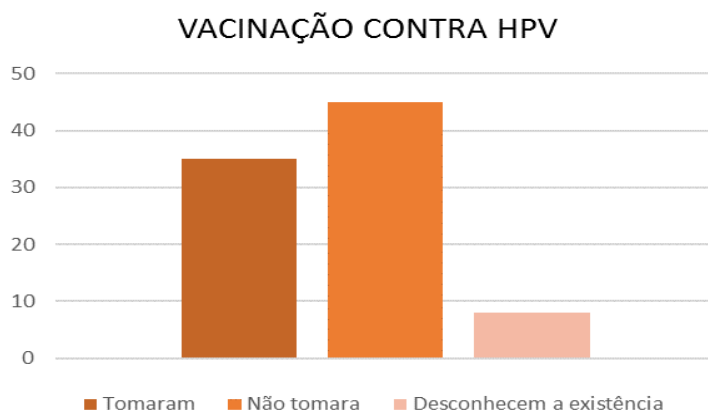


Gráfico 5. Distribuição das universitárias de acordo com a vacinação contra HPV.

Fonte: Autoras, 2021.

## 4 | DISCUSSÃO

Apesar de haver uma predominância de mulheres jovens compondo a amostra, a maioria destas estavam solteiras (55,29%) e casadas (41,18%), tornando-se uma população semelhante às estudadas anteriormente (SANTOS et al., 2017; MENDES; FEITOZA; SILVA, 2020).

O nível de escolaridade, fator considerado como importante na fase inclusão das participantes à amostra do presente estudo, torna-o diferente de boa parte das pesquisas realizadas anteriormente (LUCENA et al., 2011; SANTOS et al., 2017; MENDES; FEITOZA; SILVA, 2020), reiterando sua importância em agregar novos dados para a literatura acerca desta temática de estudo.

Através do exame de citologia cérvico-vaginal, pode-se identificar precocemente as alterações celulares causadas pelo papilomavírus humano (HPV), diminuindo assim a progressão de neoplasias malignas. O exame é amplamente conhecido como preventivo do câncer de colo do útero e é preconizado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) (BATISTA; PÁDUA; ALMEIDA, 2017).

Percebe-se que 95,29% das universitárias alegaram conhecer o exame de Papanicolau, no entanto 4,71% declararam ainda não o conhecer. Dados semelhantes aos de Fernandes *et al.* (2009), Andrade *et al.* (2014), Silva *et al.* (2016) e Mendes, Feitoza e Silva (2020), em que mais de 90% das mulheres conhecem o procedimento. Podendo-se então inferir que o nível de escolaridade não trouxe tantos impactos no nível de informação da população estudada.

Observou-se na população estudada uma boa taxa de realização do exame, em 78,82% declararam já ter realizado o exame e apenas 4,71% não o fizeram por não conhecer o exame. Dados diferentes do estudo realizado por Souza *et al.* (2013), que trouxe uma estimativa do Ministério da Saúde de que 13% a 20% das mulheres brasileiras, nunca realizaram o exame pela sua vergonha ou por falta de informação.

É notório que na literatura não há um padrão exato para este dado, como podemos ver nos estudos de Gamarra, Paz e Griep (2005), em que apenas 46,5% das mulheres já realizaram o exame, já em Fernandes *et al.* (2009), 85% das mulheres entrevistadas afirmam já ter feito o procedimento, e ainda em Albuquerque *et al.* (2016), em que 96,7% das mulheres puderam realizá-lo, da mesma forma que em Mendes, Feitoza e Silva, 2020 em que 92% das mulheres pesquisadas já realizou o exame em algum momento.

Considerando as universitárias que já realizaram o exame, 4,48% realiza-o de 6 em 6 meses, 76,12% a cada 1 ano, 11,94% a cada 2 anos e apenas 7,46% a mais do que 3 anos. Quando observamos os estudos de Gamarra, Paz e Griep (2005), em que 69,4% das mulheres realizaram o Papanicolau a três anos, Andrade *et al.* (2014), onde 87,4% das mulheres o fizeram a mais de 3 anos, Silva *et al.* (2018), em que 39% das mulheres realizaram há mais de 2 anos e Mendes, Feitoza e Silva (2020) em que 46% das mulheres realizaram o exame há mais de 1 ano, sendo 24% há mais de 2 anos e 30% há mais de 3 anos. Diante disso, observamos que obtivemos os melhores resultados que contém na literatura até o presente momento.

No que diz respeito à vacina contra o HPV apenas 41,18% responderam que tomaram a vacina e 5,88% não sabiam da existência da vacina. Resultados diferentes foram apresentados por Pereira *et al.* (2021), em que 60% das universitárias haviam sido

imunizadas. Em contrapartida, neste mesmo estudo, 11% das universitárias declararam não ter conhecimento da existência da vacina.

Destaca-se que 84,71% das universitárias declararam acreditar que a vacina contra o HPV é eficaz e oferece proteção contra o vírus, prevenindo o desenvolvimento de câncer de colo do útero, apenas 1,18% não acredita e 14,12% declararam não saber. De forma semelhante aos resultados apresentados por Pereira *et al.* (2021), em que 86,2% relataram que a vacina tem o propósito de prevenir o câncer do colo uterino. O que chama atenção é a porcentagem que declarou não saber, que foi de 14,12% em nosso estudo e de 4,9% no estudo de Pereira *et al.* (2021).

## 5 | CONCLUSÃO

A taxa de realização do exame por mulheres universitárias pode ser considerada como positiva quando comparada aos resultados de Gamarra, Paz e Griep (2005) e de Souza *et al.* (2013). Porém, quando observamos junto aos demais estudos, torna-se uma informação passível de intervenção que objetive sua melhora, tendo em vista que o fato de serem mulheres universitárias não se mostrou influenciar na realização deste exame tão importante para acompanhamento da saúde da população feminina.

Mesmo não havendo grande diferença entre o nível de conhecimento e a porcentagem de mulheres que realizaram o exame, o fator nível de escolaridade afetou diretamente a periodicidade de realização do Papanicolau.

É importante ressaltar a pequena quantidade de universitárias que declararam não ter conhecimento sobre a vacina contra o HPV, entretanto, muitas das universitárias que declararam conhecer a vacina não tomaram o imunizante. Embora, a grande maioria acredita que a vacina contra o HPV é eficaz e oferece proteção contra o vírus, prevenindo o desenvolvimento de câncer de colo do útero.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Magna Santos, *et al.* Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2014, vol.23, n.1, pp.111.

BATISTA, R. S.; PÁDUA, P. D.; ALMEIDA, P. O. S. **Critérios citológicos para a detecção das alterações citopáticas causadas pelo HPV**. Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq, n. 19, 2017.

FERNANDES, José Veríssimo *et al.* Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista Saúde Pública** 2009;43(5):851-8.

LUCENA, Lorena Tourinho de, *et al.* Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. **Rev PanAmaz Saude** 2011; 2(2):45-50.

MENDES, Carolinne Fernandes; FEITOZA, Claudinéia do Nascimento; SILVA, Claudia Peres. EXAME DE PAPANICOLAU: uma busca ativa em relação as mulheres que não realizam o procedimento, assistidas na ESF Chapadinha. **HUMANIDADES E TECNOLOGIA (FINOM)**, v. 20, n. 1, p. 268-294, 2020.

PEREIRA, Renata Martins da Silva et al. CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICA DE UNIVERSITÁRIAS SOBRE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 2, n. 6, p. e26404-e26404, 2021.

SANTOS, Francisca Lima. Et. Al. Exame citologico papanicolaou: analisando o conhecimento de mulheres na atenção básica. **Revista Temas em Saúde**. Volume 17, Número 1 ISSN 2447-2131 João Pessoa, 2017.

SOUZA, G. D. S.; OLIVEIRA, R. A. A.; STEVANIN, A.; SOUSA, M. F.; ALMEIDA, E. C. A concepção das mulheres de Mirandópolis-São Paulo acerca do exame de papanicolau. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 3, p. 470-479, 2013.

# CAPÍTULO 6

## O TRABALHO PSICOSSOCIAL COMO PROMOTOR DE MUDANÇA DA PESSOA: UM ESTUDO DE CASO EM UM CRAS DE SALVADOR/BAHIA

*Data de aceite:* 01/11/2021

**Wanderlene Cardozo Ferreira Reis**

Universidade Católica do Salvador  
Salvador-Bahia

<http://lattes.cnpq.br/4763614321671575>

**RESUMO:** Este artigo busca analisar uma experiência vivida por uma psicóloga numa Unidade do Centro de Referência em Assistência Social, na cidade de Salvador-Bahia. A metodologia utilizada foi um estudo qualitativo com um caso de uma família residente no Subúrbio Ferroviário. Foram realizados acompanhamentos individualizados, em grupo comunitário e grupo familiar. Discutiu-se a possibilidade da Teoria da Tecnologia Social (TS), como sugerido por Dagnino (2004), instrumentalizar trabalhos psicossociais voltados às políticas públicas no Brasil. Apontou-se como principais resultados, que a participação efetiva do grupo familiar e do grupo comunitário trouxeram benefícios tais como: aumento do nível de resiliência e maior protagonismo social (agency). Utilizou-se, como recorte teórico, os autores Jesen (2011;2017) e Hundeide (2005), que apontam o papel eficaz do modelo contexto-ambiente e suas condições de influência e o trabalho social promovendo a mudança da pessoa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Família; Resiliência; Protagonismo.

### PSYCHOSOCIAL WORK AS A PEOPLE'S CHANGE PROMOTER: A CASE STUDY IN A CRAS IN SALVADOR/BAHIA

**ABSTRACT:** This article seeks to analyze an experience lived by a psychologist in a Reference Center on Social Assistance, in the city of Salvador-Bahia. The methodology used was a qualitative study with a case of a family resident in the Railway Suburb. Individual follow-ups were performed in a community group and a family group. The possibility of the Social Technology Theory (TS), as suggested by Dagnino (2004), was instrumental in the instrumentalisation of psychosocial works focused on public policies in Brazil. It was pointed out as main results, that the effective participation of the family group and the community group, brought benefits like, increase of the level of resilience and greater social protagonism (agency). The authors Jesen (2011; 2017) and Hundeide (2005), who point out the effective role of the context-environment model and its influence conditions and the social work promoting the person's change were used as a theoretical cut.

**KEYWORDS:** Family; Resilience; Protagonism.

### 1 | INTRODUÇÃO

A família tem sido e será a influência mais poderosa para o desenvolvimento da personalidade e do caráter das pessoas. Para Cardoso (2012), “a família representa a extraordinária invenção cultural incumbida de desempenhar o papel de “útero social” para os recém-chegados (p. 167)”. E esta “invenção



cultural” é a chave para a manutenção e transmissão de todas as outras invenções realizadas pelos seres humanos. Enquanto que para Petrini (2004, 2007), a família representa uma complexidade inerente ao seu modo de articular relações. As discussões acerca do que é a família se guiam em todos os sentidos epistemológicos e interdisciplinares, ou seja, diversas disciplinas e áreas do conhecimento se debruçam sobre o estudo da família e assim, “cada um desses olhares constrói um discurso particular do que seja a família”. (RABINOVICH & MOREIRA, 2008, p. 448).

Contudo a família sofre pressões, tanto internamente, quando provém de mudanças evolutivas de seus próprios membros, quanto externamente, quando provém de exigências de outras instituições sociais significativas, como a escola e a igreja.

Com efeito, muitos fatores externos à família entram em jogo para redefinir os valores e os critérios, os modelos de comportamento de cada membro, a começar pela escola dos filhos, nas diversas etapas de seu desenvolvimento, pela influência exercida pelo ambiente de trabalho do homem e da mulher, por outras instâncias formativas, grupos, clubes, associações, comunidade religiosas, cursos que podem introduzir no diálogo familiar elementos de discussão e até de conflito. (PETRINI, 2004, p. 19).

Devido à necessidade de se afirmar e reconhecer o papel essencial da família como o principal canal de socialização de diversas práticas sociais, formadoras de uma cultura pessoal e coletiva, é mister possibilitar o apoio incondicional a esta instituição social. Desse modo, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sugere a matricialidade sociofamiliar e a prerrogativa de integração entre diversos serviços, programas, projetos e benefícios, estabelecendo um protocolo de gestão integrada (BRASIL, 2011). Com isso, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), instituída nos Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), busca atender famílias em situação de vulnerabilidades sociais decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização dos vínculos de pertencimento e sociabilidade ou qualquer outra situação de vulnerabilidade e risco social, de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009/2013).

Para Beato et al. (2011),

a política de Assistência Social parte do pressuposto de que a construção da autonomia e do protagonismo social só são possíveis quando a família é efetivamente referenciada em seu território e inserida na rede de proteção social. A família seria, nessa perspectiva, um espaço de ressonância das questões coletivas e um vetor de mudança social (BRASIL, 2009a). Para tal, a política sugere o exercício de uma cidadania participativa e reserva, aos trabalhadores que a executam, a tarefa de aprimoramento de estratégias de fomento à participação. (BEATO et al. 2011, p. 14).

Com esta política, sugere-se que o trabalho realizado pelas (os) profissionais, nos CRAS, representam uma tecnologia social (TS), partindo-se do pressuposto de que a TS, como apontado por Dagnino (2014), é uma construção social que proporciona à

comunidade crescimento. Como sugeriram Gomes e Becker (2010, p.13),

se todo o instrumento, equipamento, método ou artefato criado pelo – que tem como objetivo potencializar as ações humanas ou permitir um salto de qualidade na organização social, econômica, política ou cultural– é tecnologia, então toda a tecnologia é social, pois essas ações só podem ocorrer em sociedade.

Dias (2013), relata suas experiências nomeadas como TS, onde organizou um grupo de mulheres com o objetivo de realizar debates e atividades externas. Assim ela descreve a metodologia de trabalho:

o grupo, uma vez por mês, realiza várias ações que propiciam a capacidade de desenvolvimento pessoal e do grupo. Nestas ações, são previstos seminários, debates e dinâmicas de grupo sobre temas selecionados pelas participantes e pela equipe técnica: Higiene e Saúde, Doenças que derivam da falta de higienização, Reciclagem de Lixo e cuidados com a saúde, Violência doméstica, DSTs, Relacionamentos amorosos saudáveis e patológicos, Cidadania, Direito da mulher, Lei Maria da Penha e outros. (DIAS, 2013, p. 33).

Para as autoras Fernandes e Maciel (2013), é necessário apontar que as Tecnologias Sociais poderão trazer efetivas mudanças de ordem social e econômica, pois promovem e rompem com o ciclo de pobreza, vulnerabilidades e risco social, pelos quais vivem diversas famílias, “e que, de forma coletiva, vivenciam experiências que incidem não somente nas suas condições de vida, transformando a si mesmos, como transformando o cenário socioeconômico da comunidade na qual vivem e do país”. (FERNANDES & MACIEL, 2013, p. 11).

Dito isso, coloca-se o psicólogo na Assistência Social, num papel de colaborador, que, propondo diversas ações socioeducativas que visem o empoderamento das famílias, possibilite a superação das vulnerabilidades sociais impostas a estas e, conseqüentemente, o alcance de uma melhor qualidade de vida.

## 2 | METODOLOGIA

A proposta deste artigo foi analisar uma experiência vivida por uma psicóloga numa Unidade do Centro de Referência em Assistência Social na cidade de Salvador-Bahia, relacionando o trabalho com famílias em relação ao grupo comunitário, buscando a mudança da pessoa, baseada no conceito de Tecnologias Sociais (TS). A metodologia utilizada foi um estudo qualitativo com um caso de uma família residente no Subúrbio Ferroviário, participante do grupo do PAIF no CRAS.

O caso foi vivenciado por uma das autoras, no ano de 2016, quando atuava como Psicóloga em um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), localizado na região do Subúrbio Ferroviário de Salvador, Bahia. De forma a manter a privacidade dos sujeitos descritos neste relato de experiência, foram usados nomes fictícios. Todo controle ético

foram seguidos rigorosamente neste estudo, os participantes concordaram quando foram informados dos riscos e benefícios do mesmo, assim como foram informados do sigilo absoluto quanto aos seus nomes e endereços residenciais. Vale ressaltar que a família fora dispensada do acompanhamento no CRAS, por ter alcançado o pleno desenvolvimento psicossocial, planejado conjuntamente entre a família e a Psicóloga, através do instrumento denominado “Plano de Acompanhamento Psicossocial”.

## 2.1 O caso

No mês de março de 2016, chega ao CRAS, a Sr<sup>o</sup> Maria, trazendo seus dois filhos, (Ivo de sete anos de idade e Caio com nove anos), e uma queixa escolar: segundo ela, a professora de Caio disse-lhe que ele tem “déficit de atenção”! Contudo, neste mesmo atendimento, a Sr<sup>a</sup> Maria informa que o filho foi atendido pelo neurologista e oftalmologista, fez teste audiométrico, que “deu resultado normal”. Tanto professores quanto a mãe achavam que ele não escutava normalmente. Caio está no 4<sup>o</sup> ano do Ensino Fundamental I. A psicóloga realizou alguns atendimentos com o garoto e seus pais, ora em grupo, ora individualmente. Foi realizado conjuntamente um plano de acompanhamento psicossocial (PAP), que incluía participação da família e da psicóloga. De acordo com a psicóloga, este trabalho de acompanhamento psicossocial não se constituía numa prática clínica, mas visava atender a demanda seja da família, da escola ou outras instâncias sociais.

Uma das atribuições da família era participar ativamente do grupo de convivência, denominado de PAIF (Serviço de Atenção Integral à Família), realizado quinzenalmente com todas as famílias que eram atendidas e acompanhadas no CRAS. A competência da psicóloga era interagir neste grupo de famílias, propondo atividades de intervenção psicossocial, contudo, o maior protagonista era a comunidade naquele grupo representada (ajuda mútua). Foram realizados palestras, debates e dinâmicas de grupos, cujos temas foram propostos pelos participantes (todos grupos familiares acompanhados pela psicóloga e assistente social), visitas domiciliares e à escola.

Foram realizadas duas visitas à escola de Caio e feito a escuta de seus/suas professores (as) (anteriores e atual). Neste caso, os discursos eram os mesmos que fora apresentado à mãe do garoto, quando em reunião pedagógica. Nos atendimentos à criança foi percebido que o mesmo não tinha “déficit de atenção”, mas estava com dificuldades em realizar leituras dinâmicas (assoletava na maioria das vezes as palavras), contudo na oralidade era bem desenvolvido, inclusive para sua idade; também se mostrou tímido e expressou acreditar no que os outros diziam dele. Para ajudar o garoto e sua família, Caio foi encaminhado a uma psicopedagoga que, nas primeiras avaliações, informou à psicóloga que o garoto não tinha dificuldades de aprendizagem.

Enquanto isso, a família de Caio (mãe, pai e irmão menor) participavam das atividades propostas, contudo, a maior frequência era da Sr<sup>a</sup> Maria (mãe de Caio).

Uma família nuclear, (pai, autônomo, mãe, dona de casa e os dois filhos), baixa

renda e beneficiários do Bolsa Família. Maria, uma mulher jovem (32 anos), tinha concluído o Ensino Médio, antes de ter os dois filhos; realizava alguns trabalhos como autônoma (fazia apliques em cabelos) e cuidava da casa. Não aceitava o diagnóstico dado pelas professoras e algumas vezes revelou ter ido na escola para “brigar” com estas, pois achava que Caio era “um menino inteligente”, contudo, dizia que “era um pouco manhoso”. Ela revelou que fazia “tudo para o menino”, desde o banho, à dar-lhe comida “na boca” como ela mesma dizia. Aos poucos ela fora percebendo que precisava se reposicionar diante de suas próprias atitudes para com Caio.

À medida que o tempo ia passando, houve outro reposicionamento diante dela própria. Chegou eufórica no atendimento, para informar que entrara numa Faculdade, para fazer o curso de Pedagogia. Em outro momento, chegou demonstrando bastante insegurança, pois tinha sido alocada numa turma que já estava no quinto semestre do curso, e ela sem sentia “um peixe fora d’água”, como expressou. Dizia que as colegas não queriam fazer trabalhos com ela, pois a considerava incompetente para tal. Após novo reposicionamento, Maria tomou a iniciativa de fazer um trabalho e apresentar sozinha, da qual fora muito elogiada pela professora. A partir daí, ela se sentiu mais confiante e “foi aceita em um grupo de colegas”.

No mês de dezembro, quando na atividade de autoavaliação dos trabalhos desenvolvidos ao longo do ano no CRAS, no grupo de famílias, Maria deu seu depoimento, dizendo que “agora ficou tudo bem”, Caio passou de série, seus professores elogiaram sua mudança, e ela concluiu o semestre no curso de Pedagogia.

### **3 | DISCUSSÃO DO CASO**

Neste caso, brevemente apresentado, discutir-se-á sobre resiliência, protagonismo (agency), o modelo contexto-ambiente e suas condições de influência e o trabalho social promovendo a mudança da pessoa. Será usado como recorte teórico os autores Jensen (2011;2017) e Hundeide (2005).

#### **3.1 Sobre resiliência**

Jensen (2017) aborda a questão da resiliência, não como um traço do indivíduo, como sendo ou não sendo, mas como processo característico da relação da pessoa mais o ambiente (entendido como contexto social). Discussão corroborada ao longo do seu curso, um termo complexo que exige uma máxima atenção no que diz respeito às ideologias e estereótipos que podem ser construídos por força de um mau entendimento da abordagem teórica. Aponta-se que a resiliência esteve presente, não em um sujeito específico, mas na relação que a família de Maria, e nos diferentes papéis sociais desempenhados na trama: a família se relacionando com o ambiente escolar, com suas forças e tensões próprias, a família se relacionando com a instituição CRAS, enquanto instância mediadora de conflitos

e a família se relacionando através dos seus membros.

Para os tópicos Agency, o modelo contexto-ambiente e suas condições de influência e o trabalho social promovendo a mudança da pessoa, será utilizado a palavra “protagonismo” por ser mais explicativo na língua portuguesa. Como mencionava-se anteriormente, a comunidade, representada na formação grupal de famílias do PAIF, colaborou com o próprio protagonismo de Maria. Vejamos o que diz Jensen (2011),

... é uma característica do homem que o desenvolvimento ocorre em comunidades sociais. Uma pessoa não pode desenvolver certo grau de saúde se isolada do contato humano, e a comunidade facilita a expressão de certas possibilidades, bem como afeta o desenvolvimento de formas específicas. (JENSEN, 2011, p. 3)

De modo a especificar os reposicionamentos aqui abordados, utilizar-se-á duas representações (figuras 1 e 2) elaboradas por Hundeide (2005, p. 248 e 256), a primeira sobre o modelo de situação de oportunidade, e a segunda, o modelo de mudança através do suporte social.

### Mapeamento das oportunidades nos caminhos das pessoas

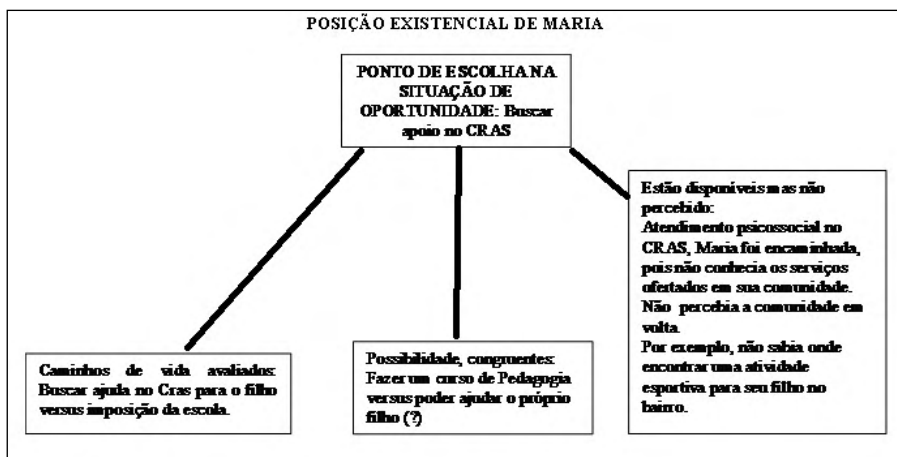


Figura 1. Modelo psicológico de situação de oportunidade.

Maria foi solicitada pela escola de Caio a buscar apoio psicológico para o filho que estava com “dificuldades de aprendizagem” em uma Unidade do CRAS. Diante disso, aproveita a oportunidade surgida no contexto. Para Hundeide (2005), isso se configura um ponto de escolha que estava disponível, mas não era percebido. Contudo, a imposição da escola em levantar “diagnósticos” que para ela, como mãe de Caio, soavam “falsos”, poderia ter comprometido sua ida ao CRAS, caso sofresse uma avaliação negativa. No

entanto, percebe-se na apresentação do caso que Maria tomou outro caminho, ou seja, buscar apoio na Instituição. Outra oportunidade surge na vida de Maria: poder realizar um curso superior em Pedagogia, (obtivera uma bolsa integral numa Faculdade particular). Surge neste contexto uma dimensão avaliativa da trajetória de Maria, pois “poderia ajudar o próprio filho, nas questões escolares”.

Na maioria das vezes, a escola, na tentativa de buscar auxílio, impõem às famílias o exercício de um papel que não lhe cabe, que é alfabetizar as crianças. Com essa tensão sofrida, a mãe do garoto, busca suas próprias estratégias para atender a demanda da escola.

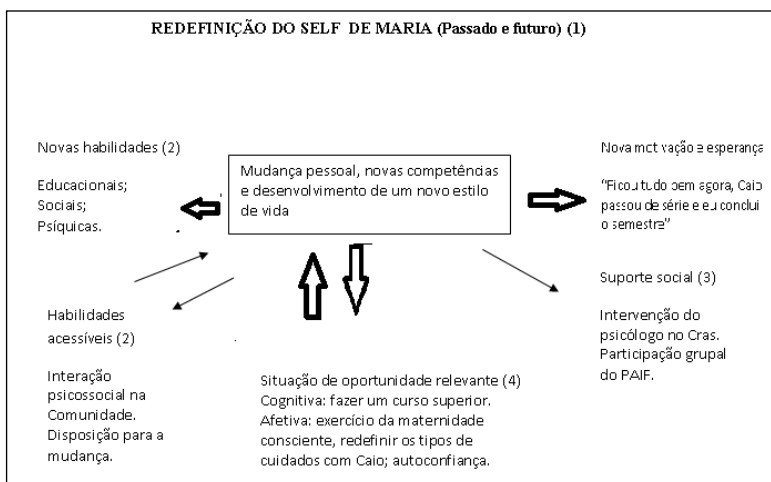


Figura 2. Modelo de mudança através do suporte social.

Na figura 2, se discute o modelo de mudança através de um suporte social que fora ofertado à família de Maria, com o objetivo de redefinição dos selves. Hundeide (2005), apresenta como pré-requisitos essenciais para a mudança da pessoa em contextos sociais de modo a adquirir novas habilidades para lidar com os vários eventos da vida familiar e comunitária (3). A redefinição do passado e uma nova definição de futuro (1) possibilitou a Maria, criar novas competências sociais (2), tornando-se relevante para sua família. A situação de oportunidade não somente foi um sentido objetivo, mas como uma motivação subjetiva para esta pessoa (4), novo estilo e maneiras, e mais importante, competências e habilidades (2): como por exemplo, maior interação psicossocial na Comunidade e disposição para a mudança.

## 4 | CONCLUSÃO

Como fora dito anteriormente, o trabalho junto às famílias do CRAS não é

clínico psicológico, mas psicossocial, deste modo, compreende-se que o “tratamento sociopedagógico”, enquanto uma Tecnologia Social, como desenvolvido por Jensen, apresenta características similares ao que nos é proposto pelos manuais de orientação do trabalho psicossocial em CRAS.

Por meio da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Esta normativa possibilitou a padronização em todo território nacional dos serviços de proteção social básica e especial, estabelecendo seus conteúdos essenciais, público a ser atendido, propósito de cada um deles e os resultados esperados para a garantia dos direitos socioassistenciais. (BRASIL, 2009/2013)

Sugere-se ampliar o escopo de investigação e análise deste trabalho aqui apresentado, visto não ser objetivo da atividade proposta. Sobremaneira, diversas interpretações teóricas poderão colaborar para melhor compreensão do fenômeno discutido, por exemplo, a respeito da criação de vínculos entre escola e comunidade, assim como, estudar um modelo mais dinâmico das interações, pessoa-ambiente-contexto- tempo.

## REFERÊNCIAS

BEATO, Mônica Soares da F. et al. **A psicologia e o trabalho no CRAS**. Belo Horizonte: CRP 04, 2011.

BRASIL. **Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009**. Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. Reimpressão em 2013.

BRASIL. **LEI 12.435, 06 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2011.

CARDOSO, Amauri M. A benção paterna. In: MOREIRA, Lúcia V. e CARVALHO, Ana M. (orgs). **Família e Educação: olhares da psicologia**. São Paulo Paulinas, 2012, p. 167.

DIAS, Adriana. Educação em saúde: um sabonete medicinal como tecnologia social. In: FERNANDES, Rosa Maria C. e MACIEL, Ana Lúcia S. (org.). **Tecnologias sociais: experiências e contribuições para o desenvolvimento social e sustentável**. Porto Alegre: Fundação Irmão José Otão, 2010. p. 31-34.

DAGNINO, Renato. **Tecnologia Social: contribuições conceituais e metodológicas**. V. 2. Campina Grande: Insular, 2014.

FERNANDES, Rosa Maria C. e MACIEL, Ana Lúcia S. Caminhos das tecnologias sociais: reflexões iniciais. In: FERNANDES, Rosa Maria C. e MACIEL, Ana Lúcia S. (org.). **Tecnologias sociais: experiências e contribuições para o desenvolvimento social e sustentável**. Porto Alegre: Fundação Irmão José Otão, 2010. p.09-12.

GOMES, Gilmar e BECKER, Cássio Luciano. Tecnologia social: isso serve para que mesmo? In: FERNANDES, Rosa Maria C. e MACIEL, Ana Lúcia S. (org.). **Tecnologias sociais: experiências e**

**contribuições para o desenvolvimento social e sustentável.** Porto Alegre: Fundação Irmão José Otão, 2010. p. 13-16.

HUNDEIDE, Karsten. **Socio-cultural Tracks of Development, Opportunity Situations and Access Skills.** University of Oslo, Norway. **Culture & Psychology.** SAGE Publications, vol. 11(2), p. 241–261, 2005.

JENSEN, M. **Desired Ambiguities and dealing with ambivalences in the context of social work.** Dinamarca: Aalborg, 2017. (MANUSCRITO)

\_\_\_\_\_. **A concept of social-pedagogical treatment.** Dinamarca: Aalborg, 2011.

PETRINI, João C. Políticas sociais dirigidas à família. Em A. Gorges & M. G. Castro (orgs). **Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais.** São Paulo: Paulinas, 2007. (pp. 207-231).

\_\_\_\_\_. A relação nupcial no contexto das mudanças familiares. In: JACQUET, Christine & COSTA, Livia F. (orgs.) **Família em mudança.** São Paulo: Companhia Ilimitada, 2004.

\_\_\_\_\_. **Pós-modernidade e família: um itinerário de compreensão.** Bauru: EDUSC, 2003.

RABINOVICH, Elaine P.; MOREIRA, Lucia V. Significados de família para crianças paulistas. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, nº 3, p. 447-455, jul/set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000300005&script.>> Acesso em: 20/05/2017.



# CAPÍTULO 7

## EL RITMO DE TRABAJO COMO FACTOR DE RIESGO EN LA SALUD PSICOSOCIAL DE UN COLECTIVO DE EMPLEADOS MUNICIPALES

*Data de aceite:* 01/11/2021

*Data de submissão:* 24/09/2021

### **Zully Shirley Díaz Alay**

Licenciada en Enfermería, Maestro en Enfermería, Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local. Profesora de la Carrera de Enfermería – Universidad Estatal Península de Santa Elena La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0001-7471-3415>

### **Jeffry John Pavajeau Hernández**

Médico, Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local Profesor de la Carrera de Enfermería – Universidad Estatal Península de Santa Elena La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0001-5269-8074>

### **César Eubelio Figueroa Pico**

Licenciado en Enfermería, Doctor en Salud Pública Profesor de la Carrera de Enfermería – Universidad Estatal Península de Santa Elena La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-6238-3348>

### **Sara Esther Barros Rivera**

Licenciada en Enfermería, Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local Profesora de la Carrera de Enfermería – Universidad Estatal Península de Santa Elena; Especialista Estrategia de Prevención y Control – Dirección Distrital 24d02 La Libertad -Salinas Salud La Libertad – Santa Elena – Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0003-1803-2230>

### **Silvia María Castillo Morocho**

Licenciada en Enfermería, Doctora en Salud Pública Enfermera Coordinadora – Clínica San Francisco Guayaquil – Guayas - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-6312-5201>

**RESUMEN:** El ritmo de trabajo es la intensidad con que se realiza una tarea o actividad en un tiempo determinado. Como objetivo de este estudio se planteó valorar el ritmo de trabajo como factor de riesgo en la salud psicosocial de empleados municipales del cantón La Libertad. La investigación fue de tipo descriptiva, cuantitativa de corte transversal; el universo poblacional estuvo conformado por 683 trabajadores y la muestra evaluada fue de 314 empleados obtenida mediante la aplicación de un muestreo aleatorio simple con un 95% de nivel de confiabilidad con un 4% de margen de error. Se empleó el instrumento CoPsoQ-istas21, evaluando de forma exclusiva la dimensión ritmo de trabajo y su interacción con las unidades de análisis priorizadas por el instrumento. Se evidenció que, en función a la antigüedad todos los grupos presentan ritmos de trabajo desfavorable en más del 80% de casos; en relación a la edad, los menores de 31 años presentan ritmos de trabajo desfavorables en el 94% de los casos; en la unidad de análisis horario se confirmó que el 80% del personal con doble jornada percibe ritmos de trabajo desfavorables y al analizar se analizó que las personas pertenecientes a los grupos que determinan menor estabilidad laboral

perciben ritmos de trabajo desfavorables en el 100% de los casos. Se concluyó que el ritmo de trabajo en este tipo de instituciones es alto sin importar con escasas variaciones entre los grupos analizados, lo que genera alteraciones en la esfera psíquica de la salud del asalariado y por ende la productividad en masa laboral de forma global.

**PALABRAS CLAVE:** Condiciones de Trabajo; Riesgos Laborales; Salud Laboral; Vigilancia del Ambiente de Trabajo.

## THE WORK RATE AS A RISK FACTOR IN THE PSYCHOSOCIAL HEALTH OF A COLLECTIVE OF MUNICIPAL EMPLOYEES

**ABSTRACT:** The work rate is the intensity with which a task or activity is carried out in a given time. The objective of this study was to assess the pace of work as a risk factor in the psychosocial health of municipal employees of the canton of La Libertad. The research was descriptive, quantitative, cross-sectional; the population universe was made up of 683 workers and the evaluated sample was 314 employees obtained by applying a simple random sampling with a 95% level of reliability with a 4% margin of error. The CoPsoQ-istas21 instrument was used, exclusively evaluating the work rhythm dimension and its interaction with the analysis units prioritized by the instrument. It was evidenced that, based on seniority, all groups present unfavorable work rates in more than 80% of cases; in relation to age, those under 31 years of age show unfavorable work rates in 94% of the cases; In the hourly analysis unit, it was confirmed that 80% of the staff with double shifts perceive unfavorable work rhythms and when analyzing it was analyzed that the people belonging to the groups that determine less job stability perceive unfavorable work rhythms in 100% of the cases. It was concluded that the rate of work in this type of institution is high, regardless of the scarce variations between the groups analyzed, which generates alterations in the psychic sphere of the health of the salaried employee and therefore the productivity of the labor force globally.

**KEYWORDS:** Working Conditions; Occupational Risks; Occupational Health; Surveillance of Working Environment.

## 1 | INTRODUCCIÓN

El trabajo, aunque con variadas y cambiantes connotaciones a lo largo de la historia, en la mayoría de la sociedades paso de ser considerado una labor producto de un esfuerzo y sacrificio, a convertirse en una actividad con un amplio significado social, convirtiéndose en la principal herramienta que posee el ser humano para la resolución de sus problemas y satisfacción de demandas, siendo así que en la actualidad el trabajo no es solo considerado como una fuente de ingresos económicos para el asalariado, sino que se considera una actividad necesaria para su desarrollo y superación personal como miembro de la sociedad (BELANDRIA PERNIA, 2018).

Así como el trabajo trae consigo condiciones beneficiosas para la vida del empleado, toda actividad laboral por muy simple que sea, demanda riesgos para la integridad y bienestar del sujeto los cuales no solamente incluyen daños en la corporalidad como se pensaba desde antaño, sino que involucran afecciones significativas en la esfera mental y

porque no decirlo social del trabajador; es importante resaltar que después de los trastornos musculoesqueléticos, el estrés laboral se constituye en la segunda afección más frecuente en la tasa laboral a nivel mundial siendo más frecuente en los puestos de trabajo vinculados con el área de los servicios lo que clarifica la presencia de riesgos psicosociales en el ambiente laboral (VIDAL LACOSTA, 2019).

Los riesgos laborales son una amenaza inminente para el bienestar e integridad del trabajador en todas sus esferas, pero los riesgos psicosociales solo entraron como conceptualización al escenario, apenas en 1984, cuando la Organización Internacional del Trabajo (OIT) propuso la importancia de los elementos del trabajo que afectan estos ámbitos de la salud y bienestar de los sujetos; los factores psicosociales del trabajo se definen como el resultante de la interacción entre elementos propios del trabajo incluyendo el ambiente laboral, condiciones de trabajo y satisfacción dentro del mismo, con las características implícitas del trabajador entre ellas su cultura, capacidades, necesidades y satisfacción personal, los cuales forman un conjugado que en ocasiones deriva en repercusiones significativas en la salud el trabajador (MONTROYA AGUDELO, 2021).

Como respuesta a la problemática generado por los factores de riesgo psicosocial surge la Psicopsicología en el trabajo, la misma que se conoce como la disciplina que imprime todo su accionar hacia la prevención y mitigación de los problemas vinculados con el contenido y organización del trabajo, mediante el engranaje simétrico entre las demandas y exigencias del empleo y las capacidades del asalariado ante dichos condicionantes; aunque estructurado en una disciplina para su estudio, los factores de riesgo psicosocial en el trabajador, constituyen el campo menos explorado de la salud laboral, con pocas medidas a su favor en los países en vías de desarrollo y con poco interés para la generación de políticas públicas a favor de la clase obrera a nivel mundial (ALCOVER, 2018).

Los riesgos psicosociales del trabajo, además de su escasa intervención a lo largo de la historia, enfrenta un problema medular en el Ecuador, a la inexistencia de un piso jurídico para su reconocimiento, ya que hasta el 2018 ni el Código del Trabajo o en la Ley de Seguridad Social, contemplaban una conceptualización clara de dichos factores incluyendo las afectaciones de la esfera mental dentro de los enfermedades laborales de forma general, sin un detalle específico de estados prepatológicos conjugados dentro de este grupo de determinantes de la salud del trabajador ecuatoriano (JARAMILLO INTRIAGO, 2018).

Aunque existen múltiples determinantes de la salud psicosocial del trabajador, una de los grandes grupos de factores psicosociales con gran influencia en el sujeto, son las exigencias psicológicas del trabajo incluidas las de carácter cuantitativo, las cuales se toman como referencia para la productividad de la empresa, de tal forma que la evaluación del trabajador muchas veces se analiza en función a la cantidad trabajo ejecutada; la cantidad de trabajo no infiere de forma individual, sino que se conjuga con el tiempo designado para su ejecución, lo que expone al empleado a condiciones variables que requieren de un equilibrio que armonice sus acciones dentro de la organización

(SÁNCHEZ PADILLA; MARTÍNEZ ALCÁNTARA; ZAMORA MACORRA, 2019).

El ritmo de trabajo como dimensión psicosocial al pertenecer al grupo de antes descrito, comparte bases conceptuales, traducándose como el tiempo que se requiere para la ejecución de una tarea o actividad; aunque al ser una exigencia psicológica cuantitativa que pone como elementos determinantes el tiempo y volumen de trabajo, el ritmo de trabajo genera variabilidades para la misma labor, debido a la multiplicidad de condicionantes externos que podrían trasgredir el desempeño del empleado entre las cuales se pueden resaltar el ausentismo laboral del equipo de trabajo, las deficiencias en las máquinas destinados al desarrollo de la labor, inclusive la presión de superiores y clientes (TACCA HUAMÁN; TACCA HUAMÁN, 2019).

En los obreros municipales, el ritmo de trabajo constituye una variable de gran significancia a la hora de valorar el rendimiento del trabajador, debido a que de forma global tanto en puestos de índole administrativa como en el trabajo de campo el factor cantidad y tiempo priman como instrumentos para la emisión de juicios de desempeño del asalariado, catalogando a los trabajadores en productivos o no en función a la rapidez para el desarrollo de una actividad lo que conlleva a presiones externas y comparativas entre trabajadores que repercuten en su salud y en otros casos hacia el abandono de los puestos de trabajo (DEL VALLE CARREÑO, 2017).

También se hace oportuno puntualizar que el ritmo de trabajo aunque claramente determina la intensidad con que se realiza una tarea o actividad en un tiempo determinado, se manifiesta por varios factores, como la velocidad en que se ejecuta una labor, la edad del empleador, el horario asignado, el nivel de concentración para realizar las tareas, los años de experiencia y la relación laboral; todos estos aspectos son de gran importancia a la hora de analizar esta variable, ya que modifican de forma directa en el ritmo de ejecución de tareas y alteran sin duda alguna el quehacer diario del trabajador (FREIRE SAMANIEGO; CORRALES SUÁREZ, 2018).

El trabajo intensificado puede afectar de manera negativa la salud tanto física, como mental de la clase laboral, debido a que acrecienta la incidencia de accidentes de trabajo de diversa índole y de la misma forma brinda el ambiente propicio para la ocurrencia de ciertas enfermedades laborales, principalmente aquellas relacionadas con el sistema musculoesquelético, reconociendo entre ellas el famoso lumbago o síndrome de túnel carpiano, entre otras; por otro lado, como producto del trabajo a ritmos desmesurados destacan los trastornos mentales y del comportamiento, incluyendo el estrés postraumático y demás reacciones agudas al estrés dependiente del contexto laboral (LOBATO CAÑÓN, 2016).

El ritmo de trabajo ha sido analizado como problemática psicosocial presente en los trabajadores municipales en contextos similares al estudiado, identificándose que las condiciones desfavorables en función a esta dimensión son una realidad vivida por más de las tres cuartas partes de los asalariados de los cabildos, convirtiéndose en uno de las

dimensiones de la salud psicosocial con mayor grado de afectación tanto para los sujetos en puestos administrativos y operativos de las municipalidades (LARCOS SANDOVAL, 2018).

Los trabajadores municipales y de manera específica los empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón La Libertad, debido a las condiciones propias del trabajo, se encuentran dependientes a factores laborales y contractuales que de una u otra forma alteran su cotidianidad y de forma directa actúan como determinantes de su salud incluyendo sin duda alguna el equilibrio en su esfera mental; la ausencia de investigaciones en el contexto local en función a los factores de riesgo psicosocial agudiza la problemática de los trabajadores de cabildo libertense, debido a que sin la generación de análisis profundos de la salud laboral y la psicopsicología del trabajo, difícilmente pudieran generarse estrategias para su intervención integral (GIL-MONTE, 2014).

Ante dicho preámbulo, el presente estudio se propuso como objetivo principal, evaluar el ritmo del trabajo en los empleados del gobierno autónomo descentralizado municipal del cantón la libertad, con la finalidad de generar un precedente para el análisis de uno de las dimensiones de la salud psicosocial del empleado local, que genere el debate y la proposición de estrategias de intervención que favorezcan a este grupo humano.

## 2 | METODOLOGÍA

La presente investigación se ejecutó a través del diseño no experimental u observacional, el cual se enfoca en la adopción de un rol expectante limitando en sobremanera cualquier tipo de manipulación de las variables analizadas; también se desarrolló mediante una tipología transversal, aplicando el instrumento de evaluación en una sola ocasión, por lo cual la realidad descrita solo muestras pruebas fehacientes del momento durante el cual fue analizada la problemática sin poder inferir en hechos pasados ni futuros (HERNÁNDEZ ESCOBAR et al., 2018).

El estudio fue de tipo descriptivo debido a que solo se limitó a observar la variable en función a cada una de las unidades de análisis de forma independiente y sin llegar a valorar algún tipo de relación entre las mismas; en el caso particular de la presente investigación se evaluó la variable ritmo de trabajo basada en diferentes unidades de análisis entre ellas la edad del trabajador, antigüedad, horario de trabajo y tipo de relación laboral (BERNAL TORRES, 2010).

El universo de la investigación estuvo conformado por 683 trabajadores del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón La Libertad incluidos personal operativo, personal administrativo y directores departamentales en nómina; la muestra seleccionada correspondió a 314 empleados, la misma que se obtuvo mediante la aplicación un muestreo aleatorio simple utilizando la fórmula para poblaciones finitas proponiendo como constantes en valores del 95% de nivel de confiabilidad y un margen de error del 4% (LÓPEZ-KLEINE,

2017).

La técnica empleada fue la encuesta la misma que se enfoca en la aplicación de cuestionarios a la población de estudio con la finalidad de obtener datos relevantes para su análisis; para el caso particular de la presente investigación se aplicó el cuestionario denominado CoPsoQ-istas21, enfocado de forma exclusiva en la dimensión de psicosocial conocida como ritmo de trabajo perteneciente al grupo de exigencias psicológicas del empleo; aunque el instrumento consta de 109 items en su mayoría tipo Likert, para el análisis de la dimensión de exposición se tomó en cuenta solo tres de ellos. La tabulación de datos se ejecutó mediante el programa informático propio del método ISTAS21, el cual generó gráficos de barras diferenciando en terciles cada uno de los niveles de condiciones de riegos generadas por el ritmo de trabajo bajo etiquetas de colores que van desde el tono verde para condiciones menos desfavorables, amarillo para condiciones intermedias y el rojo para condiciones más desfavorables (DÍAZ ZAZO, 2015).

### 3 I RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como resultante de la tabulación de datos recolectados durante la investigación en la figura 1, se estudió la dimensión ritmo de trabajo en concordancia con la unidad de análisis antigüedad, se corroboró que en todos los grupos categorizados por el método Iistas 21, se presentan niveles desfavorables en más del 80%, destacando que en el conglomerado de contratados de menos de 30 días por la municipalidad dicha condición es la generalidad en el 100% de los encuestados; esta realidad contrasta con el grupo de asalariados que presento un mayor porcentaje de encuestados con condiciones favorables en su ritmo de trabajo, que corresponde a los de más de 6 meses y hasta 2 años, los mismos que en cifras porcentuales alcanzaron solo el 8,33% de trabajadores estudiados.

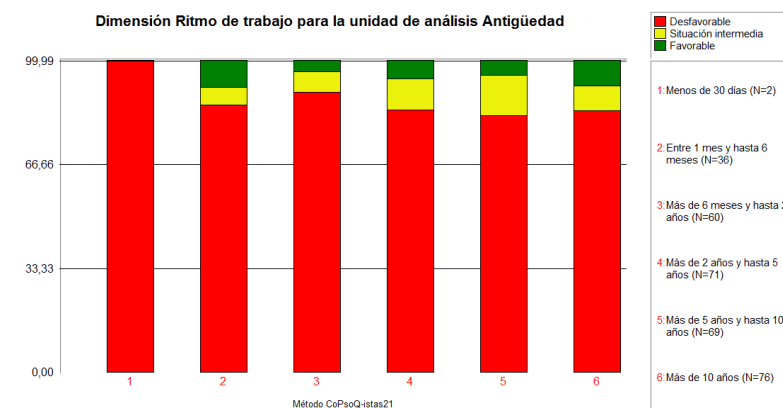


Figura 1. Análisis porcentual por terciles de las condiciones laborales del ritmo de trabajo, según antigüedad; empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón la Libertad, 2018. Generado desde el sistema informático del método Iistas21 versión 2.

Al correlacionar este resultado es notoria su similitud con los manifestado por Montenegro Carrillo (2017), en su investigación en una empresa municipal de rastro y plazas de ganado del Cantón Santo Domingo – Ecuador, la cual dentro de los factores psicosociales analizados identificó que las cifras de condiciones desfavorables con respecto al ritmo de trabajo de sus empleados, estuvo presente en el 82% de los obreros encuestados, lo cual aunque no está enfocado de forma específica la unidad antigüedad, infiere un comportamiento similar entre los dos entornos estudiados.

Al estudiar a detalle la dimensión psicosocial ritmo de trabajo en función a la unidad de análisis edad del empleado, la figura 2 expresó de forma gráfica que en la población asalariada del gobierno autónomo descentralizado municipal del Cantón La Libertad, el grupo etario que presentó en mayor porcentaje condiciones desfavorables fue el de menos de 31 años, reflejado en cifras porcentuales que llegan al 94.12% de la población; cabe acotar que aunque las condiciones desfavorables priman en las mayoría de grupos etarios, en el colectivo de más de 45 años el nivel considerado como más favorable alcanzó en 13,27%.

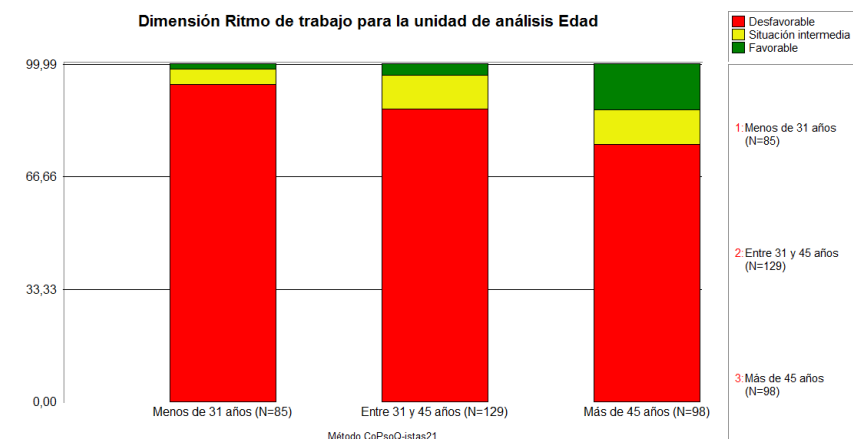


Figura 2. Análisis porcentual por terciles de las condiciones laborales del ritmo de trabajo, según edad; empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón la Libertad, 2018. Generado desde el sistema informático del método Iistas21 versión 2.

Al comparar los datos obtenidos en esta unidad de análisis, se asemeja a lo concluido en la investigación realizada en la ciudad de Ambato en poblaciones similares por Moya Rubio (2016), la misma que en su análisis de trabajadores del departamento de desechos sólidos se corroboró condiciones desfavorables en el ritmo de trabajo en cifras cercanas al 97% de los obreros, lo que aunque no de forma directa con la unidad de análisis identifica que la dimensión en estudio es un problema real en la población asalariada de dichos entornos .

Asimismo en la figura 3, que bajo la óptica de de la unidad de análisis denominada

horario laboral, la mayoría de grupos de trabajadores evaluados presentaron condiciones desfavorables en su ritmo de trabajo, correspondientes a más del 80% de los casos, destacando de forma especial el grupo humano categorizado en turno fijo de noche alcanzaron cifras de afectación del 100%, seguido muy de cerca por los categorizados en turnos rotativos excepto la noche y jornada partida mañana y tarde los cuales poseen condiciones desfavorables en el 88,00% y 86,52% respectivamente. Dicha situación contrasta con el colectivo de asalariados perteneciente a turnos fijos por la tarde los mismos que solo reflejan condiciones desfavorables en solo en el 25% de trabajadores objeto de investigación.

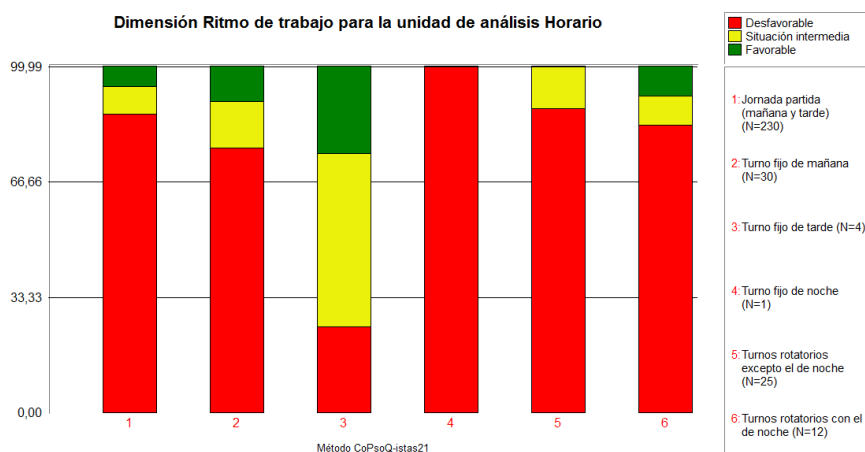


Figura 3. Análisis porcentual por terciles de las condiciones laborales del ritmo de trabajo, según horario laboral; empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón la Libertad, 2018. Generado desde el sistema informático del método Istas21 versión 2.

En investigaciones en el panorama ecuatoriano y de la región andina no se logró determinar el análisis de las variables en función a la unidad horario laboral, pero de forma general, en el proceso comparativo con la investigación generada por Martínez Martínez (2019) which leads to its employees experiencing symptoms of fatigue which is considered as a consequence in health, in the body in the short and / or long term presenting itself in the physical, mental and social part of the partner. \nWith the use of the method of CoPsoQ-Istas 21 (version 2, el mismo que analizo el ritmo de trabajo en operarios de una empresa del sector productivo, se evidenciaron grandes similitudes, debido a que en este colectivo de trabajadores, el ritmo de trabajo se presentó condiciones desfavorables en la totalidad de sujetos estudiados.

También, al interpretar la unidad de análisis conocida como relación laboral, en la figura 4 se determinó que en ritmo de trabajo en los sujetos que poseen una relación contractual de temporada, por obra cierta, por tarea y por destajo presentaron condiciones



desfavorables en cifras que alcanzan el 100% de los empleados estudiados, seguido muy de cerca por el grupo de empleados que laboraban por contrato ocasional en los cuales esta condición está presente en el 90,79% de sujetos encuestados; cabe acotar que ninguno de los grupos analizados presento más del 11% de sujetos con ritmos de trabajo en condiciones de favorabilidad.

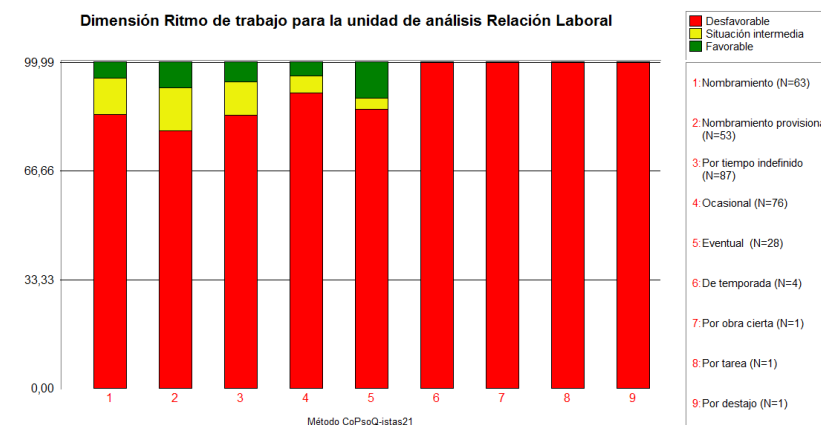


Figura 4. Análisis porcentual por terciles de las condiciones laborales del ritmo de trabajo, según relación laboral; empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón la Libertad, 2018. Generado desde el sistema informático del método Iistas21 versión 2.

El panorama evidenciado en el contexto local difiere con lo sucedido en el contexto europeo en la investigación realizada por Montalvo Sánchez et al., (2020), el mismo que corroboró que las exigencias psicológicas cuantitativas entre las cuales destaca el ritmo de trabajo solo se presenta en condiciones desfavorables en el 44,21 % de asalariados encuestados; este hecho comprueba diferencias significativas en la gestión de la salud psicosocial y demás componentes de la prevención de riesgos entre el contexto latinoamericano y el europeo lo cual genera condiciones laborales distintas aunque los campos ocupacionales sean similares.

## 4 | CONCLUSIONES

De manera holística se puede concluir que gran parte de los empleados pertenecientes al Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón La Libertad laboran en condiciones desfavorables bajo el análisis de la dimensión psicosocial del grupo de exigencias psicológica cuantitativas conocido como ritmo de trabajo, determinando mayor afectación en sujetos con antigüedad de menos de 30 días, en el rango de edad menor de 31 años, en horarios de turno fijo por la noche y con relación laboral de temporada, por obra cierta, por tarea y por destajo.

Además, el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón La Libertad,

al ser una institución con un alto número de empleados presenta una multifactorialidad de criterios y percepciones acerca del ritmo de trabajo, es por ello que el ritmo de trabajo debe ser analizado desde diversas perspectivas en la cual se vincule a la alta gerencia de la empresa, para mejorar las condiciones de salud y disminuir los factores de riesgo psicosociales en el trabajo, por lo que se requiere de múltiples investigaciones que propongan estrategias para la intervención integral que fomente el bienestar de los empleados.

## REFERENCIAS

ALCOVER, C. M. **Ergonomía y Psicosociología aplicada a la prevención de riesgos laborales.** *Psicothema*, v. 30, n. 3, p. 351–353, 2018.

BELANDRIA PERNIA, G. **El concepto de trabajo y las TIC.** *Sapientia Organizacional*, v. 6, n. 12, p. 21–56, 2018.

BERNAL TORRES, C. **Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales.** 3. ed. Bogotá: Bogotá Pearson Educación S.A. 2010, 2010.

DEL VALLE CARREÑO, J. A. **Evaluación de riesgos psicosocial y la incidencia en el clima laboral de los trabajadores del gobierno autónomo descentralizado municipal del cantón El Empalme año 2017.** Pregrado—Quevedo: Universidad Técnica Estatal de Quevedo, 2017.

DÍAZ ZAZO, M. P. **Prevención de riesgos laborales. Seguridad y salud laboral.** 2. ed. Madrid: Ediciones Paraninfo, S.A., 2015.

FREIRE SAMANIEGO, J. D.; CORRALES SUÁREZ, N. A. **Riesgos psicosociales y su influencia en el desempeño laboral de los docentes universitarios.** *Didasc@lia: didáctica y educación* ISSN 2224-2643, v. 9, n. 4, p. 53–68, 2018.

GIL-MONTE, P. R. **Manual de Psicosociología aplicada al trabajo y a la prevención de los riesgos laborales.** [s.l.] Ediciones Pirámide, 2014.

HERNÁNDEZ ESCOBAR, A. A. et al. **Metodología de la investigación científica.** Alicante: Editorial Científica 3Ciencias, 2018.

JARAMILLO INTRIAGO, F. E. **Los riesgos psicosociales en el Derecho del Trabajo:** *USFQ Law Review*, v. 5, n. 1, p. 100–117, 2018.

LARCOS SANDOVAL, R. M. **Riesgos psicosociales y su incidencia en los accidentes de trabajo en el personal operativo de un GAD Municipal.** 2018.

LOBATO CAÑÓN, J. R. **Calificación y valoración de la enfermedad profesional: análisis de la situación actual y propuestas de mejora.** *Medicina y Seguridad del Trabajo*, v. 62, n. 1, p. 87–95, 2016.

LÓPEZ-KLEINE, L. **Bioestadística.** 1. ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2017.

MARTÍNEZ MARTÍNEZ, B. S. **Evaluación de riesgos psicosociales en una microempresa de fabricación de calzado a través del método CoPsoq Ista 21**. Grado—Cuenca: Universidad Politécnica Salesiana, 2019.

MONTALVO SÁNCHEZ, E. et al. **Prevalencia y niveles de exposición a factores y riesgos psicosociales a través del ISTAS-21**. Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, v. 51, n. 1, p. 53–72, 2020.

MONTENEGRO CARRILLO, D. R. **Valoración de factores de riesgo psicosociales en los trabajadores de la empresa pública municipal de rastro y plazas de ganado de santo domingo” Epmrpg-Sd” y su relación en el rendimiento laboral, propuesta de un manual de gestión**. Maestría—Latacunga: Universidad Técnica de Cotopaxi, 2017.

MONTOYA AGUDELO, C. **Riesgos psicosociales laborales**. 1. ed. Bogotá: Ediciones de la U, 2021.

MOYA RUBIO, E. F. **Plan de prevención de riesgos psicosociales en el área administrativa de una empresa de servicios de desechos sólidos en Ambato**. Ambato: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2016.

SÁNCHEZ PADILLA, M. L.; MARTÍNEZ ALCÁNTARA, S.; ZAMORA MACORRA, M. **Trabajo emocional y sus efectos en la salud del personal de enfermería del Hospital General de México, 2017**. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, v. 22, n. 2, p. 888–920, 2019.

TACCA HUAMÁN, D. R.; TACCA HUAMÁN, A. L. **Factores de riesgos psicosociales y estrés percibido en docentes universitarios**. Propósitos y Representaciones, v. 7, n. 3, p. 323–338, 2019.

VIDAL LACOSTA, V. **El estrés laboral: Análisis y prevención**. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2019.

# CAPÍTULO 8

## TECNOLOGIAS EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SERVIÇO SOCIAL

*Data de aceite:* 01/11/2021

*Data de Submissão:* 20/10/2021

### **Sara Cintia Ferreira da Silva**

Assistente Social pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Socióloga pela Universidade Paulista (UNIP) e Mestra em Política Social (UFMT). Barra do Garças/MT  
<http://lattes.cnpq.br/5502603387541876>

**RESUMO:** A tecnologia em saúde abrange os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, assim como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Nesse contexto, o objetivo desse artigo é refletir sobre trabalho dos profissionais de Serviço Social frente às diversas tecnologias para a promoção do cuidado nos serviços de saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, bibliográfica explicativa. Espera-se mudar o “fazer saúde” dos assistentes sociais através das ações utilizando as tecnologias para a construção do cuidado no SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde. Serviço Social. Cuidado. Tecnologias.

### HEALTH TECHNOLOGIES IN THE FRAMEWORK OF SOCIAL SERVICE

**ABSTRACT:** Health technology encompasses the knowledge used in the production of unique products in health services, as well as the knowledge that operates to organize human and

inter-human actions in productive processes. In this context, the objective of this article is to reflect on the work of Social Service professionals in face of the different technologies for the promotion of care in health services. It is qualitative, bibliographic and explanatory research. It is hoped to change the ‘doing health’ of social workers through actions using technologies for the construction of care in the SUS.

**KEYWORDS:** Health Social Service. Caution. Technologies.

### 1 | INTRODUÇÃO

O autor Emerson Elias Merhy na obra “Um Ensaio sobre o Médico e suas Valises Tecnológicas”, identifica no ambiente de trabalho a necessidade e a dificuldade da utilização das tecnologias leves, o que trouxe o questionamento de quanto muitos profissionais são incapazes de lidar com o sofrimento, acabando por aplicar apenas as tecnologias duras e leve-duras nas relações profissional-usuário, provocando o empobrecimento no processo de acolhimento. Para o autor isso é decorrente do sistema capitalista, onde as pessoas são moldadas para uma prática alienada e mecanizada distribuída por partes, onde cada um executa uma parte do trabalho sem pensar no todo, por isso a grande dificuldade diante do sofrimento.

Nesse contexto, o presente artigo tem por objetivo refletir sobre trabalho dos profissionais de serviço social frente às diversas tecnologias para a promoção do cuidado nos serviços de

saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, bibliográfica, descritiva e explicativa. Para tanto, procurou-se levantar em livros, sites, teses e outros documentos temas pertinentes para subsidiar maior aporte teórico acerca do assunto.

O artigo divide-se em três partes: após a apresentação é a exibida a primeira parte que se refere à dimensão cuidadora do trabalho do assistente social no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS); a segunda parte discorre sobre as tecnologias em saúde e a terceira parte aborda o papel do assistente social frente à tecnologia em saúde. Por fim são apresentadas as considerações finais.

## 21 O SERVIÇO SOCIAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Para discorrer sobre o tema é imprescindível o entendimento do que vem a ser Serviço Social e sua finalidade e posteriormente compreender o papel do Serviço Social frente às abordagens nos serviços de saúde para a produção do cuidado.

Nesse contexto, Vicente (2007, p. 06) contribui afirmando que:

Serviço Social é a ação que um profissional denominado assistente social realiza, desde que habilitado em curso de nível superior, para atuar em cenários voltados às políticas sociais de instituições públicas, privadas e nas organizações não governamentais – ONGs. [...] O serviço social possui como propósito propiciar, a partir das intervenções, uma possibilidade de vida mais justa para todos.

Logo, percebe-se que o profissional de serviço social atua como mediador entre as políticas sociais disponíveis nas instituições e as necessidades da população, visando a promoção da qualidade de vida e garantia do acesso aos serviços. Assim, compreende-se que esse profissional deve desenvolver inúmeras habilidades, dentre elas o poder de argumentação e um olhar crítico para garantir a resolubilidade de suas ações, em busca de maior qualidade nos serviços presta dos aos usuários e equidade no acesso a esses serviços.

Vicente (2007, p. 39) também coloca que:

O assistente Social estará sempre diante das questões sociais que acompanham a vida dos sujeitos, levando em consideração aspectos como valores, hábitos e costumes dos grupos ou ainda do indivíduo, inseridos em um cenário regido por leis e políticas sociais estabelecidas pelo Estado ou pelo mercado de trabalho por meio das empresas privadas.

O trabalho do assistente social está relacionado com as questões políticas, culturais, sociais e históricas da humanidade e suas aceleradas transformações, e exige competências para intervir na vida do sujeito. Isto requer que o assistente social esteja em contínuo aprendizado no sentido de fortalecer suas habilidades para atuação nestes cenários que interferem diretamente no modo de vida do sujeito e na prática profissional.

Por isso, o assistente social precisa ter capacidade de analisar as mudanças e influências que o mundo globalizado produz em nossa sociedade e no sujeito em si, a fim de garantir aos cidadãos o direito de acesso aos serviços de saúde sem distinção ou qualquer forma de preconceito, de modo a promover a universalização, a equidade e a justiça social.

A profissão é regulamentada pela Lei nº 8.662/93 e seu exercício profissional regido pelo código de ética profissional dos assistentes sociais, resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Os espaços profissionais do assistente social situam-se nas áreas das políticas sociais públicas e privadas. Deste modo, o assistente social é requisitado para o planejamento, a gestão e a execução de políticas, programas, projetos e serviços sociais. Apesar de estar presente em ações relacionadas às políticas direcionadas aos segmentos populacionais (como idoso, criança, adolescente, mulher, negro e índio), o serviço social atua prioritariamente no tripé da Seguridade Social: Assistência, Saúde e Previdência.

Logo, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos campos de atuação do assistente social e é permeado de complexidade e desafios que vão colocar este profissional no meio de duas forças distintas: os usuários e a instituição. Este fenômeno obriga o assistente social a desenvolver habilidades de atuação que venha garantir os direitos dos usuários sem necessariamente entrar em conflitos com a instituição que o emprega. Nessa relação tripartite é possível perceber que a balança vem pendendo mais para o lado da instituição do que do próprio usuário, situação essa que vem desconstruindo as características do Serviço Social.

Segundo o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010, página 31):

[...]. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional.

Assim, para uma prática profissional coerente, o assistente social deve levar em conta o conceito ampliado de saúde (como fruto das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural; e não somente como ausência de doença) e agir de forma que supere a perspectiva biológica, as práticas paramédicas e a fragmentação do conhecimento. O profissional deve considerar os aspectos sociais do processo saúde-doença, o conhecimento e a visão generalista.

Por conta da superação biológica e visão generalista, o assistente social enquanto profissional de saúde está sendo convidado a compor equipes multiprofissionais cujo

objetivo prioritário consiste em produzir o cuidado.

O cuidado em saúde é profundamente articulado aos princípios do SUS e remete a questões do “ser” humano nas relações sociais e isto vem ao encontro dos principais pressupostos teórico-metodológicos do Serviço Social em sua formação e exercício profissional.

O termo cuidado diz respeito ao modo como os profissionais articulam seus conhecimentos e saberes em benefício dos usuários com o olhar humanizado. O cuidado abrange práticas de saúde que envolvem muitas considerações, isto é: para que as práticas de saúde aconteçam o cuidado está implícito nos serviços, como no acolhimento, nas relações de responsabilidade, na autonomia dos sujeitos envolvidos, nas necessidades de saúde, na resolubilidade, no compromisso, com o social, o econômico, as políticas públicas, enfim, a integralidade.

Para Pinheiro (2009, p. 113), a definição do cuidado é indissociável de sua integralidade. “É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento - em grande medida fruto de sua fragilidade social, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas”.

A noção de integralidade já aparece na Constituição de 1988: “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Artigo 198). Um dos pilares desta noção seria uma visão mais global, mais ampla do indivíduo, que agregasse seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, entre outros.

Costa (2009) complementa colocando que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva acreditar que o seu principal papel é assegurar a integralidade das ações.

Já Merhy (2002) coloca que o trabalho em saúde faz uso do cuidado e de ferramentas tecnológicas, que será abordado a seguir.

### 3 | TECNOLOGIAS EM SAÚDE

A tecnologia é considerada como expressão do avanço da ciência e tem seguido a evolução da história da humanidade manifestando-se sempre de forma extraordinária, abrangente e rápida. A tecnologia se faz presente em diversas áreas do conhecimento, como a área da saúde.

Para Mehry (2002) a definição de tecnologia em saúde inclui os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, assim como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. O autor a classifica em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves.

As tecnologias duras são aquelas ligadas com as mãos na utilização de equipamentos, aparelhos e/ou as máquinas, e que encerram trabalho motor, fruto de outros momentos de

produção, assim, conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos. (MEHRY, 2002).

As tecnologias leve-duras estão relacionadas com a cabeça por meio dos conhecimentos específicos e estruturados. Em outras palavras, seriam àqueles referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, como as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros. Caracterizam-se por conterem trabalho capturado com possibilidade de expressarem trabalho vivo (MEHRY, 2002).

Já as tecnologias leves estão presentes nas relações entre profissional e usuário produzindo a interlocução entre dois sujeitos em um ato vivo em si. São tecnologias produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. (MEHRY, 2002).

Embora cada uma dessas tecnologias tenha a sua importância no processo de saúde-doença, muitas vezes não são aplicadas adequada e equilibradamente entre si, o que prejudica a produção do cuidado em sua amplitude. Isso acontece porque os profissionais não possuem o domínio da tecnologia leve que acaba sendo sobreposta pelas outras duas.

Segundo Merhy e Feuerwerker (2015, sem página):

O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos e sociais e no plano singular de cada situação). A “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas (pois é disso que se trata a vida).

Pereira (2001) também concorda que todas essas tecnologias se fazem necessárias nos processos de produção em saúde e não cabe haver hierarquização de valor das tecnologias. Para o autor todas são importantes, porém não se deve esquecer de que, em todas as situações, as tecnologias leves precisam estar sendo operadas.

Para a produção de saberes distintos e intervenções modificadoras, precisa-se olhar o processo saúde-doença como um todo, o sujeito e suas particularidades bem como o meio onde vive e se relaciona. As pessoas possuem características próprias e individuais e também se relacionam em coletividade no seu círculo social, fatores que influenciam o modo de vida.

Com um novo olhar para as tecnologias leves, os profissionais da área da saúde devem romper a cada dia com os laços da herança capitalista em prol de um trabalho mais humanizado, embora isso seja um grande desafio. Assim, fazendo uma análise da realidade vivenciada o que se percebe é que a problemática nas relações profissionais/usuários começa com a ineficiência na articulação dos diversos serviços de saúde entre si



e entre o outro em prol do todo. Esse sistema pautado na individualidade e alienação acaba prejudicando o processo de comunicação e atendimento entre essas redes, imprimindo ao usuário (a) todos os transtornos decorrentes. Cada um focado no próprio fazer se esquecendo do fazer do outro, ignorando a dependência entre si para conseguir atender as demandas com eficiência e qualidade.

Conforme EPS em Movimento-Entrada Textos –Texto Dispositivo de Redes (2015, p 02):

São muito comuns os conflitos e desentendimentos entre trabalhadores de diferentes serviços de saúde: desconfianças de parte a parte, desresponsabilização generalizada etc. Em situações difíceis, por exemplo quando o acesso é tardio, comprometendo as possibilidades terapêuticas, é comum que a reação imediata seja identificar um culpado –geralmente é quem está em outro serviço, que não faz a sua parte! Também é comum nestas situações, o julgamento ser mais genérico, “é culpa do sistema”, isto é, “da secretaria”, a culpa é do outro!

Percebe-se que há diversos tipos de pessoas (cada uma com sua personalidade e particularidade) que fazem parte desses dispositivos de redes e que, por isso, prestar um serviço contínuo e entrelaçado se torna uma tarefa muito difícil e complexa e, assim, o usuário mais uma vez fica à mercê desse sistema.

É preciso desenvolver técnicas para driblar os obstáculos para produzir e reproduzir ações humanizadas, pois igual traz Scheffler (2007, p. 57): “[...] podemos sonhar, lutar, realizar, resistir aos obstáculos, construindo novos saberes, novas ações, novos compromissos...”

## 4 | O SERVIÇO SOCIAL E AS TECNOLOGIAS

É na conjuntura de lutas por direitos e fortalecimento do cuidado em saúde que as tecnologias em saúde vêm se apresentando no fazer do assistente social.

De acordo com Merthy (2002), o trabalho em saúde faz uso de ferramentas tecnológicas (leves, leve-duras e duras) e o cuidado, que é essencialmente relacional e dependeria do modo como cada trabalhador articula tais ferramentas. Com base nas formulações deste autor é possível dizer que as duas últimas tecnologias estão presentes na atuação do assistente social, embora a última se caracterize mais, pois é nas tecnologias leves que há uma relação mais estrita entre trabalhador e usuário adquirindo um vínculo, uma forma de acolhimento voltada para o cuidado, para o saber ouvir.

O trabalho do assistente social não se faz tão somente na mudança de comportamento, no trato com as pessoas e suas necessidades, mas também na forma de utilização dos meios necessários para se promover a qualidade de vida das pessoas e, conseqüentemente, um corpo sadio livre de doenças. O processo de saúde não se dá apenas na cura de doenças, mas principalmente na prevenção delas.

Há de considerar que o assistente social se insere em processos de trabalho em

que o cuidado à saúde requer conhecimentos sobre a questão social inserida e o contexto interligado em que vivem seus usuários, que incluem as denominadas como condições de vida (determinantes sociais, culturais, econômicos, religiosos, ambientais, familiar...).

O profissional também tem que possuir a capacidade de percorrer caminhos dentro e fora da instituição em que trabalha, contribuindo para viabilizar o atendimento na direção da promoção da saúde do ponto de vista da política de saúde como a integralidade da atenção, as necessidades sociais de saúde e a construção de linhas de cuidado.

Nesse sentido, levando em consideração que o cuidado é indissociável à sua integralidade, o assistente social precisa ampliar seu espaço sócio ocupacional observando que “a integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico” (Nogueira e Mioto (2006, p. 225).

Para o profissional realmente focar no cuidado como ponto referência de suas ações, necessita-se estabelecer vínculos afetivos, trabalhar com o emocional, com as particularidades do indivíduo, pois muitos profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o emocional dos usuários, e sim com a doença, onde ele faz um curativo, encaminha para o serviço especializado e assim termina sua responsabilidade. Quando um usuário chega expondo toda sua angústia com a falta de procedimentos e serviços para atender suas necessidades, o profissional de saúde fica perdido, inseguro, sem saber o que fazer para dar resposta a esse usuário, e isso prejudica a [re] produção das relações afetivas e aumenta as tensões entre essas duas forças semelhantes e ao mesmo tempo contraditórias entre si. É mais fácil e cômodo o profissional agir mecanicamente, reproduzindo um trabalho alienado do que refletir sobre o sofrimento do outro.

Silva Júnior et al. (2003, p.123) reafirma esse ponto de vista quando coloca que: “há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as “lesões” e “disfunções” detectadas”.

Já Ferri et al (2019) complementam colocando que na busca de “(re) construção da prática de saúde [...] já está implícita a necessidade de incorporar outros instrumentos na produção dos serviços de saúde e, nesse sentido, as tecnologias leves também precisam se constituir em instrumentos do cotidiano da produção dos serviços de saúde”.

Assim, há um entendimento que a reestruturação da metodologia de trabalho se faz necessária, onde pode-se interligar uma tecnologia na outra sem que haja a necessidade de hierarquiza-las, mas sim complementá-las com a interação dos saberes científicos com os relacionais para a promoção do cuidado.

E é nas descobertas no cotidiano de trabalho que faz o profissional de serviço social pensar, analisar e avaliar como está sendo a sua conduta e comportamento no exercício de suas funções e como as tecnologias devem ser usadas.

E diante de situações do cotidiano de trabalho que tem a oportunidade de observar e compreender como uso das tecnologias leves no atendimento aos usuários podem contribuir positivamente na solução de seus problemas. Pois percebe-se que o profissional não é ferramenta de (re) produção da aceitação, do conformismo e do comodismo, mas sim um elo importante entre os serviços, gestão e usuários, atores detentores de uma visão crítica e holística da realidade do sujeito e dos fatores que interferem nela. E com isso entende-se que a tecnologia em saúde é um crescer individual que nasce dentro de cada assistente social a partir de anseios e desejos de mudanças e que pode se perpetuar para o coletivo por meio de ações e interações entre os sujeitos inseridos nesse processo com um objetivo em comum: um SUS melhor para todos, seja ele refletido nas condições de trabalho aos profissionais ou na garantia de acesso aos usuários.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção de tecnologias em saúde e de cuidado estão associadas ao projeto ético-político do Serviço Social no que se refere ao compromisso, respeito aos usuários e à escuta como valores constitutivos da ação profissional.

As tecnologias leves nos serviços de saúde fazem em refletir quão é importante para o assistente social desenvolver conhecimentos e habilidades que permitam compreender o mundo e as relações sociais do indivíduo sob uma vertente mais humanizada afim de promover o fortalecimento do cuidado.

Já a utilização das tecnologias leves-duras aliada com as tecnologias leves levam a proposta da Educação Permanente em Saúde que nada mais é que a constante busca por novas perspectivas e renovação dos meios de trabalho, aperfeiçoamento das práticas e habilidades através do ato vivido no cotidiano e das possibilidades diante das problemáticas enfrentadas por meio da relação mútua entre profissional/usuário.

E diante do que foi apresentado espera-se mudar o contexto do „fazer saúde“ dos profissionais de serviço social através das ações utilizando as tecnologias, objetivando a garantia dos direitos e qualidade nas relações profissional/usuário em busca da construção do cuidado no Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. **Código de Ética do assistente social e Lei n. 8.662/93**. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

EPS EM MOVIMENTO. **Dispositivos de Redes**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/dispositivos-de-redes>>. Acesso em: 30 de maio de 2019.

FERRI, S. M. N; PEREIRA, M. J. B; MISHIMA, S. M; CACCIA-BAVA, M. C. G; ALMEIDA, M. C. P. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família**. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300009). Acesso em: 01 de jun. de 2019.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde**. Interface. Comunic, Saúde, Educ., 2000.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/novo-olhar-sobre-as-tecnologias-em-saude-uma-sociedade-contemporanea/view>>. Acesso em 30 de maio de 2019.

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde –SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, 2006.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: Pereira, I.B.;Lima, J.C.F.(Org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: 2009.

SCHEFFLER, S. L. **Fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do serviço social**. Palmas: UNIVALE/UNITINS/FAEL, 2007.

SILVA JR., A.G.S; MEHRY, E.E; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs.).**Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ Abrasco, 2003.

VICENTE, A. T. T. **Introdução ao serviço social**. Palmas: UNIVALE, 2007.

# CAPÍTULO 9

## APLICAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM FORTALEZA

*Data de aceite: 01/11/2021*

*Data da submissão: 06/09/2021*

### **Lídia Vieira do Espírito Santo**

Discente de Medicina pela Universidade  
Estadual do Ceará  
Fortaleza – Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/9583521302146988>

### **Luciana Passos Aragão**

Médica da Saúde da Família e Comunidade  
e Professora Assistente da Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal do Ceará  
Fortaleza - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/7900033703747569>

### **Marília Vieira do Espírito Santo**

Médica da Saúde da Família e Comunidade  
pela Universidade Federal do Ceará  
Fortaleza - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/2766460404232330>

### **Marla Rochana Braga Monteiro**

Discente de Medicina pela Universidade  
Estadual do Ceará  
Fortaleza - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/1247331476743501>

### **Lucas Lessa de Sousa**

Discente de Medicina pela Universidade  
Estadual do Ceará  
Fortaleza - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/5804855001137896>

### **Morgana Cléria Braga Monteiro**

Pediatra pelo Hospital Infantil Albert Sabin  
Fortaleza - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/4818460619610387>

### **Amanda Holanda Cardoso Maciel**

Discente de Medicina pela Universidade  
Estadual do Ceará  
Fortaleza - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/7323302371424773>

### **Gleiry Yuri Rodrigues Cardoso**

Discente de Medicina pela Universidade  
Estadual do Ceará  
Fortaleza - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/1692991538182547>

### **Lucas Oliveira Sibellino**

Discente de Medicina pela Universidade  
Estadual do Ceará  
Fortaleza - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/4091270693762152>

### **José Leonardo Gomes Rocha Júnior**

Discente de Medicina pelo Centro Universitário  
Christus  
Fortaleza - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/4870543687311223>

### **Ticiane Freire Bezerra**

Discente de Medicina pelo Centro Universitário  
Christus  
Fortaleza - Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/3361200188637664>

### **Isabel Camila Araujo Barroso**

Discente de Medicina pelo Centro Universitário  
Christus

**RESUMO:** O acolhimento à demanda espontânea é um importante acesso da população à Atenção Primária, sendo esta última uma das principais portas de entrada para o Sistema Único de Saúde. Diante disso, é fundamental que esses atendimentos sejam otimizados. O objetivo deste trabalho é realizar uma intervenção de aplicação da Classificação de Risco no acolhimento de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde pela capacitação dos profissionais de saúde envolvidos nesses atendimentos, utilizando as diretrizes do Ministério da Saúde contidas no Caderno de Atenção Básica número 28 “Acolhimento à Demanda Espontânea” e analisar os resultados obtidos. A intervenção consistiu em eventos educativos para os profissionais de saúde de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (total de 10 participantes, n=10), com exposições dialogadas e distribuição de material de apoio para consulta, sendo aplicados questionários fechados para coletar dados quantitativos antes e depois da intervenção, bem como foi utilizada a observação participante de uma das pesquisadoras para análise qualitativa. Os resultados mostraram impacto positivo da intervenção nos atendimentos de acolhimento à demanda espontânea, com melhorias quanto à utilização de critérios clínicos, psíquicos e de vulnerabilidade social pelos profissionais para Classificação de Risco (100%, n=10 dos profissionais relataram se sentir mais seguros em relação a critérios clínicos e 90%, n=9 deles relataram se sentir mais seguro para utilização de critérios psíquicos e de vulnerabilidade social). Houve também maior engajamento e melhor interação da equipe nos atendimentos, além de melhor organização do acolhimento (100%, n=10 avaliaram que a Classificação de Risco adaptada para APS melhora a organização dos atendimentos do acolhimento). Assim, há necessidade de elaboração de estratégias de educação permanente para capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde quanto à Classificação de Risco no acolhimento à demanda espontânea para melhor organização e efetividade desses atendimentos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Urgência. Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Classificação de Risco.

## THE APPLICATION OF RISK CLASSIFICATION ON EMBRACEMENT OF SPONTANEOUS DEMAND IN A PRIMARY HEALTH CARE UNIT IN FORTALEZA

**ABSTRACT:** The embracement of spontaneous demand is an important access of the population to Primary Health Care, which is one of the main entry points to the Sistema Único de Saúde. Therefore, it is essential that these services are optimized. The objective of this research is to implement an intervention to apply the Risk Classification in the embracement of a Primary Health Care Unit by training the health professionals involved in these services, using guidelines of the Ministry of Health contained in the Primary Health Care Publication number 28 “Reception of Spontaneous Demand” and analyzing the results obtained. The intervention consisted in educational events for health professionals in a Primary Health Care Unit (total of 10 participants, n = 10), with meetings and distribution of support material for consultation. Closed questionnaires were applied to collect quantitative data before and after the intervention, as well as the observation by the researcher for qualitative analysis. The

results showed a positive impact of the intervention in the attendance to the spontaneous demand, with improvements in the use of clinical, psychological and social vulnerability criteria by the professionals for Risk Classification (100%, n = 10 of the professionals reported feeling more assured in using clinical criteria and 90%, n = 9 of them reported feeling more assured to use psychic and social vulnerability criteria). There was also greater engagement and better team interaction in the attendance, in addition to better organization of the embracement (100%, n = 10 evaluated that the Risk Classification adapted for Primary Health Care improves the organization of the embracement). Thus, it is concluded that there is a need to develop permanent education strategies for training health professionals in Primary Health Care regarding the Risk Classification in the reception of spontaneous demand, for better organization and effectiveness of these services.

**KEYWORDS:** Emergencies. Primary Health Care. User Embracement. Risk Classification.

## 1 | INTRODUÇÃO

O acolhimento à demanda espontânea é um dos principais desafios no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil, tanto a nível organizacional e administrativo quanto assistencial. Ao mesmo tempo, é uma excelente ferramenta de facilitação do acesso ao sistema de saúde<sup>1</sup>, tendo, portanto, significado estratégico no funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde e conseqüentemente na oferta de cuidado para a população. (BRASIL, 2013 ; PINTO, 2018)

Desde a implantação do Programa Saúde da Família, em 1994, passando por uma significativa ampliação e consolidação para Estratégia de Saúde da Família, em 2006 através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Primária tem ganhado uma importância cada vez maior como porta de entrada do sistema de saúde no Brasil. (PINTO, 2018 ; CONNIL, 2008)

Nesse contexto, é fundamental considerar a função do acolhimento à demanda espontânea como porta de entrada da Atenção Primária. O atendimento a necessidades de saúde não programadas representa uma forma de inclusão dos usuários e pode ser uma oportunidade de vinculação para seguimento longitudinal com a equipe assistente. Além disso, o acolhimento tem importante função resolutiva, por meio da oferta de atenção integral aos diversos processos de saúde-doença da população, com os recursos disponíveis nesse tipo de serviço. (BRASIL, 2013)

Assim, percebe-se, no acolhimento à demanda espontânea, a presença dos quatro atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) segundo o conceito de Starfield: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Portanto, a qualidade do acolhimento representa um importante indicador de uma boa assistência na Atenção Primária. (PINTO, 2018)

Diversos fatores determinam a efetividade do acolhimento, destacando-se, dentre eles, uma adequada organização do fluxo de atendimentos, o que envolve desde a gestão

da agenda até a capacitação dos profissionais. Diante disso, o Ministério da Saúde publicou em 2013, através do Departamento de Atenção Básica, os Cadernos de Atenção Básica, com dois volumes completos dedicados ao acolhimento à demanda espontânea. O material é uma ferramenta útil para capacitação dos profissionais da Atenção Primária, apresentando, dentre outras, a estratégia da Classificação de Risco como forma de organizar a priorização dos atendimentos. (BRASIL, 2013)

O objetivo deste trabalho é realizar uma intervenção de aplicação da Classificação de Risco no acolhimento da UAPS Aída Santos e Silva, por meio da capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no referido serviço, utilizando as diretrizes sugeridas pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica “Acolhimento à Demanda Espontânea”, procedendo-se breve análise dos resultados obtidos de tal intervenção.

## 2 | DESENVOLVIMENTO

### 2.1 MÉTODOS

O presente trabalho consiste em um projeto de intervenção com abordagem do tipo misto – quantitativo e qualitativo, com utilização de instrumentos bibliográficos e de campo. É um trabalho aplicado, de objetivo exploratório, de natureza experimental e, quanto ao tempo, transversal.

O local de realização foi a Unidade de Atenção Primária à Saúde Aída Santos e Silva, no bairro Vicente Pinzon, na cidade de Fortaleza, Ceará. A população participante da pesquisa foram os profissionais de saúde envolvidos nos atendimentos de acolhimento da unidade. Inicialmente, foram 13 profissionais participantes: 4 médicos, 5 enfermeiras e 4 técnicas de enfermagem, porém 3 desses profissionais foram afastados da unidade durante o período da pesquisa, sendo a quantidade final de 10 participantes (3 médicos, 4 enfermeiras e 3 técnicas de enfermagem). Como critério de exclusão para participação estiveram os profissionais de saúde bucal, tendo em vista as especificidades inerentes a esse tipo de atendimento. O período de realização da pesquisa deu-se entre Dezembro de 2020 e Janeiro de 2021.

O trabalho de intervenção consistiu em eventos educativos com os profissionais de saúde envolvidos no acolhimento, com exposições dialogadas de temáticas referentes à classificação de risco no acolhimento e distribuição de material educativo para consulta durante todo o período da pesquisa.

As exposições dialogadas foram realizadas no formato de reuniões do tipo “roda de conversa”. Foram realizadas ao todo 5 reuniões, sendo organizadas por categorias de profissionais (médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem) e mediadas por uma das pesquisadoras do trabalho, a qual fazia parte da equipe e era médica residente de Medicina de Família e Comunidade no período do trabalho. O objetivo dos encontros foi atualizar e capacitar os profissionais acerca da Classificação de Risco no acolhimento com a utilização



das diretrizes do Caderno de Atenção Básica número 28, do Ministério da Saúde. As reuniões foram conduzidas inicialmente com exposição do material de referência, seguido de discussão de casos clínicos hipotéticos de demanda espontânea para exemplificar o conteúdo apresentado no material. A abordagem das reuniões foi essencialmente educativa, com espaço para participação ativa de todos os profissionais, os quais foram incentivados a tirar dúvidas e contribuir durante a discussão.

O material utilizado nas reuniões consistiu num exemplar impresso com os fluxogramas dos critérios de risco e vulnerabilidade para Classificação de Risco do Caderno de Atenção Básica número 28 e alguns anexos de fluxogramas mais atualizados (por exemplo: Síndrome Gripal), sendo depois disponibilizado para consulta no consultório de acolhimento da Unidade. Esse mesmo material também foi elaborado em versão virtual e disponibilizado, por meio de e-mail e aplicativo de envio de mensagem, para todos os participantes em formato compatível para consulta em seus aparelhos eletrônicos.

Para análise quantitativa de tal intervenção foram coletados os dados por meio da aplicação de questionários fechados com respostas de múltipla escolha antes e depois dos eventos educativos. Os questionários continham 7 perguntas que abordaram temáticas do acolhimento à demanda espontânea e foram avaliados e validados pela coordenadora dos profissionais da Unidade antes da aplicação. Os dados foram inicialmente contabilizados e organizados conforme período da aplicação (antes ou depois da intervenção), sendo colocados em números percentuais. Em seguida foram dispostos em gráficos para análise comparativa. Para análise qualitativa, considerou-se a observação participante de uma das pesquisadoras, a qual fazia parte da equipe assistente da Unidade e esteve presente todos os dias do período da pesquisa no atendimento do acolhimento à demanda espontânea.

Por tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos, o presente trabalho recebeu anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde para sua realização na Unidade, bem como foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, parecer de aprovação número 4.506.089 na data de 21 de janeiro de 2021.

## 2.2 RESULTADOS

Antes da intervenção educativa, 70% dos profissionais afirmou que às vezes encontra dificuldades quanto à priorização do acolhimento e apenas 40% referiu não ter dúvidas quanto à utilização de critérios clínicos de gravidade para Classificação de Risco. Quanto à utilização de critérios psíquicos ou de vulnerabilidade social, apenas 30% afirmou sempre os considerar para classificar para priorização do atendimento. Foi questionado se o profissional costumava discutir casos do acolhimento à demanda espontânea com a equipe quando necessário, tendo apenas 30% deles referido sempre o fazer. Quanto a experiências e conhecimentos prévios, 40% dos profissionais afirmou nunca ter trabalhado com sistemas de Classificação de Risco anteriormente. Também 40% afirmou não conhecer

o Caderno de Atenção Básica número 28 “Acolhimento à Demanda Espontânea”. Noventa por cento dos profissionais relatou já ter vivenciado situações de conflito com usuários do acolhimento por causa de prioridade de atendimento.

Após a intervenção deste trabalho, 100% dos profissionais relataram se sentir mais seguros em relação a critérios clínicos para priorização dos atendimentos após os eventos educativos. Em relação aos critérios psíquicos e de vulnerabilidade social, 90% relatou se sentir mais seguro para utilização desses critérios na Classificação de Risco. Sobre a discussão de casos com a equipe assistente, 90% deles afirmaram se sentir mais confortáveis para fazer essa interação. Outros resultados obtidos depois da intervenção foram: 100% avaliaram que a Classificação de Risco adaptada para APS melhora a organização dos atendimentos do acolhimento e 90% melhorou seus conhecimentos sobre o Caderno de Atenção Básica número 28 “Acolhimento à Demanda Espontânea”. Cem por cento dos profissionais referiu que se sentem mais seguros para mediar situações de conflito com usuários do acolhimento por causa de prioridade de atendimento.

A análise comparativa dos dados coletados antes e depois da intervenção mostrou melhorias quanto à utilização de critérios clínicos, psíquicos e de vulnerabilidade social pelos profissionais para Classificação de Risco do acolhimento, conforme ilustrado no Gráfico 1.

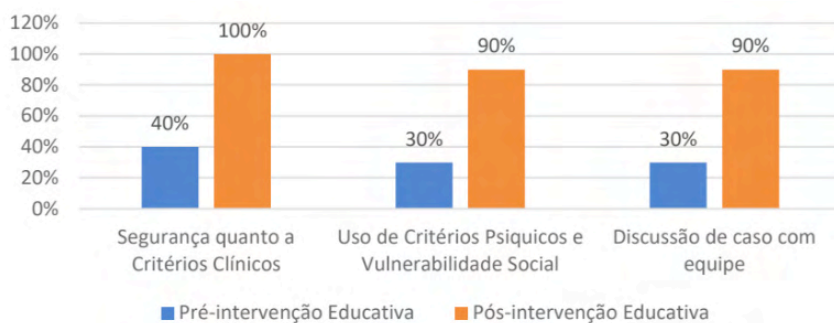


Gráfico 1 - Análise Comparativa.

Por meio da observação de uma das pesquisadoras e participante da equipe de Saúde da Família, foi possível perceber diversos ganhos na prática dos atendimentos do acolhimento após a intervenção do presente trabalho. Um dos mais notáveis ganhos foi a correta utilização de cores na tela do sistema eletrônico para sinalizar a Classificação de Risco conforme as diretrizes do Caderno de Atenção Básica número 28 (verde, amarelo ou vermelho) pelos profissionais que realizam o primeiro atendimento do acolhimento (enfermeiras ou técnicas de enfermagem), o que possibilitou maior agilidade e organização no fluxo de atendimentos pelos profissionais médicos.

Outro resultado observado foi a maior frequência de discussão de casos entre

a equipe, o que permitiu tanto melhor alinhamento entre os profissionais quanto maior resolutividade para os usuários da demanda espontânea. Também foi notado maior agilidade por parte dos profissionais no atendimento de casos de prioridade imediata (vermelho), percebendo-se um melhor envolvimento da equipe e consequente maior eficácia na assistência prestada.

## 2.3 DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais da Unidade (70%) tinha dificuldades na Classificação de Risco do acolhimento, sendo que 60% tinha dúvidas quanto aos critérios clínicos de gravidade e apenas 30% da amostra sempre utilizava os critérios psíquicos e de vulnerabilidade social para Classificação. Esses números mostram uma deficiência no conhecimento necessário à Classificação de Risco do acolhimento, um setor de atendimento tão importante da Atenção Primária. Uma hipótese para tal achado seria o maior foco na qualificação e no treinamento dos profissionais da Atenção Primária para os atendimentos programados, ou seja, para as consultas eletivas, seja por programas específicos ou não.

A intervenção teve um impacto positivo nesse contexto, pois, após os eventos educativos, todos os profissionais participantes (100% da amostra) relataram maior segurança para utilização de critérios clínicos de gravidade e 90% relatou maior segurança para utilização de critérios psíquicos de vulnerabilidade social. Todos os profissionais avaliaram que a utilização da Classificação de Risco adaptada para Atenção Primária melhorou a organização do acolhimento. Além disso, a maior interação da equipe assistente no acolhimento possibilita maior efetividade no momento do atendimento e maior responsabilização para vinculação do usuário e posterior seguimento.

O processo de intervenção foi bastante enriquecedor em diversos aspectos, pois houve participação ativa e contribuição de todos os profissionais envolvidos. Nas exposições dialogadas, o formato utilizado de “Roda de Conversa” possibilitou desde troca de experiências com relatos de situações vivenciadas na prática clínica dos profissionais no acolhimento até sugestões para os fluxos organizacionais e processos de trabalho na unidade. Muitos profissionais, incluindo profissionais bastante experientes no contexto da APS, deram retorno positivo quanto ao caráter educativo da intervenção, enfatizando a importância da capacitação e atualização da equipe referente à Classificação de Risco dos atendimentos de demanda espontânea.

Na distribuição do material educativo de apoio, foi possível realizar, em grupo, a consulta e observação dos critérios clínicos e psicossociais utilizados para Classificação de Risco do Acolhimento. Mesmo considerando que a maioria dos profissionais afirmou conhecer o Caderno de Atenção Básica número 28, nessa fase da intervenção foi reforçada a definição dos critérios de gravidade para priorização dos atendimentos, sendo feita a diferenciação oportuna entre atendimento prioritário (amarelo) e perfil de paciente preferencial (por exemplo: idoso, gestante, deficiente), questão que foi levantada como

dúvida de alguns profissionais.

A Atenção Primária à Saúde, com suas características estratégicas de descentralização e capilaridade<sup>1</sup>, é considerada uma das prioridades do Ministério da Saúde. Nesse contexto, o acolhimento à demanda espontânea é uma importante porta de entrada da população ao Sistema Único de Saúde (SUS), por isso, merece ser analisado atenciosamente e aprimorado para melhores resultados na assistência à saúde. (BRASIL, 2013 ; FARIAS, 2015).

É função da Atenção Primária realizar o atendimento resolutivo de urgências de menor gravidade e complexidade e prestar o atendimento inicial a urgências maiores, procedendo ao encaminhamento para outros níveis de atenção, conforme a necessidade. Existe uma grande variabilidade de demandas no acolhimento, o que aponta para a necessidade de organização desses atendimentos a fim de alcançar um dos princípios fundamentais do SUS no Brasil: a equidade. Segundo Eugênio Vilaça, essa organização implica na aplicação de Classificação de Risco associada à perspectiva da atenção centrada na pessoa para um acolhimento eficaz e humanizado. Para isso, é fundamental a utilização de critérios para estratificação de risco biológico e vulnerabilidade psicossocial. (FARIAS, 2015 ; MENDES, 2015 ; BRASIL, 2013 ; COSTA, 2010).

O Caderno de Atenção Básica número 28 (“Acolhimento à Demanda Espontânea”) é uma publicação de 2012 do Ministério da Saúde, dividida em dois volumes, com finalidade educativa para os profissionais da Atenção Primária, contendo diretrizes e fluxogramas com critérios clínicos e psicossociais para Classificação de Risco dos diversos tipos de situação aguda no acolhimento à demanda espontânea. (BRASIL, 2013).

O material, que foi utilizado como referencial teórico para este trabalho, sugere a utilização de três níveis de prioridade de atendimento conforme o risco: atendimento imediato (alto risco de vida), atendimento prioritário (risco moderado) e atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade). Para fins de visualização, esses níveis são representados por cores: vermelho, amarelo e verde respectivamente.

A Classificação de Risco, no contexto geral de assistência à saúde, apresenta-se como uma estratégia fundamental para um acesso equânime, à medida que utiliza critérios clínicos, baseados em sinais de alerta, para determinar maior ou menor gravidade e consequente escolha de priorização dos atendimentos. Contudo, é uma ferramenta que deve ser adaptada para a realidade da Atenção Primária, devido a suas peculiaridades. Deve-se considerar o contexto específico da Atenção Primária de vinculação e responsabilização da equipe assistente com a população assistida do território para resultados mais satisfatórios com a utilização da Classificação de Risco no acolhimento à demanda espontânea. Tal particularidade exige dos profissionais de saúde das Unidades de Atenção Primária à Saúde, além do conhecimento e aplicação dos critérios clínicos de gravidade, habilidades como a escuta ativa e a avaliação adequada de vulnerabilidades sociais, por exemplo. (BRASIL, 2013 ; BRASIL, 2014; FARIAS, 2015).

Diante disso, é fundamental a capacitação e atualização dos profissionais de saúde da Atenção Primária quanto ao acolhimento à demanda espontânea, por meio de estratégias como a utilização de protocolos de atendimento e a Educação Permanente. A Educação Permanente em Saúde (EPS), como o nome sugere, propõe a qualificação dos profissionais de forma contínua e aplicada na prática cotidiana e é regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Para a implementação de tais estratégias de capacitação, é fundamental o apoio e o incentivo da gestão, que também deve atuar na elaboração de fluxogramas organizacionais de acolhimento. (OLIVEIRA, 2020; FARIAS, 2015).

O Ministério da Saúde recomenda, em sua publicação do Caderno de Atenção Básica “Acolhimento à Demanda Espontânea”, a utilização da Classificação de Risco no acolhimento, fornecendo diretrizes para a aplicação com a equipe das Unidades de Atenção Primária à Saúde, sugerindo a utilização do material para cursos ou momentos de Educação Permanente. Além disso, também é incentivado na publicação a realização de pesquisas com ênfase no acolhimento, por médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade, compreendendo desde análises situacionais até propostas de intervenção para melhorar a organização dos atendimentos, que foi precisamente a proposta deste trabalho. (BRASIL, 2013).

### 3 | CONCLUSÃO

Algumas implicações puderam ser observadas a partir dos resultados obtidos por esta pesquisa, tanto no campo de pesquisa quanto no campo de atuação prática profissional. Para o primeiro aspecto, o trabalho mostrou a importância da realização de pesquisas acerca de temas frequentes no cotidiano da Atenção Primária, como o acolhimento, pois, por meio da aplicação de questionários observou-se a deficiência de certos conhecimentos necessários aos profissionais para uma assistência à saúde de qualidade. Portanto, a análise situacional da qualificação dos profissionais de saúde das Unidades de Atenção Primária é uma abordagem de pesquisa importante para a busca de melhorias nessa área.

Quanto ao aspecto prático, o estudo mostrou a necessidade da elaboração e aplicação de estratégias de educação permanente para capacitação e atualização dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, o que pode ser realizado pela gestão das Unidades ou por profissionais no ambiente da Residência (médica ou multiprofissional), com a devida orientação, como foi o caso do presente trabalho. Foi possível observar resultados positivos nesse aspecto prático, com uma estratégia relativamente simples e com baixos custos.

### REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS Debate – **A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2014.

CONILL, E.M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde**: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

COSTA, M.F.M. **Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade Básica de Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. 19

FARIAS, D.C.; CELINO, S.D.M.; PEIXOTO, J.B.S; BARBOSA, M.L.; COSTA, G.M.C. **Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira De Educação Médica. Campina Grande, 39 (1) : 79 – 87 ; 2015. 13

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. 1ª edição. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

OLIVEIRA P.S.; DIEFENBACH G.D.F.; COLOMÉ J.; BURIOL D.; ROSA P.H.; ILHA S. **Atuação profissional nas urgências/ emergências em unidades básicas de saúde**. Revista online de pesquisa - Cuidado é fundamental. Rio de Janeiro, 2020 jan/dez; 12:820-826.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família**: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, volume 23, número 6, p. 1903-1913, 2018.

## **APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PRÉ-INTERVENÇÃO EDUCATIVA APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA**

1. Você encontra dificuldades quanto à priorização dos atendimentos do acolhimento? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
2. Você tem dúvidas quanto à utilização de critérios clínicos de gravidade para priorizar os atendimentos? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
3. Você costuma utilizar critérios psíquicos e/ou de vulnerabilidade social para priorizar os atendimentos? ( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
4. Você costuma discutir casos do acolhimento com a equipe assistente?  
( ) sempre ( ) às vezes ( ) nunca
5. Você já vivenciou situações de conflito com usuários do acolhimento por causa de prioridade de atendimento? ( ) sim ( ) não
6. Você já trabalhou com algum sistema de classificação de risco?  
( ) sim ( ) não
7. Você conhece o Caderno de Atenção Básica número 28?  
( ) sim ( ) não

## **APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PÓS-INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

### **APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ACOLHIMENTO À**

#### **DEMANDA ESPONTÂNEA**

1. Você se sente mais seguro(a) em relação a critérios clínicos para priorização de atendimentos após a intervenção educativa?

sim  não

2. Você se sente mais seguro(a) em relação a critérios psíquicos e/ou de vulnerabilidade social para priorização de atendimentos após a intervenção educativa?

sim  não

3. Você se sente mais confortável em discutir casos do acolhimento com a equipe assistente após a intervenção educativa?

sim  não

4. Você se sente mais seguro(a) para mediar situações de conflito com usuários do acolhimento por causa de prioridade de atendimento?

sim  não

5. Você avalia que a utilização da classificação de risco adaptada para Atenção Primária à Saúde melhora a organização dos atendimentos do acolhimento?

sim  não

6. Você melhorou seus conhecimentos sobre o Caderno de Atenção Básica número 28 após a intervenção educativa?

sim  não



## APÊNDICE C – CASOS CLÍNICOS HIPOTÉTICOS E TÓPICOS

### ABORDADOS NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

**Caso 1** - Paciente masculino, 70 anos, diabético e tabagista, comparece com queixa de “cansaço” e tosse há 5 dias, com episódios de calafrios há 2 dias. Paciente consciente e orientado, dispneico, SpO2 94%, PA 140 x 90, peso 82 kg.

#### EQUIPE MÉDICA

- Qual a classificação?
- Disponibilidade do médico mediante equipe do acolhimento
- Conhecer recursos/limitações da unidade -> estabilização / referência

#### EQUIPE ENFERMAGEM

- Qual a classificação?
- Quando convocar médico para avaliação imediata?

#### EQUIPE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

- Qual a classificação?
- Quando convocar o médico?
- Em caso de dúvida, discutir caso com a equipe

**Caso 2** - Paciente masculino, 52 anos, hipertenso e diabético em uso irregular das medicações, comparece com queixa de tontura leve. Traz receita de Captopril e Metformina de 2017. Paciente consciente e orientado, trajando farda da empresa, PA 150 x 90, peso 55 kg

#### EQUIPE MÉDICA

- Qual a classificação?
- Vulnerabilidade social / Longitudinalidade
- Oportunidade de vinculação e seguimento

#### EQUIPE ENFERMAGEM

- Qual a classificação?
- Quando tentar uma consulta médica para o mesmo dia?

- Em caso de paciente em intervalo de trabalho, discutir caso com a equipe

### **EQUIPE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

- Qual a classificação?
- Quando tentar uma consulta médica para o mesmo dia?
- Em caso de paciente em intervalo de trabalho, discutir caso com a equipe

**Caso 3** - Paciente feminina, 43 anos, comparece com “crise de nervo”, chorando, com falta de ar e trêmula. Histórico de tratamento para ansiedade há aproximadamente 1 ano, porém não lembra o nome do remédio. Paciente consciente, ofegante e chorosa, PA 140 x 100, SpO2 99%

### **EQUIPE MÉDICA**

- Qual a classificação?
- Critérios psicossociais -> saúde mental
- Medidas não-farmacológicas

### **EQUIPE ENFERMAGEM**

- Qual a classificação?
- Critérios psicossociais -> saúde mental
- Uso de cores no prontuário eletrônico
- Medidas de conforto até avaliação médica

### **EQUIPE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

- Qual a classificação?
- A saúde mental importa na priorização do atendimento?

## AUTOCUIDADO, ESTILO DE VIDA, QUALIDADE DE VIDA E RELIGIOSIDADE DE UNIVERSITÁRIOS

*Data de aceite: 01/11/2021*

### **Elisabete Venturini Talizin**

Mestre em Promoção da Saúde (UNASP)  
Enfermeira e docente do UNASP – Centro  
Universitário Adventista de São Paulo

### **Natália Cristina de Oliveira Vargas e Silva**

Doutora em Ciências Médicas (USP). Docente  
e pesquisadora do Programa de Mestrado e  
dos Cursos de Graduação do UNASP – Centro  
Universitário Adventista de São Paulo.  
ORCID: 0000-0002-0747-9478

### **Emily Müller Reis**

Enfermeira pelo UNASP – Centro Universitário  
Adventista de São Paulo

### **Larissa Giovanna da Silva**

Enfermeira pelo UNASP – Centro Universitário  
Adventista de São Paulo

### **Leslie Andrews Portes**

Mestre em Ciências da Saúde (UNIFESP)  
(MSc). Docente e pesquisador do Programa  
de Mestrado e dos Cursos de Graduação do  
UNASP – Centro Universitário Adventista de  
São Paulo  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0537-4725>

**RESUMO:** O período universitário representa um grande desafio de saúde pública, por se tratar de uma fase crítica para a promoção e manutenção da saúde. É comum ocorrer aumento do nível de estresse e mudanças em muitos aspectos do estilo de vida, pois além

de ser, para muitos, a primeira vez que vivem longe da família e do convívio social inicial, a maioria dos universitários experimenta aumento das responsabilidades e afazeres, como horas de estudo, atividades complementares, monitorias e iniciação científica. Exercer o autocuidado é um desafio especialmente na fase universitária. Baixa adesão ao calendário vacinal, automedicação e redução das horas de sono são hábitos pouco saudáveis de autocuidado frequentemente observados em universitários. Além disso, a prática regular de atividade física costuma ocorrer em menos da metade dos jovens que frequentam a universidade. Há evidências de que esses estudantes são mais suscetíveis ao ganho de peso em seu primeiro ano na universidade devido ao estresse, mas a prevalência de excesso de peso entre eles é mais baixa do que a da população em geral. Hábitos de higiene precários e de alimentação não saudável também são observados em uma parcela desses estudantes. Apesar disso, o estilo de vida dos universitários geralmente é classificado como “muito bom” a “excelente” pelos estudos disponíveis. Em relação à religiosidade e espiritualidade, estudos indicam escores de baixo a moderado, ao contrário da qualidade de vida, que costuma ser classificada como “satisfatória” pelos universitários. Conclui-se que as mudanças ocorridas nessa fase da vida podem contribuir para hábitos pouco saudáveis, entretanto, o período universitário, que costuma coincidir com o início da idade adulta, é um momento propício para a construção de um estilo de vida saudável, e isto deve ser explorado pelas instituições de ensino preocupadas com a promoção da saúde

de seus estudantes e futuros profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autocuidado; Qualidade de Vida; Estilo de Vida; Religiosidade/Espiritualidade; Universitários.

## SELF-CARE, QUALITY OF LIFE, LIFESTYLE, RELIGIOSITY OF UNIVERSITY STUDENTS

**ABSTRACT:** The university period represents a major public health challenge, as it is a critical phase for the promotion and maintenance of health. It is common to experience increase in the level of stress and changes in many aspects of the lifestyle. Besides being, for many, the first time they live away from their family and initial social life, most university students experience increased responsibilities and chores, such as hours of study, complementary activities and scientific initiation. Exercising self-care is a challenge especially in the university phase. Low adherence to the vaccination schedule, self-medication and reduced sleep hours are unhealthy self-care habits frequently observed in university students. In addition, regular practice of physical activity usually occurs in less than half of young people who attend university. There is evidence that these students are more susceptible to weight gain in their first year at university due to stress, but the prevalence of overweight among them is lower than that of the general population. Poor hygiene and unhealthy eating habits are also observed in a portion of these students. Despite this, the lifestyle of university students is generally classified as “very good” to “excellent” by the studies available. Regarding religiosity and spirituality, studies indicate low to moderate scores, as opposed to quality of life, which is usually classified as “satisfactory” by university students. In conclusion, the changes that occur in this phase of life may contribute to unhealthy habits, however, the university period, which usually coincides with the beginning of adulthood, is a favorable moment for the construction of a healthy lifestyle, and this should be explored by educational institutions concerned with promoting the health of their students and future professionals.

**KEYWORDS:** Self-care; Quality of life; Lifestyle; Religiosity/Spirituality; University students.

## 1 | INTRODUÇÃO

### 1.1 A Fase Universitária

A fase universitária da vida representa um grande desafio de saúde pública, não somente por ocorrer no final da adolescência, mas também por ser considerada crítica para a promoção e manutenção da saúde. Segundo Santos et al. (2014) é o período de transição da adolescência para a vida adulta. Nele pode ocorrer incorporação de hábitos nocivos à saúde, como tabagismo, etilismo e sedentarismo. Além disso, é marcado por aumento do nível de estresse e mudanças em muitos outros aspectos do estilo de vida (SERLACHIUS; HAMER; WARDLE, 2007), pois além de ser, para muitos, a primeira vez que vivem longe da família e do convívio social inicial (SANTOS et al., 2014), a maioria experimenta aumento das responsabilidades e afazeres, como horas de estudo, atividades complementares, monitorias e iniciação científica (CARDOSO et al., 2009). Muitos ficam expostos a

comportamentos e condutas de saúde pouco saudáveis, como hábitos alimentares não recomendáveis à saúde, diminuição das horas de sono e de atividade física, exposição ao tabaco, álcool e outras drogas (GASPAROTTO et al., 2013b). Segundo Cota e Miranda (2006), as mudanças de hábitos alimentares mais comuns entre universitários incluem omissões de refeições, consumo de lanches rápidos, de “fast foods” e ingestão de refeições desequilibradas do ponto de vista nutricional.

O número de estudantes na educação superior brasileira tem aumentado a cada ano. Em 2013, eram 7,3 milhões, distribuídos em 32 mil cursos de graduação, oferecidos por 2,4 mil instituições de ensino superior, sendo 301 públicas e 2 mil particulares. Quase 30% da população brasileira na faixa etária de 18 a 24 anos são universitários e 74% do total de matrículas de graduação estão nas instituições de ensino privadas (BRASIL, 2014a). É surpreendente que poucos estudos com a população universitária estejam disponíveis, especialmente aqueles relativos à promoção da saúde e autocuidado (BRANDÃO et al., 2009; SEBOLD; RADÜNZ; CARRARO, 2011; ESCOBAR; PICO, 2013).

Algumas evidências indicam que estudantes universitários são mais suscetíveis ao ganho de peso em seu primeiro ano na universidade (SERLACHIUS; HAMER; WARDL, 2007). Moreira et al. (2013) estudaram universitárias ingressantes e concluintes do curso de Nutrição e verificaram que em ambos os grupos o consumo de energia, carboidratos, fibras, porções de frutas, verduras e legumes estava inadequado de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Em relação à prática de atividades físicas, os resultados dos estudos diferem bastante. Há indicações de que a prevalência de sedentarismo seja de 70% entre universitários de Pernambuco (FREITAS et al., 2013), de 30% entre universitários do Tocantins (RODRIGUES; CHEICK, MAYER, 2008) e de 13,8% em universitários de Santa Catarina (QUADROS et al., 2009). Vasconcelos et al. (2013) avaliaram a qualidade do sono de universitários de uma Universidade pública no Ceará e verificaram que 95,2% dos investigados apresentavam má qualidade do sono. Importantes comportamentos de risco foram observados entre estudantes do curso de Educação Física, como uso de tabaco, álcool, drogas lícitas e ilícitas, restrição de sono e relações sexuais desprotegidas (PALMA; ABREU; CUNHA, 2007). Franca e Colares (2008) encontraram resultados semelhantes em universitários de cursos de Ciências da Saúde, tanto em ingressantes como em concluintes. Os hábitos estabelecidos na fase universitária podem afetar favorável ou desfavoravelmente a qualidade de vida das pessoas.

## 1.2 Autocuidado e Saúde

Entre as várias Teorias de Enfermagem, a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem (Orem, 2006) se destaca por sua estreita relação com as definições mais modernas de Saúde. Bircher (2005), por exemplo, definiu saúde como “o estado dinâmico de bem estar caracterizado pelos potenciais físico, mental e social, os quais satisfazem as demandas da vida, proporcionalmente à idade, cultura e responsabilidade pessoal”. Para Orem (2006)

Enfermagem era “um serviço especializado que se distinguia dos outros serviços humanos, pois seu foco de atenção era pessoas com incapacidades para proverem a quantidade e a qualidade necessária dos cuidados de seu próprio funcionamento e desenvolvimento” para a saúde.

A capacidade de autocuidado inclui aquilo que o indivíduo é capaz de fazer por si e para si, e é influenciada por fatores condicionantes como idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde, fatores socioculturais, familiares e ambientais, padrões de vida, adequação e disponibilidade de recursos (BRAGA; SILVA, 2011). Souza et al. (2010) propuseram um instrumento para avaliar a capacidade de autocuidado de pacientes e indivíduos saudáveis. Esse instrumento foi adaptado e validado para o português por Stacciarini (2012). As ações de autocuidado incluem as práticas, as condutas ou as atividades que os indivíduos realizam em benefício de si mesmos, com o intuito de manter a vida, a saúde e a qualidade de vida. A demanda de autocuidado terapêutico tem que ver com as ações requeridas de autocuidado, em situações específicas ou por períodos específicos, no sentido de abranger ou atender os requisitos de autocuidado necessários ao indivíduo. Em outras palavras, é o conjunto de ações necessárias para que sejam atendidos os requisitos universais de autocuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos universais incluem: 1) situação vacinal atualizada, 2) não automedicação, 3) dormir 7 e 8 horas por noite, 4) não usar tabaco, 5) não usar álcool, 6) não usar drogas ilícitas, 7) fazer três ou mais refeições por dia, 8) tomar o desjejum, 9) consumir frutas, legumes e verduras diariamente, 10) ingerir no mínimo 2.000ml de água diariamente, 11) consumir água filtrada ou mineral, 12) praticar atividade física regularmente, 13) se expor à luz solar frequentemente, 14) usar protetor solar frequentemente, 15) ter feito consulta odontológica no último ano e 16) ter cuidado adequado com as mãos e pés.

O déficit de autocuidado é o resultado das ações de autocuidado e em relação à demanda de autocuidado. Se as ações de autocuidado não atenderem as demandas de autocuidado surge a necessidade de ações no sentido de aumentar o conhecimento, as habilidades e as experiências de autocuidado para nivelar ou superar as demandas próprias do momento ou período de vida, ou seja, é necessário melhorar a capacidade de autocuidado. Isso se harmoniza aos propósitos da Promoção da Saúde, entendida aqui como o processo de capacitação pessoal e coletiva para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de sua saúde (WHO, 1998b; BRASIL, 2002), visando preparar/capacitar o indivíduo/coletivo para o autocuidado por intermédio de ações educativas (OLIVEIRA, 2011).

Parece clara a relação entre autocuidado e saúde. É intuitivo supor que se um indivíduo exibir adequados requisitos universais de autocuidado exibirá adequado estilo de vida e perceberá um nível satisfatório de qualidade de vida. Essas possibilidades têm despertado grande interesse de pesquisa pela possibilidade de novas abordagens com a finalidade de se reduzir as chances de adoecimento e de incapacidades, sofrimento crônico e morte prematura (BRASIL, 2006).

Os requisitos universais de autocuidado estabelecidos por Orem (2006) se assemelham muito à proposta Adventista do Sétimo Dia (ASD) de estilo de vida: 1) consumo de água limpa, 2) buscar viver em local onde o ar é puro, 3) adequada exposição à luz solar, 4) alimentação vegetariana, 5) adequada prática de exercícios físicos, 6) sono e repouso adequados, 7) abstinência de drogas lícitas e ilícitas, como também do uso racional de medicamentos, e 8) profunda e significativa vida espiritual (FRASER, 2003). Essa proposta de estilo de vida é também uma proposta de autocuidado, e sua relação com a saúde, mortalidade e longevidade vem sendo estudada a mais de 60 anos, documentada em cerca de 470 artigos científicos, publicados nas principais revistas do mundo ([www.adventisthealthstudy.org](http://www.adventisthealthstudy.org)). Adicionalmente, após a divulgação das “Blue Zones” por Dan Buettner (2005), entre as quais constavam os Adventistas do Sétimo Dia de Loma Linda, na Califórnia além da influência do estilo de vida sobre a saúde, outros aspectos se destacaram, como a religiosidade e a espiritualidade.

### 1.3 Estilo de Vida e Saúde

Estilo de vida é o conjunto de hábitos e costumes os quais podem ser influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização (WHO, 1998b; WHO, 2014). Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias, tais como álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos, de exercício e de sono, os quais têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas.

A partir de 1989, o número de estudos publicados em cujos títulos havia o termo “Estilo de Vida” (Lifestyle) aumentou de 28 para 1.358 em 2019 (**Figura 1**), evidenciando não só o interesse, mas a importância do assunto. O termo “qualidade de vida” começou a crescer a partir de 1986, quando foram publicados 98 estudos. Dez anos depois, seu crescimento se intensificou, passando de 433 estudos (em 1994) para 789 (em 1996) e, em 2019, foram publicados 5.750 trabalhos científicos.

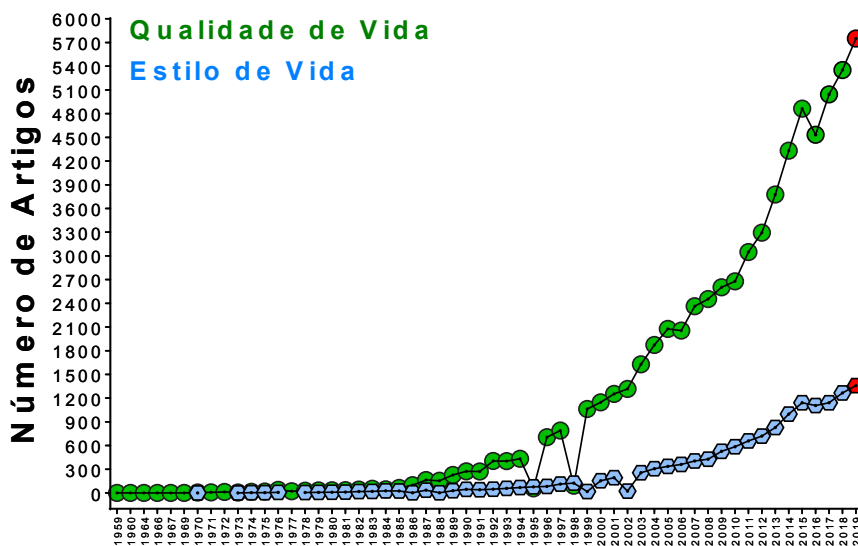


Figura 1: Número de artigos científicos publicados e disponíveis via portal PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) em cujos títulos encontram-se os termos Estilo de Vida (Lifestyle) ou Qualidade de Vida (Quality of Life).

É consenso que o estilo de vida saudável tem enorme impacto sobre a saúde e reduz a mortalidade. Por exemplo, em 2009, o Colégio Americano de Medicina Preventiva (ACPM, 2009) divulgou documento demonstrando ampla e convincentemente que intervenções de estilo de vida podem tratar com segurança diversas doenças, tais como obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, intolerância à glicose e diabetes, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares, doenças reumáticas, todos os tipos de cânceres (ANAND et al., 2008, ACPM, 2009), osteoporose, depressão, fibromialgia, síndrome da fadiga crônica, esclerose múltipla, esteatose hepática não alcoólica, doença de Parkinson, demência e lombalgia crônica. Esses dados permitem afirmar que Estilo de Vida e Saúde estão relacionados.

Recentemente, o estilo de vida ganhou ainda maior importância com os dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (WHO, 2010a e 2014). Nos anos de 2008 e 2009, por exemplo, mais de 63% de todos os óbitos ocorreram por DCNT: aparelho circulatório, cânceres, aparelho respiratório e diabetes mellitus. Os quatro principais fatores de risco para os óbitos relacionados a essas doenças foram: tabagismo, dieta não saudável, sedentarismo e uso nocivo do álcool (WHO, 2010a). Em grande medida, esses resultados se devem à transição econômica, rápida urbanização e inadequado estilo de vida do século XXI.

#### 1.4 Qualidade de Vida e Saúde

Na carta de Ottawa, de 1986, após a Primeira Conferência Internacional de Promoção



de Saúde, firmou-se a ideia de saúde como Qualidade de Vida, resultante de complexo processo condicionado a diversos fatores, tais como justiça social, ecossistema, renda e educação (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Na Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 2012, p.116), o artigo 196 evita discutir o conceito de saúde, mas diz que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Analisados com atenção, esses dois documentos não expressam com clareza a responsabilidade individual com relação à Saúde (Bircher, 2005). Ao contrário, colocam a maior parte da responsabilidade pela saúde sobre os ombros do Estado. Isso quase que exclui por completo o papel do indivíduo e de sua responsabilidade em promover sua saúde. Além disso, estabelece “saúde” como sinônimo de qualidade de vida, o que é inapropriado. Com base apenas na definição da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998b), não é possível entender qualidade de vida como sinônimo de saúde. Qualidade de vida seria “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive”. Leva em consideração seus objetivos, expectativas, padrões de vida e preocupações pessoais. A qualidade de vida tem que ver com a percepção de bem estar físico, mental, psicológico e emocional, educação, poder econômico, além de relacionamentos sociais satisfatórios, como família e amigos, os quais afetam favorável ou desfavoravelmente a Saúde. Nessa perspectiva é possível supor que o estilo de vida e a saúde afetem a qualidade de vida e vice versa (WHO, 1998a).

## 1.5 Religiosidade/Espiritualidade e Saúde

A religiosidade e/ou a espiritualidade (R/E) têm importantes e sólidas influências sobre a saúde física, mental e sobre a prevenção de doenças (Koenig, 2012; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Religiosidade é a extensão na qual o indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião. Espiritualidade inclui os aspectos relacionados ao significado da vida e à razão de viver, não limitados ao tipo de crenças ou práticas religiosas (PANZINI et al., 2007, Koenig, 2012). Para Panzini et al. (2007), a espiritualidade é importante dimensão da qualidade de vida, e Kanopack e McAuley (2012) sugerem que a espiritualidade pode favoravelmente influenciar a saúde e o bem-estar, por afetarem especialmente a saúde mental. Esses autores indicaram que os indivíduos mais espirituais e fisicamente ativos exibiam melhor qualidade de vida. Além disso, para White, Peters e Schim (2011) a R/E também pode afetar a capacidade e ações de autocuidado. Esses autores propõem a integração de conceitos de R/E e autocuidado espiritual.

## 2 | EVIDÊNCIAS

### 2.1 Dados sociodemográficos

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (IBGE, 2013) indicou que 87,8% dos estudantes ingressantes tem idades entre 20 e 24 anos. Sobre o período de estudo, segundo o Censo brasileiro (BRASIL, 2014a), 63% estudam no período noturno. Com respeito às classes socioeconômicas, há indicações (Santos et al., 2014) de que a renda familiar dos universitários ingressantes de instituições privadas, varia entre 2 e 5 salários-mínimos. Com relação ao estado civil, 84,2% se declararam solteiros. A respeito da etnia, segundo a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (IBGE, 2013), na região sudeste, a maior proporção é de pardos (49%) seguida por brancos (32%).

Sobre trabalho, dados de estudantes de Universidades Públicas indicam que 91,3% dos estudantes da Universidade Estadual de Pernambuco, por exemplo, não trabalhavam (PAIXÃO; DIAS; PRADO, 2010), diferentemente dos 65,2% da Universidade Federal do Ceará (VASCONCELOS et al., 2013) e 60,5% dos matriculados na Universidade Federal da Paraíba (FONTES; VIANNA, 2009).

Em relação à utilização do Sistema Único de Saúde do Brasil, Shuelter-Trevisol et al. (2011) estudaram universitários de Medicina e Direito de Santa Catarina, e verificaram que apenas 7,5% utilizavam o SUS e a maioria possuía convênio médico ou pagava assistência médica particular, e esse resultado estava associado ao fato de que a maioria dos universitários (70%) possuía renda familiar de 10 ou mais salários-mínimos.

### 2.2 Autocuidado

Exercer o autocuidado é um desafio especialmente na fase universitária. Serão apresentados aqui dados de 16 itens considerados importantes na avaliação do autocuidado e baseados nos requisitos universais: 1) **situação vacinal atualizada**, 2) **automedicação**, 3) **dormir mais de 7 horas por noite**, 4) **não usar tabaco**, 5) **não usar álcool**, 6) **não usar drogas ilícitas**, 7) **fazer três ou mais refeições por dia**, 8) **ingerir o desjejum**, 9) **consumir frutas, legumes e verduras diariamente**, 10) **ingerir no mínimo 2.000ml de água diariamente**, 11) **consumir água filtrada ou mineral**, 12) **praticar atividade física regularmente**, 13) **se expor à luz solar frequentemente**, 14) **usar protetor solar frequentemente**, 15) **ter ido à consulta odontológica no último ano** e 16) **ter um cuidado adequado com as mãos e pés**. Poucos estudos sobre o autocuidado com universitários estão disponíveis e praticamente todos são relacionados com a área de enfermagem.

Escobar e Pico (2013) avaliaram universitários na Colômbia por meio de um instrumento com os seguintes itens: 1) escovação dos dentes, 2) banho diário, 3) consultas médicas e odontológicas, 4) automedicação, 5) utilização de protetor solar e 6) autoexame corporal para detecção de mudanças físicas, e verificaram que a maioria tinha práticas saudáveis. No estudo de Sebold, Radünz e Carraro (2011) foram estudados acadêmicos

de Enfermagem de Santa Catarina e, embora os estudantes reconhecessem a importância de cuidar de si mesmos e tivessem conhecimentos sobre hábitos saudáveis, exibiam grandes dificuldades em manter esses hábitos. Em relação às dificuldades, no estudo de Brandão et al. (2009) foram avaliados acadêmicos de Enfermagem no Rio de Janeiro e o maior responsável pelo descuido consigo mesmo foi o tempo, considerado insuficiente para a realização das ações relativas ao autocuidado. Santos e Radünz (2011) estudaram acadêmicas de enfermagem de Santa Catarina e os resultados apontaram que o ato de não se cuidar estava intimamente relacionado ao aumento do estresse. Para essas autoras, o reconhecimento das relações entre estresse, estudo e saúde é um passo fundamental para a promoção da saúde.

Em relação à **situação vacinal**, foi considerada adequada em 65,4% dos estudantes de Medicina de Minas Gerais (CHEHUEN NETO et al., 2010), 94,7% (vacina contra Difteria e Tétano) e 87,3% (vacina contra Hepatite B) dos estudantes de Enfermagem no interior de São Paulo (CANALLI; MORIYA; HAYASHIDA, 2011).

Com respeito à **automedicação**, os estudos indicam prevalências de 72,5% (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2011), 65,5% (AQUINO; BARROS; SILVA, 2010), 38,8% (SOUZA et al., 2011) e 37% (GALATO; MADALENA; PEREIRA, 2012). O medicamento mais utilizado foram os analgésicos (GALATO, MADALENA; PEREIRA, 2012; SOUZA et al 2011; SCHUELTER-TREVISOL et al, 2011; AQUINO; BARROS; SILVA, 2010). A principal razão para a automedicação foi a dificuldade em acessar os serviços de saúde.

Em relação ao **sono normal**, a média de horas de sono varia entre 6,1 horas/noite (BENAVENTE et al., 2014),  $7,6 \pm 1,4$  horas (MARTINI et al., 2012) e  $7,9 \pm 1,3$  horas (KABRITA; HAJJAR-MUÇA; DUFFY, 2014). Contudo, entre estudantes de Medicina do Acre, a prevalência de sonolência diurna foi de 31% (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2014). Esses achados podem estar associados ao grande número de estudantes trabalhadores e com a sobrecarga de atividades. Para Mesquita e Reimão (2010), uma das causas da má qualidade do sono está relacionada ao hábito de acessar o computador das 19 às 24 horas.

Sobre o **uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas** Gasparotto et al. (2013), com universitários do Paraná, Correia, Cavalcante e Santos (2010), com universitários em Santos, São Paulo, Mascena et al. (2012), com universitários da Paraíba, e Martínez et al. (2012), com universitários do Chile, verificaram prevalências de 11,4%, 10,0%, 6,4% e 28,3%, respectivamente.

Em relação ao **consumo de álcool**, Faria, Gandolfi e Moura (2014), Andrade et al. (2012), Gasparotto et al. (2013b), Pillon et al. (2010) e Martínez et al. (2012) encontraram prevalências de 40%, 60,5%, 64,8%, 75% e 79%, respectivamente.

Com respeito ao **consumo de drogas ilícitas**, os dados disponíveis indicam prevalência de consumo de maconha de 2% entre universitários de Brasília (FARIA; GANDOLFI; MOURA, 2014) e 9,1% com universitários de 27 capitais brasileiras (ANDRADE et al., 2012), enquanto o uso de inalantes foi de 7,8% (FARIA; GANDOLFI; MOURA, 2014)

e 2,9% (ANDRADE et al., 2012).

Em relação aos **hábitos alimentares**, a Organização Mundial da Saúde recomenda o consumo de 400 g/dia de frutas, legumes e verduras (FLV), o que equivale a cinco ou mais porções ao dia. O consumo de FLV está associado a menor número de DCNT (WHO, 2004). Têm sido relatadas prevalências de consumo adequado de FLV de 14,8% (RAMALHO; DALAMARIA; SOUZA, 2012), 22% (AL-OTAIBI, 2013) e 40% (frutas) e 51,7% (verduras) (RATNER et al., 2012). Sobre **fazer três ou mais refeições ao dia**, 92,6% dos estudantes de Minas Gerais (Cota e Miranda, 2006), estavam adequados. Em relação ao **desjejum**, há indicações que metade os universitários (53%) do Chile (RATNER et al., 2012) têm esse hábito. Esse hábito é importante, pois não consumir o desjejum relaciona-se significativamente ao excesso de peso (BISPO et al., 2013) e à obesidade abdominal (HÖFELMANN; MOMM, 2014).

Em relação à **ingestão de água** recomenda-se o consumo de 2.000ml ao dia para as mulheres adultas e 2.500 ml para homens adultos (European Food Safety Authority, 2010). Cota e Miranda (2006) e Jaime et al. (2009) verificaram prevalências de consumo adequado em 85,2% e 80,17% dos universitários, e os homens relataram ingerir quantidades mais próximas às recomendadas que as mulheres.

A **prática regular de exercício físico** está relacionada a muitos benefícios, tais como a redução da pressão arterial (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004), redução do peso e prevenção da obesidade (MATSUDO; MATSUDO, 2006), melhora da função imunológica (ROSA; VAISBERG, 2002), da função cognitiva (ANTUNES et al., 2006), do estado emocional (MORAES et al., 2007), e diminuição da dismenorrea (QUINTANA et al., 2010). Segundo o Colégio Americano de Medicina Esportiva e a Associação Americana de Cardiologia (HASKELL et al., 2007), a recomendação para adultos saudáveis é realizar exercício físico de intensidade moderada e do tipo aeróbio por um período mínimo de 30 minutos, 5 dias por semana, ou realizar atividade aeróbia de intensidade vigorosa por um mínimo de 20 minutos, 3 dias por semana. Estudos indicam prevalências de práticas adequadas em 71,1% dos homens e 53,7% das mulheres (CIESLAK et al., 2012) e 41% dos homens e 22,4% das mulheres (LIMA et al., 2014) universitárias.

Em relação à **exposição à luz solar e à fotoproteção**, 54,8% dos universitários do Piauí (DIDIER; BRUM; AERTS, 2014) expunham-se adequadamente e, em relação ao uso de protetor solar, Castilho, Leite e Sousa (2010) e Didier, Brum e Aerts (2014) notaram proporções de uso entre <25% e 45,2%, respectivamente.

Segundo Escobar e Pico (2013), as **consultas médicas e odontológicas periódicas** se constituem oportunidades para identificar problemas e rever alguns comportamentos de estilo de vida. Esses autores encontraram prevalência de 76% entre os universitários da Colômbia e as mulheres referiram consultas odontológicas mais frequentemente que os homens.

Com respeito à **higiene e cuidado com mãos e pés**, somente foram encontrados

dados a respeito do banho diário. Escobar e Pico (2013) verificaram que 55,8% das mulheres escovavam os dentes após cada refeição principal e 56,9% tomavam banho todos os dias, e essas proporções foram significativamente maiores que entre os homens (44,2% e 43,1%, respectivamente). (que porquice!)

### 2.3 Estilo de Vida

Os dados relativos ao autocuidado encontrados na literatura, de certa forma, apoiam os resultados encontrados relativamente ao estilo de vida de universitários ingressantes, o qual pode ser classificado como “muito bom” a “excelente”, como relatados por alguns estudos. Santos et al. (2014), com universitários do Paraná, Leite e Santos (2011), com universitários de São Paulo, e Adaya et al. (2013), com universitários do México, notaram resultados de estilo de vida muito bons a excelentes. Contudo, Quadros et al. (2009) estudaram universitários de Santa Catarina e verificaram maior sedentarismo entre os estudantes do período noturno em relação aos do diurno. Fontes e Viana (2009) avaliaram universitários da Paraíba e notaram que os dos cursos noturnos realizavam outras atividades, especialmente trabalho com pouca exigência de esforço físico. Ringoni et al. (2012) estudaram universitários do curso de Educação Física do período noturno no Paraná, e sugeriram que as principais barreiras para a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo eram a jornada de trabalho e de estudo extensas.

### 2.4 Religiosidade/Espiritualidade

Pillon et al. (2010) avaliaram a R/E de estudantes de Enfermagem de uma Universidade não confessional em Minas Gerais e notaram baixos escores. Por outro lado, Costa et al. (2008) notaram moderado bem-estar espiritual de universitários de Psicologia do Paraná, de uma instituição não confessional. Esses aspectos ainda deverão ser mais bem estudados, especialmente suas influências sobre o autocuidado, estilo de vida, qualidade de vida e saúde.

### 2.5 Qualidade de Vida

A percepção geral de qualidade de vida de universitários parece ser “satisfatória”. Cieslak et al. (2012) estudaram universitários no Paraná e o escore médio  $\pm$  desvio-padrão no sexo masculino foi de  $74,7 \pm 13,5$  pontos e no feminino  $69,4 \pm 13,9$  pontos. Costa et al. (2008) avaliaram universitários de Psicologia no Rio Grande do Sul e os escores ficaram em torno de 70 pontos, enquanto os do estudo de Eurich e Kluthcovsky (2008) com ingressantes de Enfermagem no Paraná foram pouco maiores que 68 pontos.

Baumann, Karavdic e Chau (2013) avaliaram estudantes da União Europeia e encontraram escores superiores a 70 pontos nos domínios psicológico ( $72,3 \pm 14,3$ ), social ( $71,9 \pm 19,7$ ) e ambiente ( $72,5 \pm 13,8$ ).

Com respeito ao gênero, Mendes Netto et al. (2012) estudaram universitários da

área de saúde no Nordeste do Brasil, e Hidalgo-Rasmussem, Lopéz e San Martim (2013) universitários do México, e notaram escores mais elevados entre os homens.

## 2.6 Estado nutricional

De modo geral, mais de 70% dos universitários ingressantes são eutróficos, segundo o índice de massa corporal. Mendes Netto et al. (2012) com universitários da área da saúde do nordeste, Santos et al. (2014) com ingressantes do Paraná, e Paixão, Dias e Prado (2010) com ingressantes de Recife, notaram que em torno de 75% dos universitários eram eutróficos. Evidências indicam que as prevalências de excesso de peso (sobrepeso mais obesidade) estão ao redor de 16% entre calouros de uma Universidade em Santa Catarina (Silva e Petroski, 2011), 24,4% entre universitários do litoral de São Paulo (Correia, Cavalcante e Santos, 2010), mas alguns verificaram prevalência de 32,4% entre universitários do Ceará (Vasconcelos et al., 2013). Segundo estimativas da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2014d), na população brasileira de 20 a 24 anos, a prevalência de sobrepeso é de 24,4% para o sexo feminino e 34,6% para o sexo masculino, enquanto a prevalência de obesidade é de 4,4% e 8,1%, respectivamente. O excesso de peso é um fator de risco para outras DCNT e está diretamente associado ao modo de viver da sociedade moderna, especialmente ao padrão alimentar e sedentarismo, e tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública (BRASIL, 2014c). Existem também evidências que estudantes universitários são mais suscetíveis ao ganho de peso em seu primeiro ano na universidade devido ao estresse (SERLACHIUS; HAMER; WARDLE, 2007), embora Gasparotto et al. (2013), com universitários no Paraná, não tenham observado modificações expressivas de IMC médio entre calouros (23,2 kg/m<sup>2</sup>) e formandos (23,5 kg/m<sup>2</sup>).

A circunferência da cintura também é outro indicador do estado nutricional, contudo voltado à obesidade central, e tem relação direta com o risco de morbimortalidade (BRASIL, 2014c). Homens com circunferência da cintura superior a 94 cm e mulheres superior a 80 cm são avaliados como estando na zona de risco (WHO, 2010b). No estudo de Gasparotto et al. (2013b), com universitários do Paraná, 89,6% dos homens e 90,6% das mulheres tinham a circunferência da cintura adequada. Por outro lado, resultados preocupantes foram divulgados por Mascena et al. (2012), com universitários da Paraíba, pois apenas 36,9% dos homens e 44,7% das mulheres tinham circunferências dentro da normalidade.

## 2.7 Pressão arterial

A hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (Barroso et al., 2020). No mundo, sua prevalência entre adultos é de 31,1% e entre brasileiros é de 32,3% (Barroso et al., 2020, Mills et al., 2020). Entre ingressantes no Paraná (GASPAROTTO et al., 2013b), universitários do Piauí (MARTINS et al., 2010), universitários do litoral de São Paulo

(CORREIA; CAVALCANTE; SANTOS, 2010) e universitários da Paraíba (MASCENA et al., 2012) as prevalências foram 9,2%, 9,7%, 11,1% e 15,8%, respectivamente.

## 2.8 Relacionamento familiar e com amigos

Os relacionamentos familiares são descritos como modelos profissionais, fontes de apoio e encorajamento, que auxiliam na superação de barreiras, e fontes privilegiadas de informações sobre o mundo do trabalho (BARDAGI; HUTZ, 2008). Universitários no Rio Grande do Sul referiram, em sua maioria, ter apoio familiar e emocional (TEIXEIRA; CASTRO; PICCOLO, 2007). Segundo esses autores, o apoio emocional recebido pode contribuir para a adaptação à universidade e ao bem-estar emocional. Com respeito ao relacionamento com os amigos, Souza e Duarte (2013) notaram que as amizades contribuíram para o bem-estar subjetivo. Verificou-se que 94% dos participantes referiu possuir amizades na faculdade, e essas foram classificadas como ótimas ou boas.

## 2.9 Sexualidade

A sexualidade é característica inerente do ser humano e sua prática está relacionada a valores e práticas sociais individuais e da sociedade (MELO; SANTANA, 2005). Há indicações de que 50% das estudantes de 18 a 20 anos, 70% das maiores de 21 e 55,7% das maiores de 24 anos (MOSER; REGIANNI; URBANETZ, 2007, AQUINO; BRITO, 2012) eram sexualmente ativas. No estudo de Moser, Regianni e Urbanetz (2007) foram encontradas associações positivas entre a frequência a culto religioso e a abstinência sexual. Mais estudos deverão ser realizados para se avaliar o impacto da abstinência sexual ou não sobre o desempenho acadêmico e a qualidade de vida desses estudantes.

## 3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio de saúde pública para universitários é grande e complexo, por se tratar de uma fase crítica para a promoção e manutenção da saúde. Exercer o devido autocuidado pode impactar positivamente o estilo de vida, a religiosidade e a espiritualidade, a qualidade de vida e a saúde. Baixa adesão ao calendário vacinal, automedicação e redução das horas de sono são hábitos pouco saudáveis de autocuidado frequentemente observados em universitários. Além disso, a prática regular de atividades físicas costuma ocorrer em menos da metade dos jovens que frequentam a universidade. Isso aumenta o risco de sobrepeso e obesidade. Hábitos de higiene precários e de alimentação não saudável também são observados em uma parcela desses estudantes.

## REFERÊNCIAS

ACPM – American College of Preventive Medicine. Lifestyle Medicine – Evidence Review. June 30, 2009. Disponível em: <http://www.acpm.org/LifestyleMedicine.htm>. Acesso realizado em 18 de setembro de 2009.

ADAYA, DIANA CÓRDOBA; GONZÁLEZ, MARICELA CARMONA; VARELA, OMAR ERNESTO TERÁN; MOLINA, OFELIA MÁRQUEZ. Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. *Medwave*, v.13, n.11, p. e5864, 2013.

AL-OTAIBI, HALA HAZAM. The pattern of fruit and vegetable consumption among Saudi university students. *Global Journal of Health Science*, v. 6, n. 2, p. 155-62, dez. 2013.

ANAND, PREETHA et al. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharmaceutical Research*, v. 25, n. 9, p. 2097-116, 2008.

ANDRADE, ARTHUR GUERRA DE et al. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, v. 34, n. 3, p. 294-305, 2012.

ANTUNES, HANNA K. M. et al. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Niterói*, v. 12, n. 2, p. 108-114, Abr. 2006.

AQUINO, DANIELA SILVA DE; BARROS, JOSÉ AUGUSTO CABRAL DE; SILVA, MARIA DOLORES PAES DA. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2533-2538, 2010.

AQUINO, PRISCILA DE SOUZA; BRITO, FRANCISCO EDUARDO VIANA BRITO. Perfil sexual de adolescentes universitários de um curso de graduação em enfermagem. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 324-329, 2012.

BARDAGI, MARUCIA PATTA; HUTZ, CLÁUDIO SIMON. Apoio parental percebido no contexto da escolha inicial e da evasão de curso universitário. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, v. 9, n. 2, p. 31-44, dez. 2008.

BARROSO, WEIMAR KUNZ SEBBA; RODRIGUES, CIBELE ISAAC SAAD; BORTOLOTTI, LUIZ APARECIDO; GOMES, MARCO ANTÔNIO MOTA; BRANDÃO, ANDRÉA ARAUJO; FEITOSA, AUDES DIÓGENES DE MAGALHÃES; et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2020. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.

BAUMANN, MICHÈLE; IONESCU, ION; CHAU, NEARKASEN; et al. Psychological quality of life and its association with academic employability skills among newly-registered students from three European faculties. *BMC psychiatry*, v. 11, p. 63, Abr. 2011.

BENAVENTE, SONIA BETZABETH TICONA; SILVA, RODRIGO MARQUES DA; HIGASHI, ALINE BARALDI; GUIDO, LAURA DE AZEVEDO; COSTA, ANA LUCIA SIQUEIRA. Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 3, p. 514-520, June 2014.

BIRCHER, JOHANNES. Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v.8, n.3, p.335-341, 2005.

BISPO, STEPHANIE; MEIRELES, ADRIANA LÚCIA; CORTES, MARCELA GUIMARAES; XAVIER,



CÉSAR COELHO; PROIETTI, FERNANDO AUGUSTO; CAIAFFA, WALESKA TEIXEIRA. Excesso de peso em adolescentes de Belo Horizonte: inquérito domiciliar de base populacional. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 23, n. 1, p. 13-20, 2013.

BUETTNER, DAN. A ciência da longevidade: como viver muito e bem. *National Geographic Brasil*, Mar. 2005.

BRAGA, CRISTIANE GIFFONI; SILVA, JOSÉ VÍTOR DA (org). **Teorias de Enfermagem**. São Paulo: Ítátria, 2011, 303p.

BRANDÃO, EUZELI DA SILVA et al. Uma sociopoética do autocuidado: comportamentos de estudantes de enfermagem visando a promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 280-288, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35ª ed., Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da educação superior (2013): resumo técnico**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ª ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

CANALLI, RAFAELA THAÍS COLOMBO; MORIYA, TOKICO MURAKAWA; HAYASHIDA, MIYEKO. Prevenção de acidentes com material biológico entre estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 19, n. 1, p. 100-106, 2011.

CARDOSO, HÍGOR CHAGAS et al. Avaliação da qualidade de sono de estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 3, p. 349-55, 2009.

CASTILHO, IVAN GAGLIARDI; SOUSA, MARIA APARECIDA ALVES; LEITE, RUBENS MARCELO SOUZA. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 85, n. 2, p. 173-178, Abr. 2010.

CHEHUEN NETO, JOSÉ ANTONIO et al. Situação vacinal dos discentes da Faculdade de Medicina da UFJF-MG. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.34, n.2, p.270-277, 2010.

- CIESLAK, FABRÍCIO et al. Análise da qualidade de vida e do nível de atividade física em universitários. **Rev Educ. Fis/UEM**, v.23, n.2, p.251-260, 2012.
- CORREIA, BEATRIZ. ROLIM.; CAVALCANTE, EDER.; SANTOS, EMERSON DOS. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. **Rev Bras Clin Med**, v.8, p.25-29, 2010.
- COSTA, CRISTIANE CARDOZO DA. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de psicologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.2, p.249-255, 2008.
- COTA, RAQUEL PEREIRA.; MIRANDA, LUCILENE SOARES. Associação entre constipação intestinal e estilo de vida em estudantes universitários. **Rev Bras Nutr Clin**, Campinas, v.21, n.4, p.296-301, 2006.
- CZERESNIA, DINA.; MACIEL, ELVIRA MARIA GODINHO DE SEIXAS; OVIEDO, RAFAEL ANTONIO MALAGÓN. **Os sentidos da Saúde e da Doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- DESSEN, MARIA. AUXILIADORA. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.30, n. esp, p.202-219, 2010.
- DIDIER, FLÁVIO et al. Hábitos de exposição ao sol e uso de fotoproteção entre estudantes universitários de Teresina, Piauí. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.3, p.487-496, 2014.
- ESCOBAR, MARIA DEL PÍLAR; PICO, MARIA E. Autocuidado de la salud em jóvenes universitários 2010-2011. **Rev Fac. Nac. Salud Pública**, Manizales, v.31, n.2, p.178-186, 2013.
- EURICH, ROSANE BUENO.; KLUTHCOVSKY, ANA CLÁUDIA G. C. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quatro anos: influência das variáveis sociodemográficas. **Rev Psiquiatr RS**, v.30, n.3, p.211-220, 2008.
- European Food Safety Authority (EFSA). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water. **EFSA Journal**, v.8, n.3, p.1459, 2010.
- FARIA, YONE DE OLIVEIRA.; GANDOLFI, LENORA; MOURA, LEIDES BARROSO AZEVEDO. Prevalência de comportamentos de risco em adulto jovem e universitário. **Acta Paul Enferm**, v.27, n.6, p.591-595, 2014.
- FONTES, ANA CLÁUDIA DIAS; VIANA, RODRIGO PINHEIRO TOLEDO. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste – Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n.1, p.20-19, 2009.
- FRASER, GARE E. Diet, life expectancy and chronic disease: studies of Seventh-day Adventists and other vegetarians. Oxford University Press: New York, 2003.
- GALATO, DAYANI; MADALENA, JAQUELINE.; PEREIRA, GREICY BORGES. Automedicação em estudantes universitários: a influência da área de formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p.3323-3330, 2012.
- GASPAROTTO, GUILHERME DA SILVA et al. Associação entre o período de graduação e fatores de risco cardiovascular em universitários. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.3, (8 telas), 2013a.

GASPAROTTO, GUILHERME DA SILVA et al. Fatores de risco cardiovascular em universitários: comparação entre sexos, períodos de graduação e áreas de estudo. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.46, n.2, p.154-163, 2013b.

GUIMARÃES, HÉLIO PENNA; AVEZUM, ÁLVARO. Impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v.34, supl, p.88-94, 2007.

HASKELL, WILLIAM et al. Physical Activity and Public Health Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, v.116, p.1081-1093, 2007.

HIDALGO-RASMUSSEN, CARLOS ALEJANDRO.; LÓPEZ, GUADALUPE RAMIRÉZ; SAN MARTÍN, ALFREDO HIDALGO. Actividade física, condutas sedentárias y calidad de vida de adolescentes universitarios de Ciudad Guzmán, Jalisco, México. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.1943-1952, 2013.

HÖFELMANN, DOROTEIA APARECIDA; MOMM, NAYARA. Omissão do café da manhã por escolares. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr.**, São Paulo, v.39, n.1, p.40-55, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/>.

JAIME, RAQUEL PEIXOTO et al. Prevalência e fatores de risco da constipação intestinal em universitários de uma instituição particular de Goiânia, GO. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v.27, n.4, p.378-83, 2009.

KABRITA, COLETTE S.; HAJJAR-MURÇA, THERESA A.; DUFFY, JEANNE F. Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: association between evening typology, lifestyle behaviors, and sleep habits. **Nature and Science of Sleep**, v.6, p.11-18, 2014.

KOENIG HAROLD G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012; 2012: 278730. doi: 10.5402/2012/278730.

KONOPACK, JAMES F.; MCAULEY, EDUARDY. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity and quality of life: A path analysis. **Health and Quality of Life Outcomes**, p.1-6, 2012.

LEITE, THATIANE ROMANO AURELIANO; SANTOS, BRIGITTE RIECKMANN MARTINS DOS. Pressão arterial e estilo de vida de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.9, n.27, p.14-20, 2011.

LIMA, ADMAN CÂMARA SOARES et al. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em universitários: associação com variáveis sociodemográficas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 3, p.484-490, 2014.

MARTÍNEZ, MARÍA ADELA et al. Factores de riesgo cardiovascular em estudiantes universitários. **Rev Med Chile**, v.140, p.426-435, 2012.

MARTINI, MAYARA et al. Fatores associados à qualidade do sono em estudantes de Fisioterapia. **Fisioter Pesp**, v.19, n.3, p.261-267, 2012.

MARTINS, MARIA DO CARMO CARVALHO et al. Pressão arterial, excesso de peso e nível de

atividade física em estudantes de Universidade Pública. **Arq Bras Cardiol**, v.95, n.2, p.192-199, 2010.

MASCENA, GUILHERME VERAS et al. Fatores de risco cardiovascular em estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.45, n.3, p.322-328, 2012.

MATSUDO, VICTOR KEIHAN RODRIGUES.; MATSUDO, SANDRA MARCELA MAHECHA. Atividade física no tratamento da obesidade. **Einstein**, Supl 1, p.29-43, 2006.

MELO, ANDREA SILENE ALVES FERREIRA; SANTANA, JUDITH SENA DA SILVA. Sexualidade: concepções, valores e condutas entre universitários de Biologia da UEFS. **Rev Baiana Saúde Pública**, v.29, n.2, p.149-59, 2005.

MENDES NETTO, RAQUEL SIMÕES et al. Nível de atividade física e qualidade de vida de estudantes universitários da área de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.10, n.34, p.47-55, 2012.

MESQUITA, GEMA; REIMÃO, RUBENS. Quality of sleep among university students. **Arq. Neuropsiquiatr**, v.68, n.5, p.720-725, 2010.

MILLS, KATHERINE T. et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*. 2016 Aug 9;134(6):441-50. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912.

MONTEIRO, MARIA DE FÁTIMA; SOBRAL FILHO, DÁRIO. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev Bras Med Esporte**, v.10, n.6, p.513-516, 2004.

MORAES, HELENA et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev Psiquiatr RS**, v.29, n.1, p.70-79, 2007.

MOSER, ANGELA MARIA; REGIANNI, CLAUDETE; URBANETZ, ALMIR. Comportamento sexual de risco entre estudantes universitárias dos cursos de Ciências da Saúde. **Rev Assoc Med Bras**, v.53, n.2, p.116-121, 2007.

OLIVEIRA, DORA LÚCIA LIEDENS CORREA DE. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.1, p.185-188, 2011.

OREM, DOROTHÉA ELIZABETH. *Nursing Concepts of Practice*. 8 ed., Boston: Mosby, 2006.

PAIXÃO, LETÍCIA ANTUNES DA; DIAS, RAPHAEL MENDES RITTI.; PRADO, WAGNER LUIZ DO. Estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes da área de saúde do Recife/PE. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.15, n.3, p.145-150, 2010.

PALMA, ALEXANDRE; ABREU, RAQUEL AZEREDO; CUNHA, CRISTINA DE ALMEIDA. Comportamentos de risco e vulnerabilidade entre estudantes de educação física. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.10, n.1, p.117-126, 2007.

PANZINI, RAQUEL GEHRKE et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev Psiq. Clin**, São Paulo, v.34, supl 1, p.105-115, 2007.

PILLON, SANDRA CRISTINA et al. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.1, p.100-107, 2011.

QUADROS, TERESA M. BIANCHINI DE et al. The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students: its association with sociodemographic variables. **Rev salud pública**. v.11, n.5, p.724-733, 2009.

QUINTANA, LARISSA MARTINS et al. Influência do nível de atividade física na dismenorreia, **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.15, n.2, p.101-104, 2010.

RAMALHO, ALANDERSON ALVES.; DALAMARIA, TATIANE; SOUZA, ORIVALDO FLORENCIO DE. Consumo regular de frutas e hortaliças por estudantes universitários em Rio Branco, Acre, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.7, p.1405-1413, 2012.

RATNER, RINAT. G et al. Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. **Rev Med Chile**, p.1571-1579, 2012.

RIBEIRO, CAIRON RODRIGO FARIA RIBEIRO; SILVA, YASMIN MARIA GARCIA PRATA DA; OLIVEIRA, SANDRA MÁRCIA CARVALHO DE. O impacto da qualidade do sono na formação médica. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v.12, n.1, p.8-14, 2014.

RIGONI, PATRÍCIA APARECIDA GAION et al. Estágios de mudança de comportamento e percepção de barreiras para a prática de atividade física em universitários do curso de Educação Física. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, Pelotas, v.17, n.2, p.87-92, 2012.

RODRIGUES, ELISÂNGELA SOFIA RIBEIRO; CHEICK, NADIA CARLA; MAYER, ANAMARIA FLEIG. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.4, p.672-678, 2008.

ROSA, LUIZ FERNANDO PEREIRA BICUDO COSTA; VAISBERG, MAURO W. Influência do exercício físico na resposta imune. **Rev Bras Med Esporte**, v.8, n.4, p.167-172, 2002.

SANTOS, JEFFERSON JOVELINO AMARAL DOS et al. Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. **ABCS Health Sci**, v.39, n.1, p.17-23, 2014.

SANTOS, VIVIANE EUZÉBIA P.; RADÜNZ, VERA. O cuidar de si a visão de acadêmicas de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.46-51, 2011.

SCHUELTER-TREVISOL, FABIANA et al. Automedicação em universitários. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v.9, n.6, p.414-417, 2011.

SEBOLD, LUCIMARA FABIANE, RADÜNZ VERA, CARRARO, TELMA ELISA. Percepções sobre cuidar de si, promoção da saúde e sobrepeso entre acadêmicos de enfermagem. **Esc Anna Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.536-541, 2011.

SERLACHIUS, ANNA; HAMER, MARK.; WARDLE, JANE. Stress and weight change in university students in the United Kingdom. **Physiology & Behavior**, v.92, p.548-553, 2007.

SILVA, DIEGO AUGUSTO SILVA; PETROSKI, EDIO LUIZ. Fatores associados ao nível de participação em atividades físicas em estudantes de uma universidade pública no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.10, p.4087-4094, 2011.

SOUSA, VALMI D. et al. Reliability, validity and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R). **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 16, n. 6, p. 1031-40, 2010.

SOUZA, LAYS ALVES FERREIRA et al. Prevalência e caracterização da prática de automedicação para alívio da dor entre estudantes universitários de enfermagem. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.2, 7 telas, 2011.

SOUZA, LUCIANA KARINE.; DUARTE, MÔNICA GRACE. Amizade e Bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.29, n.4, p. 429-436, 2013.

STACCIARINI, THAÍS SANTOS GUERRA. Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado. Ribeirão Preto- SP, 2012. 193f. **Tese (Doutorado)** – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

TEIXEIRA, MARCO ANTONIO PEREIRA; CASTRO, GRACIELLE. DOTTO.; PICCOLO, LUCIANE DA ROSA. Adaptação à Universidade em estudantes universitários: um estudo correlacional. **Interação em Psicologia**, v.11, n.2, p.211-220, 2007.

VASCONCELOS, HÉRICA CRISTINA ALVES DE et al. Correlação entre indicadores antropométricos e a qualidade do sono de universitários brasileiros. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.47, n.4, p.852-859, 2013.

WHITE, MARY L.; PETERS, ROSALIND; SCHIM, STEPHANIE MYERS. Spirituality and Spiritual Self-care: Expanding Self-Care Deficit Nursing Theory. **Nursing Science Quarterly**, v.24, n.1, p.48-56, 2011.

World Health Organization (WHO) 1998. **The World Health Report 1998: Life in the 21st Century - A Vision for All**. WHO, Geneva; 1998b, 241p.

World Health Organization (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2010a. p. 176.

World Health Organization (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization; 2014. p. 302.

World Health Organization (WHO). **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: World Health Organization; 2004. 13p.

World Health Organization (WHO). **The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist**. The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998. 24p.

## A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NA ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Data de aceite: 01/11/2021*

*Data de submissão: 08/11/2021*

**Maria Nádia Craveiro de Oliveira**

Centro Universitário INTA  
Sobral- Ceará

**Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues**

Universidade Federal de Sergipe  
Aracaju- Sergipe

**RESUMO:** Segundo o Ministério da Saúde (2021) a Organização de procura de órgãos (OPO) tem como objetivo exercer atividades de identificação, manutenção e captação de potenciais doadores para fins de transplantes de órgãos e tecidos no âmbito de sua atuação. O processo de doação de órgãos e tecidos para transplante é definido como o conjunto de ações e procedimentos sistematizados e inter-relacionados que consegue converter um PD (potencial doador) em doador de órgãos e tecidos. Relatar a experiência da manutenção de órgãos enquanto acadêmica de enfermagem inserida na OPO, em um programa de ensino-serviço em um hospital da região Norte do Ceará. Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, sobre a manutenção de órgãos em PD enquanto acadêmica de enfermagem inserida na OPO. O programa possui 9 acadêmicos de enfermagem e 6 acadêmicos de medicina e 5 acadêmicos do serviço social, que trabalham em conjunto na OPO, realizando a busca ativa de PD que possuam clínica de Morte Encefálica

(ME), sob a supervisão de enfermeiros da CIHDOTT (comissão intra-hospitalar de doação e transplante órgãos), no hospital de ensino-serviço Santa Casa de Misericórdia de Sobral. A manutenção de órgãos é realizada após a busca ativa quando se tem o PD que obedece aos seguintes critérios: Glasgow 3, sem sedação e causa do coma identificada, a ME é constatada através de dois exames clínicos e um exame complementar. Na imersão desse programa de Extensão foi possível observar as principais dificuldades de manter um PD. Concomitante com a literatura o enfermeiro contribui desde a identificação de um paciente sugestivo de ME, participando da realização de todos os testes clínicos da avaliação neurológica para confirmação de ME. A inserção do acadêmico de enfermagem na OPO se configura de extrema importância dentro da vida acadêmica.

**PALAVRAS-CHAVES:** Morte Encefálica; Assistência Centrada no Paciente; Hospital de ensino; Transplante de órgãos; Assistência de Enfermagem.

### THE IMPORTANCE OF THE NURSING ACADEMIC INSERTION IN THE ORGAN SEARCH ORGANIZATION: AN EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** According to the Ministry of Health (2021), the Organ Procurement Organization (OPO) aims to carry out activities to identify, maintain and attract potential donors for the purpose of organ and tissue transplants within the scope of its work. The organ and tissue donation process for transplantation is defined as the set of

systematized and interrelated actions and procedures that manages to convert a PD (potential donor) into an organ and tissue donor. To report the experience of organ maintenance as a nursing student inserted in the OPO, in a teaching-service program in a hospital in the northern region of Ceará. This is an experience report, with a qualitative approach, on the maintenance of organs in PD while a nursing student inserted in the OPO. The program has 9 nursing students and 6 medical students and 5 social work students, who work together at the OPO, actively searching for PD who have a Brain Death (BD) clinic, under the supervision of CIHDOTT nurses ( Intra-Hospital Committee for Organ Donation and Transplantation) at the teaching-service hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Organ maintenance is performed after an active search when there is PD that meets the following criteria: Glasgow 3, no sedation and cause of coma identified, BD is verified through two clinical exams and a complementary exam. In the immersion of this Extension program, it was possible to observe the main difficulties of maintaining a PD. Concomitant with the literature, nurses contribute from the identification of a patient suggestive of BD, participating in the performance of all clinical tests of neurological assessment to confirm BD. The insertion of nursing students in the OPO is extremely important in academic life.

**KEYWORDS:** Brain Death; Patient-Centered Care; Teaching Hospital; Organ transplantation; Nursing Care.

## INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2021) a Organização de procura de órgãos (OPO) tem como objetivo exercer atividades de identificação, manutenção e captação de potenciais doadores para fins de transplantes de órgãos e tecidos no âmbito de sua atuação.

O processo de doação de órgãos e tecidos para transplante é definido como o conjunto de ações e procedimentos sistematizados e inter-relacionados que consegue converter um PD (potencial doador) em doador de órgãos e tecidos (SÁ, et al., 2017).

Esse processo depende de uma assistência adequada na manutenção de órgãos desse PD. De acordo com Santos, et al., 2020.

No processo de doação de órgãos e tecidos, o enfermeiro atua diretamente na coordenação das Comissões Hospitalares de Transplantes (CHT) em todas as instituições hospitalares públicas, privadas ou filantrópicas do país, desenvolvendo ações de gerenciamento do cuidado. Esse profissional tem a responsabilidade e compromisso de gerenciar as etapas do processo de doação de órgãos e tecidos como a busca ativa, identificação, avaliação, validação, notificação do potencial doador, bem como entrevista com a família, coordenação da sala cirúrgica e envio dos documentos à CET, estando respaldado pela legislação vigente no país.

Nesse processo, as condutas adotadas devem estar pautadas no princípio da humanização da assistência, pensando nos diversos fatores que envolvem os sujeitos e em um cuidar digno (LUZ., et al, 2021).

Os cuidados realizados ao paciente em ME são comuns aos realizados a outros pacientes e requerem dos profissionais de saúde, neste caso, o enfermeiro, sensibilidade,



envolvimento, empatia, olhar atento, percepção aguçada e conhecimento científico (MELO., et al, 2018).

Nesse sentido este artigo fruto de um relato de experiência como bolsista da OPO em um hospital da região Norte do Ceará, procura destacar a importância da inserção do acadêmico de enfermagem na Organização de Procura de Órgãos. Com o objetivo de relatar a experiência da manutenção de órgãos enquanto acadêmica de enfermagem inserida na OPO, em um programa de ensino-serviço em um hospital da região Norte do Ceará.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, sobre a manutenção de órgãos em potenciais doadores (PD) enquanto acadêmica de enfermagem inserida na OPO. O programa possui nove acadêmicos de enfermagem e seis acadêmicos de medicina e cinco acadêmicos do serviço social, que são selecionados a partir de um processo seletivo realizado em duas etapas, a primeira trata-se de uma prova de múltiplas escolhas e a segunda etapa, uma entrevista de caráter eliminatório. Os acadêmicos trabalham em conjunto na OPO, realizando a busca ativa de PD que possuam clínica de Morte Encefálica (ME), sob a supervisão de cinco enfermeiros da CIHDOOT (comissão intra-hospitalar de doação e transplante órgãos), no hospital de ensino-serviço Santa Casa de Misericórdia de Sobral, na região Norte do Estado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A manutenção de órgãos é realizada após a busca ativa quando se tem o PD que obedece aos seguintes critérios: Glasgow 3, sem sedação e causa do coma identificada, a ME é constatada através de dois exames clínicos e um exame complementar (FERREIRA; COUTINHO; MARTINS, 2015).

Na imersão desse programa de Extensão foi possível observar as principais dificuldades de manter um PD, as quais listam-se: a estabilidade da pressão arterial e o equilíbrio hídrico-eletrolítico, que são fatores fundamentais para manter todos os órgãos em bom estado e possibilitar a abertura e fechamento do protocolo de ME.

Dentro dessa assistência não se pode esquecer o cuidado holístico a esse PD, destaca-se a mudança de decúbito a fim de evitar lesões por pressão, aspiração e a higienização corporal, bucal e a ocular, a higienização ocular é de extrema importância para a preservação das córneas.

Concomitante com a literatura o enfermeiro contribui desde a identificação de um paciente sugestivo de ME, participando da realização de todos os testes clínicos da avaliação neurológica para confirmação de ME, até os cuidados com o PD e sua preparação para a captação dos órgãos pela equipe de transplantes.

Nesta perspectiva, destaca-se que o enfermeiro que integra a equipe de remoção de órgãos, assim como o enfermeiro membro da CHT são corresponsáveis por esta etapa e devem estar integrados na coordenação da sala cirúrgica, além de atentar para todos os procedimentos realizados, os quais incluem: participação na verificação da montagem da sala cirúrgica, perfusão dos órgãos, acondicionamento dos órgãos, encaminhamento dos órgãos retirados e registro de todas as informações ocorridas na sala cirúrgica, e ainda vale ressaltar a importância do enfermeiro na assistência a manutenção desse doador de órgão (SANTOS., et al, 2018).

O enfermeiro, ao demonstrar domínio e habilidade no desenvolvimento do seu trabalho, acaba assumindo uma posição de líder frente ao processo, tornando-se um elemento facilitador no processo de doação de órgãos e transplantes (DIAS., et al, 2018).

Portanto, torna-se de grande relevância a capacitação de enfermeiros, principalmente ainda dentro da graduação para o conhecimento e a segurança em executar a assistência de enfermagem ao PD com maestria.

## CONCLUSÃO

A inserção do acadêmico de enfermagem na OPO se configura de extrema importância dentro da vida acadêmica, pois permite ao futuro enfermeiro deslumbrar ainda dentro da universidade a função do enfermeiro dentro de um setor crítico de atendimento a um paciente em estado grave, onde se trabalha não só a teoria e a prática, mas também a sensibilidade, a ética, a moral, o ser humano propriamente dito. A vivência tornou-se um alicerce importante na formação desses acadêmicos, pois proporcionou uma visão holística e multidisciplinar no atendimento.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO). Brasília, DF, 2021.

DIAS, G. L.; *et al.* **A atuação do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos.** *Revista Enfermagem UERJ.* V. 26, e27385, 2018.

MARTINS, G.M.A.B. M; COUTINHO, H. D. M; FERREIRA, F. R. **Papel da enfermagem na manutenção de um potencial doador de órgãos em morte encefálica: uma revisão de literatura.** *Revista brasileira de Medicina.* V. 72, p. 12-19, 2015.

PAIM, S. M. S; *et al.* **Fragilidades do conhecimento das equipes de unidades de críticos relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos.** *Cogitare Enfermagem.* V. 25, e66128, 2020.

SANTOS, J. **Gerenciamento do cuidado do enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos.** *Texto e Contexto Enfermagem.* V. 29, e20180445, 2020.

SÁ, A. M. M; *et al.* **Doação de órgãos e tecidos para transplante: contribuições teóricas.** *Revista Científica de Enfermagem.* V. 7, n. 20, p. 58-69, 2017.

# CAPÍTULO 12

## ANÁLISE ESPAÇO-TEMPORAL DO COMPORTAMENTO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

*Data de aceite: 01/11/2021*

*Data de submissão: 26/08/2021*

**Luiz Alfredo Roque Lonzetti**

Universidade do Vale do Itajaí  
Itajaí – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/9735117833824085>

**Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima**

Universidade do Vale do Itajaí  
Florianópolis – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/9735117833824085>

**Graziela Liebel**

Universidade do Vale do Itajaí  
Itajaí – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/0194075202399588>

**RESUMO:** Introdução: este trabalho analisa o indicador “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica”, responsável por avaliar a resolutividade da Atenção Primária em Saúde (APS). Objetivos: analisar o comportamento de internações por Doenças Pulmonares e Infecções de Rim e Trato Urinário nas microrregiões de saúde de Santa Catarina. Metodologia: estudo descritivo pautado na análise de dados das microrregiões de saúde de Santa Catarina, baseando-se na coleta de dados sobre os índices de internação e nas taxas de cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Resultados: há importante, porém não solitária, relação entre os índices de internações e a cobertura da ESF. São dois conceitos interdependentes, mas não exclusivos objetos de análise na

estruturação de uma Atenção Primária resolutive. Conclusão: a análise do indicador é uma forma de institucionalizar a contínua preservação da garantia do cuidado integral da APS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Estratégia de Saúde da Família, Sistema de Informação.

### SPACE-TIME ANALYSIS OF THE PATTERN OF THE HOSPITALIZATIONS BY AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS IN SANTA CATARINA STATE

**ABSTRACT:** Introduction: this paper analyses the indicator “Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions”, that evaluates the resoluteness of the Ambulatory Care service. Objectives: make an analysis of the pattern of hospitalizations by Pulmonary Diseases and Kidney and Urinary Tract Infections in Santa Catarina state, Brazil. Methods: descriptive study based on the the hospitalization for ambulatory care sensitive conditions index and the coverage of the Family Health Strategy (FHS). Results: there is an important relation, but not lonely, between the hospitalizations index and the FHS’s coverage, that are interdependent, but not exclusives analysis objects to reach a resolute Primary Care structure. Conclusion: The analysis of the indicator it is established as a way to institutionalize the continuous preservation of the Brazilian Public Health System’s Ambulatory Care.

**KEY-WORDS:** Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions; Family Health Strategy; Information System.

## 1 | INTRODUÇÃO

Teoriza-se que a Atenção Primária representa a porta de entrada em meio ao sistema de saúde brasileiro, o SUS (Sistema Único de Saúde), e, portanto, em tese, deve apresentar resolutividade sobre uma intensa parcela dos problemas de saúde da população brasileira, respondendo de forma eficiente a cerca de 75% a 80% das necessidades dos brasileiros no quesito saúde<sup>10</sup>. Assim, diz-se que a APS (Atenção Primária em Saúde) é indubitavelmente responsável – e protagonista – nos processos de prevenção, tratamento, cura e reabilitação de seus usuários em quase todas as enfermidades que, porventura, possam vir a afetá-los<sup>11</sup>.

A Atenção Primária representa, na realidade, uma lógica de comando de sistemas nacionais de saúde<sup>7</sup>, que visa a equidade e a resolutividade do cuidado em saúde, sendo uma filosofia protagonizada nas Assembleias Mundiais de Saúde da Organização Mundial de Saúde<sup>4</sup>, no período 1948-1975, e formalizada na Conferência de Alma-Ata, em 1978. Levando isso em consideração, ela surge tendo como base o estabelecimento de uma célula de controle não hospitalar, de sistemas universais, mas sim o desenvolvimento de cuidados primários por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo tais UBS's espaços sociais lócus de produção de ações de baixa densidade e alta complexidade em saúde<sup>8</sup>. Em âmbito nacional, a APS foi conquistada por meio de incansáveis lutas sanitárias nacionais, para coordenar o cuidado do Sistema Único de Saúde.

De tal maneira, quando se pensa em condições sensíveis à Atenção Primária, trata-se justamente de condições que, em teoria, apresentariam responsividade adequada dentro da APS, extinguindo posteriores necessidades de internações e cuidado em níveis de complexidade distintos no Sistema Único de Saúde, como o nível hospitalar, por exemplo. Assim, infere-se que, ao avaliar o indicador intitulado “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” (ICSAP), tem-se a avaliação, na realidade, do poder, da qualidade, da resolutividade e da possibilidade de acesso ao cuidado integral da Atenção Primária<sup>9,3,2</sup> de determinada região e, conseqüentemente, tem-se a avaliação da real capacidade de atuação do sistema público de saúde do país distribuído pelos estados e municípios da União. Assim, “as condições sensíveis à atenção primária (CSAP) são agravos à saúde para os quais uma boa ação da APS pode reduzir o risco de internação”<sup>1</sup> e, portanto, indica-se que uma resolutividade adequada junto à APS é inversamente proporcional às taxas de ICSAP e, nisso, justifica-se sua importância ao ser analisada junto ao sistema público de saúde no Brasil.

Este artigo tem como objetivo analisar o comportamento da relação do indicador “Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)” referente, especificamente, a “Doenças Pulmonares” e “Infecção do Rim e Trato Urinário” nas microrregiões de saúde do estado de Santa Catarina, no período de 2013 a 2018.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo que analisa as causas mais prevalentes nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária, tendo como unidade de análise as microrregiões de saúde do estado de Santa Catarina entre os anos de 2013 e 2018. A coleta de dados foi baseada no sistema de informação hospitalar, buscando o indicador “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária”, elegendo, para o estudo, duas das doenças mais prevalentes no estado: “doenças pulmonares” e “infecção no rim e trato urinário”, avaliando, depois, a frequência relativa por microrregião de saúde em Santa Catarina.

Na análise das doenças mais prevalentes, utilizamos como base os dois extremos temporais (os anos de 2013 e de 2019). No ano de 2013, a doença mais prevalente encontrada foi a Insuficiência Cardíaca, com 10.926 casos computados em todas as microrregiões de saúde, depois doenças pulmonares, com 10.397 casos e, por fim, infecções no rim e trato urinário, com 8.430 casos. No ano de 2019, obteve-se infecção no rim e trato urinário com 12.189 casos, doenças pulmonares com 9.745 casos e doenças cerebrovasculares, com 9.590 casos. A partir de tais dados, decidimos utilizar as doenças pulmonares e infecção no rim e trato urinário como doenças-base para o desenvolvimento desta análise dentro do intervalo 2013-2018. Os dados referentes às internações hospitalares foram obtidos a partir do sistema de informação hospitalar do SUS (Sistema Único de Saúde), ou seja, SIH-SUS, tendo como instrumento básico a internação hospitalar, isto é, AIH e, para a obtenção da classificação das doenças “sensíveis à Atenção Primária”, utilizou-se como base a classificação das doenças da Portaria de número 221 do Ministério da Saúde, de 17 de abril de 2008, composta por 19 grupos constituídos por subitens específicos<sup>6,10</sup>.

Depois de obtidos os dados referentes às taxas de internação de todas as 19 doenças em todas as microrregiões de saúde o estado de Santa Catarina nos anos de 2013 a 2018, analisamos quais dessas se encontravam no topo da prevalência, concluindo que “Doenças Pulmonares” e “Infecções do Rim e Trato Urinário” se mostravam duas das mais prevalentes tanto nos anos de 2013, quanto de 2019. A partir daí, portanto, realizamos o cálculo da frequência de tais internações pela população de cada microrregião (taxa de internação / população da microrregião), gerando uma razão que permitiu avaliar o comportamento das internações no intervalo analisado, interpretando a oscilação da taxa. Tais razões foram representadas de forma gráfica, facilitando a visualização de tal tendência de comportamento das internações. Para tanto, foram elaborados gráficos tanto das doenças pulmonares, quanto da infecção de rim e trato urinário, para cada microrregião de saúde, contendo o índice de internação encontrado (taxa de internações / população da microrregião) e o ano correspondente. Os dados relativos à população estimada para cada microrregião de saúde do estado de Santa Catarina foram obtidos a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou seja, IBGE e suas projeções populacionais.

Além de tal análise baseada na razão entre os índices de internação e a população de cada microrregião de saúde, comparou-se o resultado alcançado, em percentual, a partir de tal razão, com a taxa de cobertura desenvolvida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) para cada microrregião de saúde especificamente para o mês de junho de 2020, quando os dados para a realização de tal artigo foram obtidos. Para o cálculo de tal cobertura, utilizou-se a seguinte fórmula: número de equipes de ESF em junho de 2020 X 3.000 habitantes / população da microrregião de saúde. Essencial é tal análise no que tange à averiguação da interconexão entre a atuação da ESF qualitativamente e quantitativamente e as internações por condições sensíveis ao palco de trabalho da ESF, ou seja, a APS. A cobertura da ESF também foi exposta graficamente (gráfico 3).

### 3 | RESULTADOS

Os gráficos abaixo expõem o comportamento de tais internações para cada uma das 16 microrregiões de saúde. Os dezesseis primeiros gráficos (1-16) correspondem às internações por quadros pulmonares, dispostos em pares. Também em pares, seguem outros dezesseis gráficos (17-32) referentes às internações por condições urinárias e renais.

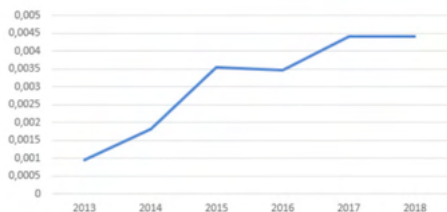


Gráfico 1 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Extremo Oeste.

Fonte: Os autores.

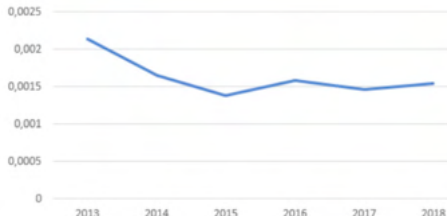


Gráfico 2 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Oeste.

Fonte: Os autores.

O gráfico 1, relativo à microrregião Extremo Oeste, indica que houve um processo oscilatório com tendência quase integral de crescimento nas taxas de internações, com queda no ano de 2016, mas retorno de ascendência a partir de 2017, tendo em 2018 o maior dos índices de internação.

No que tange à microrregião de saúde Oeste, exposta no gráfico 2, há também uma tendência ascendente até o ano de 2016 e, a partir de tal ano, inicia-se um ritmo descendente nas taxas de internações, porém praticamente constante, sem uma queda importante nos índices. Contudo, diferentemente da microrregião Extremo Oeste, não houve incremento dos índices.

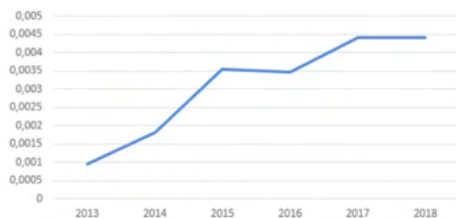


Gráfico 3 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Xanxerê.

Fonte: Os autores.

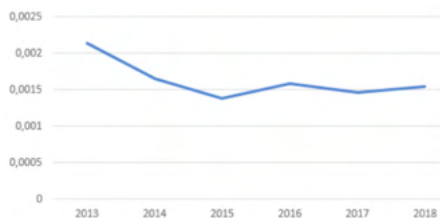


Gráfico 4 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Alto Vale do Itajaí.

Fonte: Os autores.

Sobre a microrregião Xanxerê, identificada no gráfico 3, há uma apresentação extremamente oscilatória, porém sempre ascendente, com alguns períodos de constância. Comparando os anos de 2013 e 2018, há um intenso crescimento nos índices de internações, tendo, nesse intervalo, um crescimento exponencial entre o período de 2014 e 2015, seguido por uma constância até o ano de 2016, com novo incremento e, no ano de 2018, uma regularidade linear sem novos incrementos. O que marca é, sem dúvida, o crescimento intenso absoluto do intervalo 2013-2018.

O gráfico 4, identificando a microrregião do Alto Vale do Itajaí é o primeiro que nos traz uma importante tendência de queda absoluta no intervalo 2013-2015. Contudo, após a importante queda vista no intervalo 2013-2015, a representação gráfica nos indica valores ainda baixos se comparados ao início do período, porém em oscilação com tendência de constância e relativa ascensão. Contudo, comparando-se os índices absolutos do período total, há uma importante queda nas taxas totais de internação.

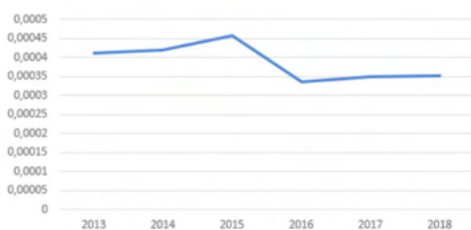


Gráfico 5 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Foz do Rio Itajaí.

Fonte: Os autores.

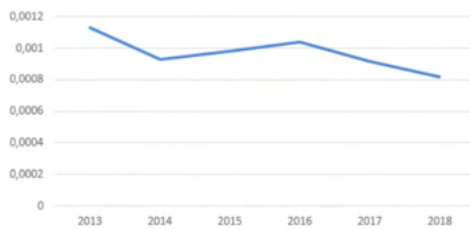


Gráfico 6 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Médio Vale do Itajaí.

Fonte: Os autores.

A partir do gráfico 5, identificando a microrregião da Foz do Rio Itajaí, conseguimos identificar novamente uma representação gráfica de queda nos valores de internações, mantendo-se com um pico importante no ano de 2015, mas uma queda considerável a partir de 2016, mantendo, entre 2016 e 2018, relativa constância nos índices, de forma

importante abaixo dos valores encontrados em 2013.

O gráfico 6, tratando do Médio Vale do Itajaí, traz novamente índices com tendência de queda ao fim do período avaliado, entre 2016 e 2018. Entre 2013 e 2016, houve um processo oscilatório de queda inicial, seguida de nova ascensão e, a partir de 2016, uma importante queda sem tendência de nova ascensão, alcançando os menores índices de internação no ano de 2018.

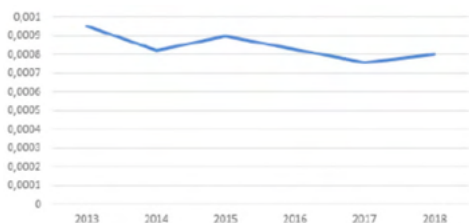


Gráfico 7 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Grande Florianópolis.

Fonte: Os autores.

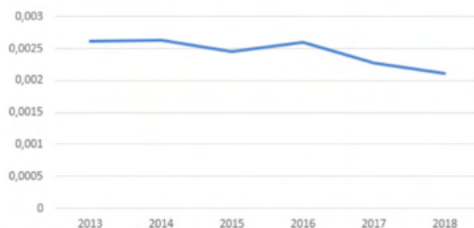


Gráfico 8 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Meio Oeste.

Fonte: Os autores.

O gráfico 7, tratando da Grande Florianópolis, traz uma tendência alternante entre ascensão e diminuição dos índices de internação, apresentando um pico importante nos anos de 2013, outro no ano de 2015 e um novo comportamento de potencial crescimento para a partir de 2018.

No Meio Oeste, representando pelo gráfico 8, tem-se, desde 2013 até 2016, uma relativa constância, com leves oscilações, nas taxas de internações e, a partir de 2016, uma importância tendência de queda nestes índices, alcançando o menor valor do período analisado no ano de 2018.

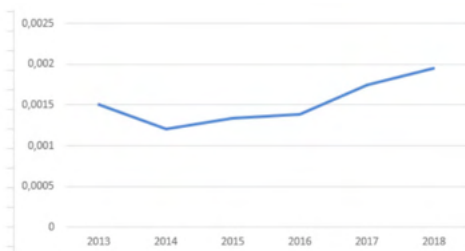


Gráfico 9 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Alto Vale do Rio do Peixe.

Fonte: Os autores.

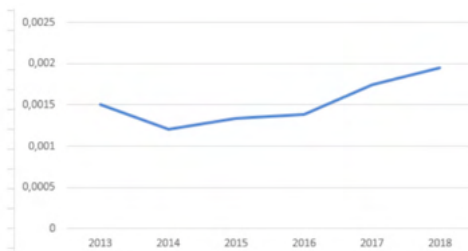


Gráfico 10 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Alto Urugauí Catarinense.

Fonte: Os autores.

O gráfico 9, demonstrando o comportamento no Alto Vale do Rio do Peixe, indica



que o comportamento absoluto da microrregião no período analisado foi de ascensão, ainda que com uma pequena queda no ano de 2014. A partir de 2015, os índices aumentam consideravelmente, alcançando, em 2018, a maior das taxas de internação.

O gráfico 10, contendo informações do Alto Uruguai Catarinense, mostra um comportamento absoluto com tendência de queda especialmente no fim do período analisado, ainda que com uma importante ascensão nos índices de internação no período de 2013 a 2015. 2018 alcançou o menor dos índices, confirmando a tendência descendente do comportamento.

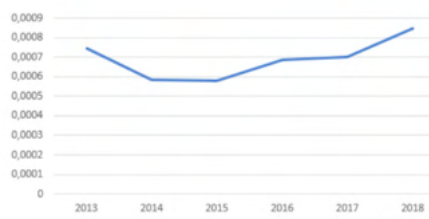


Gráfico 11 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Alto Vale do Rio do Peixe.

Fonte: Os autores.

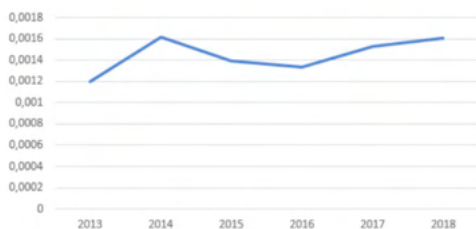


Gráfico 12- Índice de Internação por doenças pulmonares: Planalto Norte.

Fonte: Os autores.

No gráfico 11, podemos ver um comportamento absoluto de aumento nos índices de internação da microrregião Nordeste, alcançando uma constância diminuída em relação aos demais valores no intervalo de 2014-2015, porém a partir de 2016, apresentando apenas comportamento ascendente com um pequeno intervalo de constância entre 2016 e 2017, voltando, a partir daí, a crescer, alcançando o maior dos índices no ano de 2018.

O gráfico 12, tratando do Planalto Norte, indicou um pico de internações importante no ano de 2014 após um 2013 com índices mais baixos. A partir de 2014, apresentou um caráter descendente, porém, a partir do intervalo 2016-2017, a tendência de elevação se mostrou novamente presente, alcançando 2018 o mesmo pico identificado em 2014.

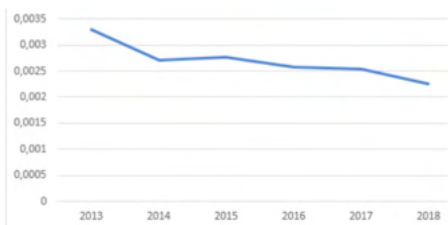


Gráfico 13 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Serra Catarinense.

Fonte: Os autores.

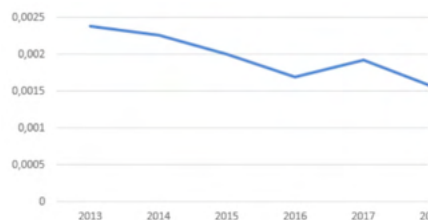


Gráfico 14- Índice de Internação por doenças pulmonares: Extremo Sul Catarinense.

Fonte: Os autores.

O gráfico 13, mostrando o comportamento da Serra Catarinense, trouxe dados de um comportamento absoluto descendente, com o maior dos índices de internação no primeiro ano analisado e, a partir daí, após uma queda importante entre 2013 e 2014, mostrando uma ligeira tendência de queda entre 2014 e 2018, apresentando a menor das taxas de internação no ano de 2018.

O gráfico 14, do Extremo Sul Catarinense, identificou um comportamento descendente importante de 2013 a 2016. Contudo, houve um pico importante (não capaz de superar 2013) em 2017 e uma nova tendência de queda em 2018, quando foi encontrado o menor valor para o índice de internações na população.

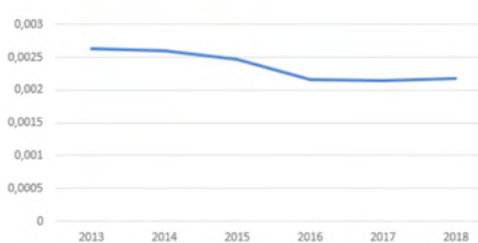


Gráfico 15 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Carbonífera.

Fonte: Os autores.

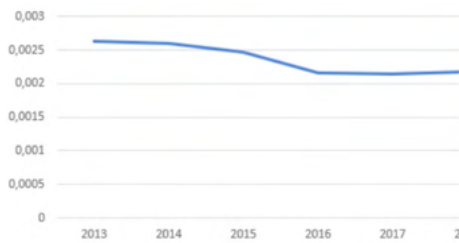


Gráfico 16- Índice de Internação por doenças pulmonares: Laguna.

Fonte: Os autores.

O gráfico 15, da microrregião Carbonífera, trouxe um comportamento muito uniforme durante todo o período, com uma constância importante entre os anos de 2013 e 2015, uma ligeira queda em 2016, mantendo a partir deste ano um processo uniforme até 2018.

O gráfico 16, da microrregião de Laguna, apresentou, também, um comportamento uniforme de queda entre o período de 2013 a 2016. Contudo, a partir de 2016, quando se apresentou o menor índice de internação, houve um incremento nos índices e uma tendência de ascensão até 2018, ainda que não tão preponderante.

Agora, seguindo, abaixo, com os gráficos tratando sobre as condições urinárias e renais para as mesmas microrregiões de saúde:

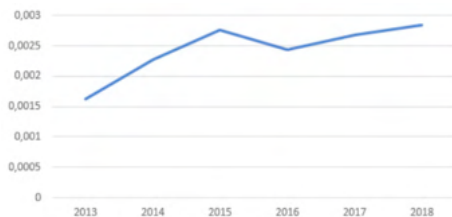


Gráfico 17 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Extremo Oeste.

Fonte: Os autores.

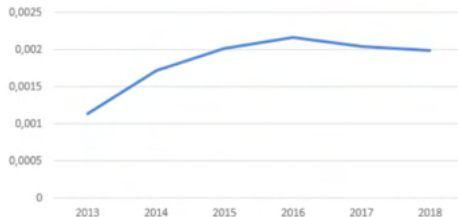


Gráfico 18- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Oeste.

Fonte: Os autores.

O gráfico 17, tratando sobre a microrregião do Extremo Oeste, indica um comportamento ascendente nas taxas de internação, ainda que tenha tido um decréscimo no ano de 2016. O menor dos índices foi encontrado em 2013 e, a partir de tal ano, elevou-se substancialmente, atingindo seu máximo no ano de 2018.

O gráfico 18, indicando o comportamento da microrregião Oeste, mostra um comportamento ascendente importante de 2013 a 2016, com estabilização a partir de 2016 e uma leve tendência de queda, porém ainda com valores elevados se comparados ao menos deles, em 2013.

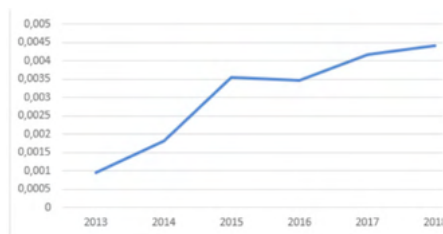


Gráfico 19 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Foz do Rio Itajaí.

Fonte: Os autores.

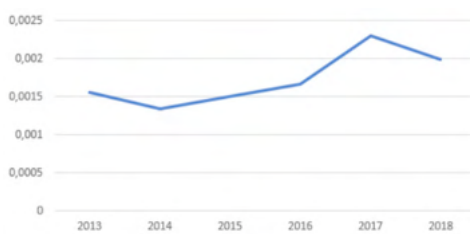


Gráfico 20- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Médio Vale do Itajaí.

Fonte: Os autores.

A microrregião de Xanxerê, exposta no gráfico 19, apresentou uma elevação substancial durante todo o período analisado, com um pequeno traço de constância no intervalo 2015-2016, porém novamente estabelecendo elevação das internações a partir. Comparando os anos de 2013 e 2018, observa-se dois extremos distintos com um importante incremento nos índices de internações por infecções urinárias.

A microrregião do Alto Vale do Itajaí, exposta no gráfico 20, denota um comportamento oscilatório com pequena elevação absoluta no intervalo de 2013 a 2016, seguida por um pico de internações no ano de 2017 e uma importante tendência de queda no ano de 2018.

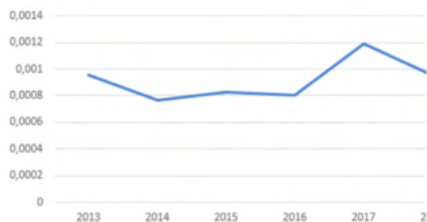


Gráfico 21 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Foz do Rio Itajaí.

Fonte: Os autores.

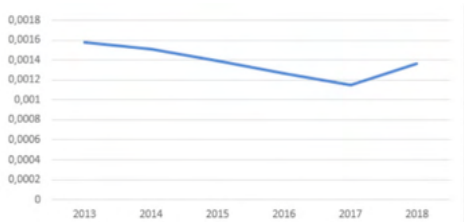


Gráfico 22- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Médio Vale do Itajaí.

Fonte: Os autores.

No gráfico 21, tem-se a representação da microrregião da Foz do Rio Itajaí, em que o comportamento apresentou uma queda dos índices depois de 2013, mantendo uma importância constância até o 2016, seguido de uma ascensão considerável em 2017, quando atingiu a maior das taxas de internação e, entre 2017 e 2018, seguiu-se com nova tendência de queda das internações.

A microrregião do Médio Vale do Itajaí, exposta no gráfico 22, denota comportamento importante de queda nas internações desde 2013 até 2017. Entretanto, a partir de 2017, seguindo para 2018, houve nova ascensão das internações com tendência de elevação dos índices.

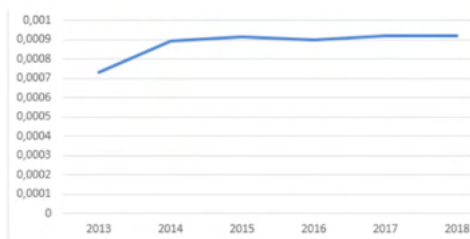


Gráfico 23 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Grande Florianópolis.

Fonte: Os autores.

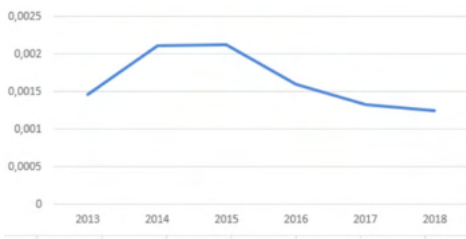


Gráfico 24- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Meio Oeste.

Fonte: Os autores.

Na microrregião da Grande Florianópolis, com o comportamento apresentado no gráfico 23, denota-se elevação dos índices de internação entre 2013 e 2014 e, a partir daí, no intervalo entre 2014 e 2018, manteve-se relativa constância nas internações, sem tendência de ascensão ou decréscimo das taxas.

Na microrregião do Meio Oeste, exposta no gráfico 24, após uma ascensão importante entre 2013 e 2014 e uma constância entre os anos de 2014 e 2015, houve importante decréscimo progressivo nas internações entre os anos de 2015 e 2018, apresentando o menor dos índices no último ano do intervalo analisado.

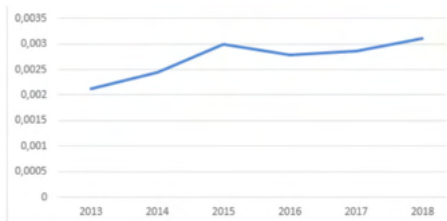


Gráfico 25 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Alto Vale do Rio do Peixe.

Fonte: Os autores.

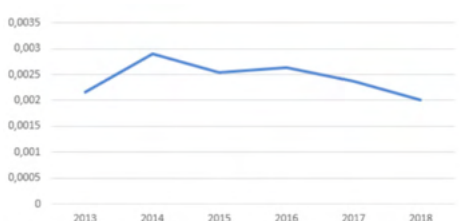


Gráfico 26- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Alto Uruguai Catarinense.

Fonte: Os autores.

No Alto Vale do Rio do Peixe, representando no gráfico 25, o comportamento oscilatório denota aumento absoluto dos índices de internação entre todo o intervalo, ainda que tenha apresenta uma pequena queda entre 2015 e 2016, seguida rapidamente de nova ascensão que se manteve até 2018, quando a maior das taxas de internação foi encontrada.

Na microrregião do Alto Uruguai Catarinense, representada no gráfico 26, ainda que tenha se apresentado uma importante elevação nas internações entre o período de 2013 e 2014, a partir deste ano, houve decréscimo dos índices absolutos, com uma leve oscilação positiva entre 2015 e 2016, mas com diminuição absoluta das internações, alcançando a menor taxa do período no ano de 2018.

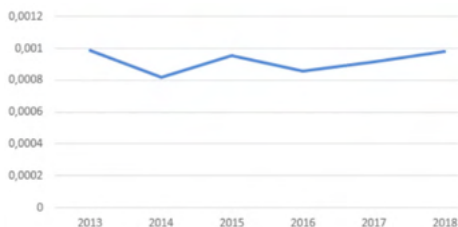


Gráfico 27 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Nordeste.

Fonte: Os autores.

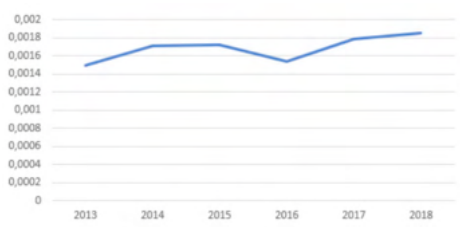


Gráfico 28- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Planalto Norte.

Fonte: Os autores.

A microrregião Nordeste, exposta no gráfico 27, apresentou comportamento oscilatório importante nas internações, alterando entre quedas e ascensões no período analisado, porém, ao fim, analisando o intervalo 2016-2018, identifica-se uma tendência de ascensão nos índices, alcançando, em 2018, praticamente o mesmo valor encontrado em 2013, que foi o maior deles.

No Planalto Norte, exposto no gráfico 28, identifica-se uma tendência absoluta de acréscimo nos índices de internação, especialmente ao fim do período analisando,

alcançando, no ano de 2018, o maior dos valores. Observa-se um período de constância entre 2014 e 2015 e uma relativa queda entre 2015 e 2016, porém, a partir do ano de 2016, o houve uma ascensão importante nas internações até o fim do período analisado.

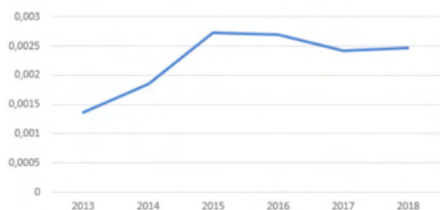


Gráfico 29 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Serra Catarinense.

Fonte: Os autores.

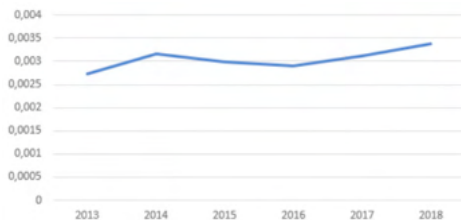


Gráfico 30- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Extremo Sul Catarinense.

Fonte: Os autores.

A Serra Catarinense, exposta no gráfico 29, apresentou importante e considerável ascensão nas taxas de internação entre os anos de 2013 e 2015, alcançando o maior dos valores em 2015. Contudo, a partir de 2015, intercalado com uma constância entre o período 2015-2016 e 2017-2018, houve uma tendência de queda se comparada ao intervalo 2013-2015, contudo, no ano de 2018, ainda que praticamente constante, há maior tendência de ascensão do que manutenção da queda dos índices de internação.

O Extremo Sul Catarinense, exposto no gráfico 30, apresentou uma tendência absoluta de ascensão nos índices de internação. Ainda que no período de 2014 a 2016 tenha ocorrido uma relativa queda nas taxas, a tendência absoluta foi de aumento nos valores, especialmente seguindo o ano de 2016 até ser alcançado, em 2018, o maior dos índices.

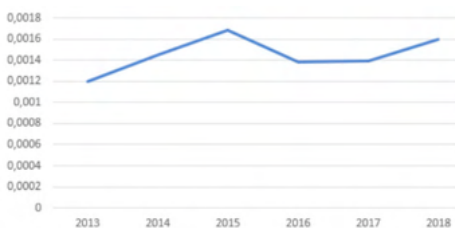


Gráfico 31 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Carbonífera.

Fonte: Os autores.

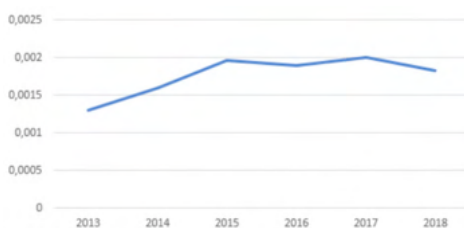


Gráfico 32- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Laguna.

Fonte: Os autores.

A microrregião Carbonífera, analisada no gráfico 31, apresentou um comportamento bem característico. Um processo importante de ascensão nas internações entre o período

de 2013 a 2015, seguida de uma queda entre 2015 e 2016, período de relativa constância de 2016 a 2017 e nova tendência de incremento nos valores em 2018, sendo o ano de 2015 o que apresentou a maior taxa de internações.

A microrregião de Laguna, analisada no gráfico 32, apresentou um comportamento total oscilatório, alternando com importante incremento nas internações entre os anos de 2013 e 2015, e um período de relativa constância entre 2015 e 2017, seguindo com uma tendência de queda no ano de 2018, ainda que o menor dos índices de internações tenha sido identificado ainda em 2013.

Estas análises realizadas acima foram baseadas no comportamento de cada microrregião de saúde, entre 2013 e 2018, para os dois quadros estudados neste trabalho, isto é, Doenças Pulmonares e Infecção de Rim e Trato Urinário. Contudo, para consubstanciar os achados representados nas tabelas e nos gráficos, decidimos por realizar uma análise da cobertura da Estratégia de Saúde da Família em tais microrregiões e, assim, buscar compreender os motivos dos comportamentos expostos acima e, quiçá, uma potencial correlação entre a cobertura da ESF e as internações desenvolvidas para os quadros que, teoricamente, seriam resolutivos a partir da própria ESF em meio à Atenção Primária.

Para tanto, elaborou-se um gráfico (gráfico 33) trazendo os achados no que tange à cobertura da Estratégia de Saúde da Família, para cada ano analisado, isto é, de 2013 a 2018.

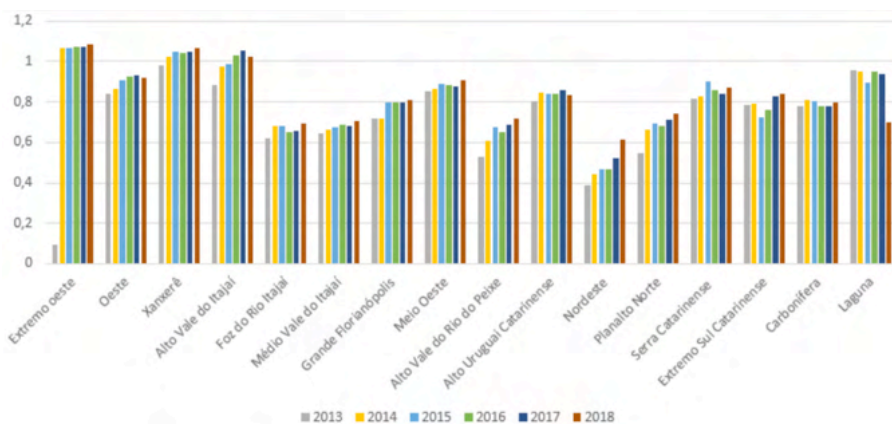


Gráfico 33 - Cobertura da ESF entre as microregiões de saúde de SC entre 2013 e 2018.

## DISCUSSÃO

Primeiramente tratando dos gráficos que trazem os índices de internações, a primeira indicação a ser feita é sobre a heterogeneidade estabelecida em tais índices a depender da microrregião de saúde. Quando em algumas o processo foi oscilatório ascendente, em

outras foi descendente e ainda em outras não pudemos classificar nem como ascendente, nem como descendente, mas totalmente anárquico ou até mesmo relativamente constante. A segunda conclusão importante a ser desenvolvida é uma tentativa de correlação entre os índices de internações com a taxa de cobertura da Estratégia de Saúde da Família em cada microrregião no intervalo analisado, como segue abaixo:

Em se tratando da microrregião Extremo Oeste, houve um incremento da cobertura da ESF entre 2013 e 2014 e, após, uma tendência de constância. Em se tratando das internações, percebeu-se que houve, para ambas doenças, uma tendência global de crescimento, talvez devido a um déficit no crescimento da cobertura da ESF durante todo o período analisado. Sobre a microrregião Oeste, a taxa de cobertura da ESF se mostrou ascendente, porém de maneira discreta. Já em se tratando das taxas de internações para ambas condições, houve um crescimento inicial importante e uma estagnação final, mostrando uma potencial relação entre o déficit de aumento significativo na cobertura da ESF e o crescimento das internações durante o período analisado.

Sobre a microrregião de Xanxerê, sobre a cobertura da ESF, houve um processo ascendente, ainda que não tão significativo, porém presente. Sobre as taxas de internações em ambas doenças, o intervalo mostrou um significativo crescimento dos índices, indicando duas potenciais possibilidades que, possivelmente, atuam em conjunto: o crescimento mínimo na cobertura da ESF não foi suficiente para suportar a necessidade de atendimento em baixa complexidade das doenças e, além disso, indica que não somente o crescimento nos índices de cobertura são suficientes para a geração de uma Atenção Primária resolutiva, mas também outros inúmeros fatores, como exemplos: a capacidade de pessoal, infraestrutura material e social, distribuição geográfica das Unidades Básicas, dentre outros mais. Sobre microrregião do Alto Vale do Itajaí, houve um crescimento relativo na taxa de cobertura da ESF, porém, no fim do período, um decréscimo. Ao mesmo tempo, as internações pulmonares apresentam um importante decréscimo e no fim uma tendência de estagnação e as internações renais apresentaram um crescimento global importante. Pensando na resultante ascendente nos índices de cobertura da ESF em tal microrregião, uma explicação para os achados citados acima é que não somente uma cobertura bem estabelecida é suficiente para manter a resolutividade da Atenção Primária, visto que as doenças pulmonares apresentarem relativo decréscimo nas internações, fato este que, de forma geral, não ocorreu com os acometimentos renais na maior parte do período analisado, indicando que a resolutividade da Atenção Primária tem na cobertura da ESF um papel central, mas que, solitariamente, pode não ser completamente suficiente.

Na microrregião da Foz do Rio Itajaí, percebeu-se que a taxa de cobertura da ESF se mostrou abaixo dos índices das demais microrregiões citadas acima com uma importante estagnação nos índices. Contudo, analisando os índices de internação, percebeu-se que a falta de incremento na cobertura da ESF durante os anos não manteve relação com as internações, pois estas não mostraram um comportamento ascendente global durante o



período analisado. Houve picos de internações em alguns anos para ambas as doenças, mas o comportamento geral foi de decréscimo e constância nos índices, mostrando, mais uma vez, que a Estratégia de Saúde da Família depende muito além de uma estratégia meramente quantitativa, ou seja, não depende apenas de números elevados no tocante à cobertura populacional, mas sim de uma logística organizada pautada em ditames econômicos, estruturais e sociais que, de forma interdependente, mostrem-se efetivamente presentes. A microrregião do Médio Vale do Itajaí apresentou discreto crescimento nos índices de cobertura da ESF, praticamente num movimento de estagnação, elevando os índices durante todos os anos do período, mas de maneira discreta. Em se tratando dos índices de internação, percebeu-se que não houve um movimento intenso de crescimento, ainda que, nos acometimentos pulmonares, o fim do período analisado mostre uma tendência de elevação. Entende-se que a manutenção da cobertura da ESF, sem decréscimo, é essencial para tal comportamento que se mostrou, de forma geral, tendendo, ainda que de forma não linear, a um relativo controle. Em associação, a preocupação não somente com uma cobertura elevada, mas também com uma ESF bem desenvolvida em demais fatores é, ao fim, essencial.

A microrregião da Grande Florianópolis mostrou, em se tratando da taxa de cobertura da ESF, um crescimento relativo, ainda que não exponencial, porém importante e longe de ser discreto. No que tange às internações, houve uma diferença entre as duas doenças, em que o comportamento global para as internações por doenças pulmonares foi alternante, apresentando picos de crescimento e, inclusive, uma potencial tendência de crescimento ao fim do intervalo analisado, mas, em contrapartida, um comportamento de constância em se tratando de infecções do rim e trato urinários, mostrando, mais uma vez, que a cobertura minimamente suficiente da ESF se faz importante para evitar aumento nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária, mas que somente a cobertura, contudo, acaba por não ser suficiente para tal controle quando vista de forma individual, tanto que para enfermidades distintas, em uma mesma microrregião e, portanto, em se tratando de uma mesma cobertura, os índices de internações foram diferentes entre si. Em se tratando da microrregião do Meio Oeste, a cobertura da ESF mostrou um discreto crescimento que, a nível global, pode ser interpretado como um processo de constância nas taxas. No que tange às internações por ambas doenças, ainda que de forma anárquica no início do período analisado, o comportamento, especialmente da metade para o final do intervalo, mostrou-se em tendência de decréscimo. Tal fator mostra que uma cobertura de ESF sólida, ainda que não em crescimento –, sem perdas durante o intervalo, é essencial para a manutenção e, além disso, que não necessariamente o incremento da cobertura pode ser a solução para melhorar os indicadores de forma solitária, mas sim uma fusão de tal incremento (ou, no mínimo, a manutenção dos valores já existentes) com preocupações também relevantes à geração de uma Atenção Primária resolutive, como a continuidade do cuidado, vínculo entre usuário e equipe, preocupação com o cuidado e não meramente

com a assistência, longitudinalidade do cuidado, dentre outros mais.

Sobre a microrregião do Alto Vale do Rio do Peixe, houve um importante crescimento na cobertura da ESF indicando preocupação do poder público na consolidação da ESF. Nas internações para ambas as doenças, contudo, houve importante aumento dos índices. Tal fato corrobora à necessidade de uma cobertura quantitativamente desenvolvida, mas sem desprezar a infraestrutura qualitativa, pautada em conceitos que regulamentam o SUS, como a integralidade, universalidade e longitudinalidade, profissionais qualificados, engajados e vinculados a comunidade. Em se tratando do Alto Uruguai Catarinense, a cobertura da ESF se mostrou com crescimento discreto. Nas internações para ambas as doenças, houve um comportamento descendente nos índices, mostrando que o zelo pela manutenção da cobertura da ESF.

Sobre a microrregião Nordeste, houve importante crescimento na cobertura da ESF. No que tange às internações para ambas as doenças, percebeu-se um comportamento global de crescimento nos índices, especialmente pulmonar. Percebe-se, novamente, que a ESF não pode ser vista pelo gestor de saúde como solitária pauta a ser desenvolvida, sendo de essencial importância o zelo por uma qualificação do serviço que detenha valores intrínsecos sociais, econômicos e humanos, como a necessidade de continuidade de cuidado, busca pela prevenção, promoção e proteção da saúde, territorialização e ambientação geográfica, qualificação profissional, dentre outros. Na microrregião de saúde do Planalto Norte, percebe-se, na cobertura da ESF, uma tendência de aumento. Nas internações para ambas as doenças, um certo controle dos índices, culminando ao fim numa tendência de elevação, trazendo à tona novamente a necessidade de mesclar a procura por um serviço quantitativamente e qualitativamente bem desenvolvido.

Sobre a microrregião de saúde da Serra Catarinense, houve uma relativa constância nos índices de cobertura da ESF, mesclando ascensão e decréscimo. Sobre as internações, os acometimentos pulmonares apresentaram descendência já os renais apresentaram, após um significativo crescimento, um comportamento de constância. Tem-se a heterogeneidade do processo de cuidado da população na APS, quando os índices de certas doenças aumentam nas internações, já de outras doenças ocorre diminuição, tendo relação intrínseca com a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família e seus contextos. Na microrregião de saúde do Extremo Sul Catarinense, percebeu-se uma tendência anárquica na cobertura da ESF. Já sobre os índices de internações, os acometimentos pulmonares apresentaram uma tendência de decréscimo, já os acometimentos renais apresentam uma tendência alternante, podendo este último ser resultado da inconstância da cobertura da ESF.

Sobre a microrregião Carbonífera, a cobertura da ESF se mostrou relativamente constante. Nas internações, os acometimentos pulmonares mesclaram um comportamento descendente com certa constância durante todo o período, já os renais se mostram menos uniformes, mesclando períodos de ascendência e descendência. A manutenção

da cobertura neste caso não foi suficiente para períodos de aumento nas internações por doenças renais, sendo essencial a compreensão de que a busca por uma cobertura adequada é indispensável, mas não de forma solitária, devendo prezar por um serviço qualitativamente bem estruturado em todos os âmbitos. A microrregião de saúde de Laguna apresentou valores alterantes no que tange à cobertura da ESF. Sobre as internações, viu-se uma certa elevação uniforme dos índices para acometimentos renais e uma tendência global de diminuição para os acometimentos pulmonares, ainda que neste o final do intervalo analisado indique uma predisposição para o aumento. A falta de uniformidade na cobertura da ESF na microrregião é um fator diferencial para as alternâncias encontradas nas internações.

## 4 | CONCLUSÃO

Assim, ao fim, percebeu-se pela análise quantitativa dos achados durante o intervalo, que há uma importante relação entre as taxas de internações por condições sensíveis à Atenção Básica e o nível de cobertura da Estratégia de Saúde da Família nas microrregiões, e que alterações nesta influenciam de forma importante os níveis de internações<sup>5</sup>. Contudo, urge o entendimento de que não somente de princípios quantitativos se forma uma Atenção Primária de qualidade e que, portanto, a cobertura da ESF bem estrutura deve ser um ideal a ser colocado em prática, mas não de forma solitária, sendo essencial o zelo por uma APS bem estrutura em outros conceitos que abranjam as questões sociais, humanas, econômicas e geográficas, sejam tais conceitos princípios primos da saúde pública brasileira, como a longitudinalidade, integralidade, continuidade do cuidado, influência dos determinantes sociais na saúde, protagonismo do paciente em seu cuidado, dentre outros, como também o zelo por estruturas qualificadas no que tange aos trabalhadores primários que, na realidade, personificam a roda que permite a movimentação do grande sistema público de saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS

1. ALFRADIQUE, Maria Elmira; BONOLO, Palmira de Fátima; DOURADO, Inês; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling; OLIVEIRA, Veneza Berenice; SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; SIMONI, Carmen de; TURCI, Maria Aparecida. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (projeto icsap - brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000600016>.
2. FERNANDES, Viviane Braga Lima; CALDEIRA, Antônio Prates; FARIA, Anderson Antônio de; RODRIGUES NETO, João Felício. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102009005000080>.

3. HOMAR, J. Caminal; MATUTANO, C. Casanova. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Atención Primaria**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 61-65, 2003. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)70662-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(03)70662-3).
4. LIMA, Rita de Cassia Gabrielli Souza. Formação ético-política em Ciências da Saúde e produção de quadros para o Sistema Único de Saúde na conjuntura brasileira. **Rev. Redbioética/unesco**, [s. l], v. 2, p. 93-105, out. 2019. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373832>. Acesso em: 17 fev. 2020.
5. MACINKO, James; OLIVEIRA, Veneza B. de; TURCI, Maria A.; GUANAIS, Frederico C.; BONOLO, Palmira F.; LIMA-COSTA, Maria F.. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007. **American Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 101, n. 10, p. 1963-1970, out. 2011. American Public Health Association. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2010.198887>.
6. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008**. Brasil, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html). Acesso em: 17 julho 2020.
7. MORELI, Lucinéia; FILGUEIRAS, Claudia; SCHAEFFER, Maria de Fátima Castilhos; MORRONE, Carla; ANJOS, Irisraquel Maria dos; SAMPAIO, Luis Fernando Rolim; ALBIERI, Flavius Augusto Olivetti; GOULART, Flavio. **Estados Unidos: estudo da lista de Internações por condições sensíveis à atenção básica. In: III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades**. Recife: Ministério da Saúde, 2008. 208 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III\\_seminario\\_atencao\\_primaria\\_familia\\_recife.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_seminario_atencao_primaria_familia_recife.pdf). Acesso em: 17 jul. 2020.
8. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.
9. REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara; EGRY, Emiko Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 12, p. 4755-4766, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001300024>.
10. SANTOS, Bruna Vanzella dos; LIMA, Diego da Silva; FONTES, Cor Jesus Fernandes. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, e2017497, 2019. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222019000100300&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100300&lng=en&nrm=iso). access on 17 Feb. 2021. Epub Jan 24, 2019. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000100001>.
11. STARFIELD, Barbara. **Primary Care: balancing health needs, services and technology**. New York, N. Y. USA: Oxford University Press, 1998. 726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

# CAPÍTULO 13

## ANÁLISE DA PERSISTENTE ALTA DE CASOS DE TUBERCULOSE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2011 A 2020

*Data de aceite:* 01/11/2021

*Data da submissão:* 09/11/2021

### **Taynara da Silveira Cardozo**

Discente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/3114530581094127>

### **Bianca Gomes Queiroz**

Discente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/2970258341322969>

### **Maria Luisa Calais Luciano**

Discente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/0236617583306448>

### **Julia Viana Gil de Castro**

Discente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/0628463878108351>

### **Bárbara Tisse da Silva**

Discente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/3522697785367992>

### **Louise Moreira Vieira**

Discente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/5304201584605386>

### **Aline de Jesus Oliveira**

Discente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/3164090304028037>

### **Daniela Maria Ferreira Rodrigues**

Discente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/4916497856315684>

### **Karina Santos de Faria**

Discente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/4931182090475049>

### **Myllena Giacomo Monteiro Dias**

Discente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/9517390042771791>

### **Thales Montela Marins**

Discente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/4126135149169389>

### **Sebastião Jorge da Cunha Gonçalves**

Docente da Universidade de Vassouras  
Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil  
Orcid: 0000000242284641

**RESUMO:** A tuberculose é uma doença infecciosa transmitida a partir da inalação de partículas das vias aéreas de indivíduos bacilares, ou seja, aqueles com baciloscopia do escarro positiva. Quanto a forma de apresentação da doença, essa pode ser pulmonar, extrapulmonar ou concomitantemente ambas as formas. Destaca-se a forma pulmonar como a predominante no país, sendo responsável por mais de 700.000 casos dos 885.393 registrados no período do presente estudo. A tuberculose quando tratada adequadamente possui uma taxa de cura alta, porém, há muitos pacientes que abandonam o

tratamento, em especial alcoólatras, indivíduos com baixa escolaridade, usuários de drogas ilícitas e a população de rua. A não conclusão do tratamento é um dos entraves para o controle da doença, uma vez que os indivíduos bacilíferos continuam disseminando a mesma. A partir de dados oficiais obtidos no SINAN estabeleceu-se a associação da tuberculose com o perfil sociodemográfico e comportamental dos indivíduos, bem como foram identificados pontos no sistema de saúde que precisam ser melhorados para conter a doença. Alcoolismo, AIDS, situação de rua, privação de liberdade e o sexo masculino, foram variáveis pertinentes, sendo fundamental priorizar esses grupos para controle da doença. Melhorias no diagnóstico e na condução do tratamento também são essenciais, pois entre os motivos da alta prevalência de casos no Brasil está a propagação por indivíduos sem confirmação da doença e aqueles que abandonaram o esquema terapêutico.

**PALAVRAS-CHAVE:** “Tuberculose”; “Epidemiologia”; “Brasil”; “Desigualdades”

## ANALYSIS OF THE PERSISTENT HIGH NUMBER OF TUBERCULOSIS CASES IN THE BRAZILIAN TERRITORY FROM 2011 TO 2020

**ABSTRACT:** Tuberculosis is an infectious disease transmitted from the inhalation of particles from the airways of bacillary individuals, that is, those with positive sputum smear microscopy. As for the presentation of the disease, it can be pulmonary, extrapulmonary or both forms concomitantly. The pulmonary form is highlighted as the predominant one in the country, accounting for more than 700,000 cases of the 885,393 registered during the period of this study. Tuberculosis, when properly treated, has a high cure rate, however, there are many patients who drop out of treatment, especially alcoholics, individuals with low education, illicit drug users and the homeless population. Failure to complete the treatment is one of the obstacles to controlling the disease, as individuals with the bacilli continue to spread it. From official data obtained from SINAN, the association of tuberculosis with the sociodemographic and behavioral profile of individuals was established, as well as points in the health system that need to be improved to contain the disease were identified. Alcoholism, AIDS, homelessness, deprivation of freedom and male gender were relevant variables, and it is essential to prioritize these groups for disease control. Improvements in diagnosis and treatment management are also essential, as among the reasons for the high prevalence of cases in Brazil is the spread by individuals without confirmation of the disease and those who have abandoned the therapeutic regimen.

**KEYWORDS:** “Tuberculosis”; “Epidemiology”; “Brazil”; “Inequalities”.

## 1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS), o Brasil está entre os 30 países do mundo com a pior situação de casos de Tuberculose(TB) e casos de TB / HIV<sup>7</sup>. Apesar de ser uma doença infecciosa possível de ser prevenida e curável, a TB continua sendo um problema de saúde pública mundial. Estima-se que, a cada ano, 9,4 milhões de novos casos ocorram em todo o mundo e que quase 2 milhões de pessoas morram devido a doença, sendo que dos 22 países que representam 80% dos casos de TB no mundo, o Brasil encontra-se na 19ª posição<sup>9</sup>.

A tuberculose é uma enfermidade causada por qualquer uma das sete espécies que compõem o *Mycobacterium* complexo da tuberculose; no entanto, a maioria importante do ponto de vista sanitário é o *M. tuberculosis*. A transmissão ocorre a partir da inalação de partículas das vias aéreas de indivíduos bacilares, que são aqueles em cujo exame direto do escarro são encontrados os bacilos de Koch.<sup>3</sup> Dentre as formas clínicas da doença, a tuberculose pulmonar (TBP), além de ser mais frequente, constitui como a propagadora do bacilo entre as populações<sup>16</sup>.

O atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar pode acelerar a progressão da doença, aumentar o risco de morte e contribuir para a transmissão da tuberculose na comunidade.<sup>1</sup> A identificação de variáveis que possam acelerar a investigação laboratorial e aumentar a detecção da tuberculose pulmonar pode contribuir para o início precoce do tratamento e, portanto, tornar-se uma ferramenta útil.<sup>1</sup>

É uma doença com determinantes biológicos, clínicos e socioeconômicos, incluindo coinfeção pelo HIV, desnutrição, tabagismo, pobreza, aglomeração e acesso insuficiente aos cuidados em saúde. No Brasil, muitos desses fatores se sobrepõem em áreas de comunidades carentes urbanas, nessas a taxa de incidência de TB chega a mais de 300/100 mil habitantes, comparada a 32,4/100 mil habitantes no país inteiro. No Brasil, ainda há um número significativo de casos de TB notificados após a morte pela doença, o que mostra que há muito o que avançar no acesso, suspeição e diagnóstico da doença.<sup>19</sup> Além disso, acredita-se que a falta de informação sobre a doença e sua transmissão ajuda a perpetuar o estigma associado à tuberculose, dificultando a comunicação entre os pacientes e seus potenciais contatos.<sup>10</sup>

Até 1980, quase todos os casos de tuberculose eram encaminhados para internação, embora o Ministério da Saúde (MS) recomendasse o tratamento domiciliar. O tratamento hospitalar é necessário para os que vivem em más condições socioeconômicas e para os casos graves. Essa necessidade fica reforçada quando se somam outras condições, como alcoolismo, desnutrição, uso de drogas ilícitas e associação com outras doenças.<sup>11</sup> O MS instituiu o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em 2004, que possui como diretrizes a descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB para a rede básica de saúde, particularmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).<sup>5</sup>

A tuberculose, quando tratada adequadamente, tem uma taxa de cura maior que 90%, atualmente é tratada seguindo o protocolo do MS brasileiro, que recomenda dois regimes de tratamento. O esquema básico é composto de rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e etambutol (E), com duração de 6 meses. Tratamento de TB com Sistema Nervoso Central envolvido que usa as mesmas drogas que no esquema básico, com um aumento na duração do tratamento a 9 meses.<sup>18</sup>

Nos últimos anos, o MS tem incentivado o controle da tuberculose, com base nas metas estabelecidas pela OMS: diagnosticar pelo menos 70% dos casos esperados;

tratar adequadamente 100% dos casos diagnosticados; curar pelo menos 85% daqueles casos; e manter a não adesão ao tratamento em níveis aceitáveis (até 5%).<sup>2</sup> Além disso, considerando o contexto epidemiológico, foi elaborado um Plano Nacional para o Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, com objetivos para em 2035, reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10/100.000 habitantes e a mortalidade por TB coeficiente para menos de 1/100.000 habitantes<sup>3</sup>.

No Brasil, todos os casos de TB devem ser notificados ao SINAN para inclusão na base de dados governamental. O sistema SINAN contém detalhes de todos os casos de doenças selecionadas de acordo à lista publicada pelo Ministério de Saúde. Relatos de casos são transmitidos ao SINAN via formulários padronizados que incluem endereço residencial, clínica e dados laboratoriais e informações sobre o tratamento aplicado.<sup>17</sup>

Nesse sentido, diante da alta prevalência da tuberculose no Brasil e a grande possibilidade de tratamento curativo, o presente estudo tem por objetivo, a partir dos dados epidemiológicos, esclarecer os grupos prioritários para controle da doença no país, uma vez que reconhecendo o perfil sociodemográfico dos pacientes com a doença e o porquê o país se mantém estagnado em alto número de casos auxiliaria nas medidas de prevenção e diagnóstico precoce.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Para o presente estudo, através do site do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) foi utilizado como banco de dados o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), uma vez que a patologia em análise consta na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Esse sistema fornece subsídios para reconhecer a realidade do Brasil ou região brasileira de interesse frente a uma determinada doença, sendo relevante para se fazer um planejamento em saúde e reduzir assim o impacto das enfermidades sobre a população.

Foi pesquisado casos confirmados sobre a tuberculose no Brasil no período de 2011 a 2020 dentro de algumas variáveis de interesse. Inicialmente foi feita uma busca pelo total de casos confirmados juntamente com o valor referente a cada ano desse mesmo intervalo. Em seguida, foi feita a análise quanto a prevalência da forma da doença em pulmonar, extrapulmonar ou pulmonar + extrapulmonar. Dando continuidade, foram avaliadas as variáveis distribuição dos casos quanto a região, situação de encerramento, sexo, tipo de entrada, população em situação de rua, população privada de liberdade, casos confirmados segundo outra doença, AIDS, alcoolismo e gastos despendidos com a patologia.

## 3 | RESULTADOS

No período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020 foram confirmados e notificados



no SINAN um total de 885.393 casos de tuberculose. O ano de 2019 foi o de maior incidência, o que corresponde a 10,9 % da totalidade de casos, porém observa-se que não há uma diferença em relação aos demais anos, apresentando o país um alto número de casos em todos os anos. O ano de 2020 foi o de menor incidência respondendo a 9,731 %, o que equivale a 86.166 indivíduos notificados com Tuberculose; acresce-se que esse ano mantém um número de casos bem próximo a 2016, 2013 e 2012, o que corresponde a 9,736%, 9,736% e 9,733% respectivamente. A redução do ano de maior número de casos para o de menor número foi de apenas 1,16%, mostrando que o país se mantém em situação desfavorável quando o assunto é a tuberculose, no avançando muito contra a doença. (Tabela 1).

Ano	Casos confirmados	%
2011	87.813	9,91
2012	86.183	9,733
2013	86.208	9,736
2014	85.213	9,62
2015	85.452	9,65
2016	86.207	9,736
2017	90.776	10,2
2018	94.720	10,6
2019	96.655	10,9
2020	86.166	9,731
<b>TOTAL</b>	<b>885.393</b>	

Tabela 1 - Casos confirmados de tuberculose segundo o SINAN no período de 2011 a 2020.

Entre os 885.393 casos notificados de tuberculose no período do estudo constata-se que mais de 700.000 casos corresponde a forma Pulmonar da doença. Além disso, mesmo que a minoria, há alguns casos em que os pacientes apresentam concomitantemente a forma pulmonar associada a extrapulmonar, contribuindo ainda mais para a alta prevalência da forma pulmonar. A forma extrapulmonar, que não está associada a transmissão da doença, representa um pouco mais de 100.000 casos, um valor reduzido quando comparada a alta ocorrência da forma pulmonar. Acresce-se que um número reduzido de casos foi ignorado quanto a forma da doença apresentada. (Figura 1).

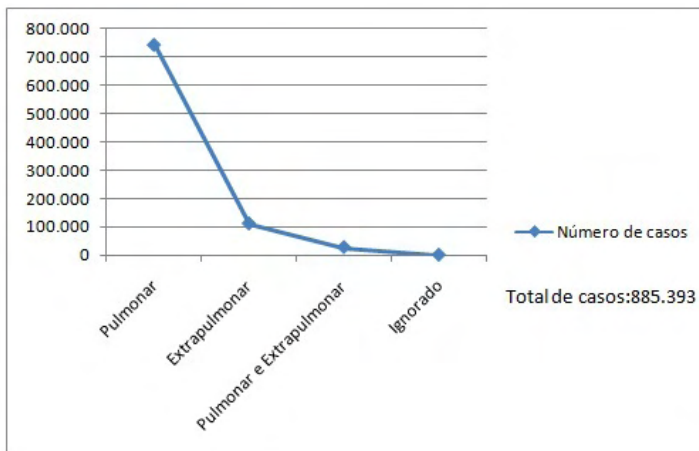


Figura 1 – Incidência da tuberculose quanto a forma de apresentação da doença.

Quanto a situação de encerramento dos pacientes com tuberculose, observa-se 577.425 casos em que se obteve cura, o que corresponde a 65,21% do total de 885.393. Além disso, há um valor considerável de 108.334 referente a abandono, ou seja, aqueles pacientes que não concluíram o tratamento da doença. O número de pacientes que vieram a óbito corresponde a 30.983. Há ainda 37.321 casos de portadores da tuberculose que vieram a óbito, porém por outras causas. (Tabela 2).

Foi observada maior incidência no sexo masculino, sendo esse responsável por 610.799 do número total de casos no país no período do estudo. (Tabela 2).

Em relação ao tipo de entrada do paciente com tuberculose, um número importante de casos ocorreu após recidiva e reingresso após abandono do tratamento, correspondendo a 65.325 e 67.652 respectivamente. Acresce-se ainda os 4.124 pacientes que deram entrada pós óbito. (Tabela 2).

A população em situação de rua corresponde a 23.295 casos, porém é importante frisar o número de pacientes em que foi ignorado essa variável, sendo um total de 279.999 indivíduos. Quanto a População Privada de Liberdade (PPL) o número de casos notificados de tuberculose referente a esse grupo foi de 70.515 do total de 2011 a 2020. Acresce-se o também o número de pacientes em que foi ignorado essa condição, responsável por 275.816. (Tabela 2).

Entre os casos notificados, 83.565 deles foram confirmados segundo outra doença. Os casos ignorados correspondem 337.750 e 89.091 dos pacientes com tuberculose eram também portadores de AIDS. Dos 885.393 confirmados nos anos do estudo, 679.818 não eram detentores da doença e 116.484 não foi informado. (Tabela 2).

Há correlação entre alcoolismo e tuberculose está presente em 17,48% dos casos confirmados no país na presente data do estudo. Nessa variável 74,63% foram notificados sem associação com alcoolismo e 7,88% essa informação foi ignorada. (Tabela 2).

Condição	Nº de casos
<b>Situação de encerramento:</b>	
Cura	577.425
Abandono	108.334
Óbito por tuberculose	30.983
Óbito por outras causas	37.321
Transferência	54.989
TB-DR	8.570
Mudança de esquema	3.638
Falência	510
Abandono primário	4.636
Ignorado	58.987
<b>Sexo</b>	
Masculino	610.799
Feminino	274.531
Ignorado	63
<b>Tipo de entrada</b>	
Caso novo	716.201
Recidiva	65.325
Reingresso após abandono	67.652
Não sabe	3.159
Transferência	28.910
Pós óbito	4.124
Ignorado	22
<b>População em situação de rua</b>	
Sim	23.295
Não	582.099
Ignorado	279.999
<b>População privada de liberdade</b>	
Sim	70.515
Não	539.062
Ignorado	275.816
<b>Casos confirmados segundo outra doença</b>	
Sim	83.565
Não	464.077
Ignorado	337.750
<b>AIDS</b>	
Sim	89.091
Não	679.818
Ignorado	116.484
<b>Alcoolismo</b>	
Sim	154.773
Não	660.778
Ignorado	69.842

Tabela 2 – Características clínicas e sociais dos pacientes notificados com tuberculose entre 2011-2020.

## 4 | DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que no Brasil há alguns grupos que são mais comumente acometidos pela tuberculose do que a maioria da população, como encarcerados, pessoas que vivem com HIV, pessoas que vivem em situação de rua, alcoólatras e homens; esses perfis de indivíduos precisam ganhar atenção para redução dos casos<sup>3,7,6,17</sup>. Além disso, ficou evidente que no país há falhas no diagnóstico precoce e condução da doença que a faz persistir em alta no país<sup>19,13</sup>.

Ficou evidente que nos países desenvolvidos o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico é de 61,3 dias, com média de tempo do paciente de 25,8 dias

e média de tempo do sistema de saúde de 21,5 dias, ao passo que, nos países em desenvolvimento, como o caso do Brasil, essas médias são, respectivamente, de 67,8, 31,7 e 28,4 dias<sup>9</sup>. Acresce-se que no País ainda há um grupo de casos notificados pós óbito pela doença, reafirmando que há falhas no sistema de saúde que precisam ser ajustadas<sup>19</sup>.

A forma pulmonar da tuberculose, como apresentado nos resultados do presente estudo, é a predominante no país, sendo ainda a responsável pela transmissão da doença quando paciente bacilífero. Essa pode ser diagnosticada através da baciloscopia do escarro, a qual deveria ser feita na triagem de pacientes como sintomas respiratórios, febre, sudorese noturna, anorexia e perda de peso<sup>18,1,2,13,15</sup>. Contudo, esse teste não é rotineiramente solicitado pelos profissionais de saúde, uma vez que aproximadamente 30% dos pacientes não o realizam<sup>2</sup>. Acresce-se que uma pessoa com baciloscopia positiva infecta de 10 a 15 pessoas acima do período de um ano<sup>3</sup>. Tal situação é um grave problema no país já que temos a forma disseminadora da doença como a mais prevalente, o que somado a falhas na detecção e abandono do tratamento aumentam a cadeia de propagação.

O sexo masculino ainda é o de maior risco para doenças infectocontagiosas no Brasil<sup>15</sup>. Diante deste cenário está a tuberculose, o que pode ser justificado pela maior resistência dos homens em buscar os serviços de saúde e possuir menos acesso a esses serviços, estarem mais presentes no mercado de trabalho, serem mais propensos a fatores que comprometem a imunidade como tabagismo, HIV, alcoolismo e drogas ilícitas<sup>3,18,1,17,16</sup>. Essa predominância da tuberculose no sexo masculino é expressiva, sendo assim, mais políticas públicas voltadas a saúde do homem poderiam auxiliar no diagnóstico precoce da tuberculose nesse grupo populacional.

É importante destacar que a taxa mínima de abandono do tratamento recomendada pela OMS é de 5% e é estimado que aproximadamente 11% dos pacientes com tuberculose abandonam antes do período recomendado<sup>14</sup>. Essa situação está associada tanto a características do paciente como uso de álcool, drogas ilícitas, abandono prévio e baixa escolaridade, quanto a características do sistema de saúde como disponibilidade, contato direto e acompanhamento do doente<sup>3,8,15</sup>. Tal situação contribui fortemente para a alta de casos de tuberculose, posto que esses indivíduos quando bacilíferos persistem propagando a doença.

Considerando a população em situação de rua, esse grupo apresenta-se ainda mais vulnerável a tuberculose e com uma taxa de abandono do tratamento em cerca de 33%. Isso pode ser justificado por esses indivíduos sofrerem com exclusão social, acesso precário aos serviços de saúde, vínculos familiares fragilizados ou inexistentes e mais probabilidade de comorbidades quando comparados a população geral. Soma-se ainda ao fato de que quanto a situação de encerramento essa população tem aproximadamente a metade da probabilidade de obter sucesso no tratamento quando comparada à da população geral no país, contribuindo para persistência da doença<sup>14</sup>.

Pensando-se ainda em variáveis que fazem a tuberculose se manter alta no Brasil,

o alcoolismo está presente em um número considerável de portadores da doença<sup>12,1,17</sup>. Cerca de 10% de todos os casos de tuberculose no mundo podem ser atribuídos ao consumo de álcool. São indivíduos mais vulneráveis, com mais chance de abandono do tratamento e com um rebaixamento da imunidade que favorece a doença<sup>1</sup>. Acresce-se também a população privada de liberdade (PPL), sendo fundamental prevenção específica e estratégias de controle nesse ambiente, pois esses indivíduos apresentam um risco 31 vezes maior de adoecer por tuberculose do que a população geral no Brasil<sup>19</sup>.

A AIDS é uma das principais comorbidades associadas a tuberculose, sendo responsável por causar formas clínicas mais graves, com maior frequência de localização extrapulmonar ou disseminada<sup>11</sup>. Pesquisas realizadas com a população brasileira têm mostrado que a cura é menor para pacientes com HIV e em contrapartida, a taxa de abandono é maior nesta população<sup>3,11</sup>. Tal situação se deve ao uso de múltiplos medicamentos, efeitos adversos, falta de suporte familiar e despreparo dos serviços em lidar com ambas as doenças<sup>11</sup>. Acresce-se que, segundo o SINAN, no período de 2011 a 2020, 116.484 casos de tuberculose foram ignorados quanto a coinfeção e a estratégia recomendada é a testagem para HIV em 100% dos pacientes com tuberculose.

Para a mudança do cenário da tuberculose, faz-se necessário a capacitação profissional da equipe de saúde diante da doença. Percebe-se que uma parcela considerável dos agentes comunitários de saúde apresentava baixo nível de conhecimento sobre a doença, o que pode refletir na demora na identificação de casos suspeitos e manejo inadequado dos pacientes em tratamento<sup>5</sup>; isso corrobora para a persistente alta de casos e a taxa de abandono do tratamento de 108.334. Além do diagnóstico precoce, a informação fornecida pela equipe de saúde durante as consultas, garantindo o conhecimento dos pacientes, da família e da comunidade sobre a tuberculose é fundamental para garantir maior adesão ao tratamento, quebrar paradigmas sobre a doença e diminuir as taxas de recidiva, óbito e transmissão<sup>10,8</sup>.

Este estudo possui potenciais limitações, uma vez que apesar de serem dados do SINAN, uma fonte oficial, há muitos casos de tuberculose em que certas condições relevantes foram ignoradas, como os 69.842 indivíduos quanto ao alcoolismo, os 275.816 ignorados quando a PPL e outras variáveis como população em situação de rua, portadores do vírus HIV, casos confirmados segundo outra doença e situação de encerramento em que alguns pacientes não foram classificados. Assim, a subnotificação pode ter sido uma barreira para a qualidade das informações, podendo subestimar os resultados.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle da tuberculose no Brasil enfrenta obstáculos e esta realidade se mantém ao longo de anos, visto a mínima variação do alto número de casos no período de 2011 a 2020. Estratégias que visem reconhecer a realidade da doença no país, pontuar as falhas

no sistema de saúde e reconhecer o perfil de indivíduos com maior risco de adquirir a infecção e desenvolver a doença precisam ser elaboradas. Assim, recursos devem ser destinados a capacitar os profissionais de saúde tanto para reconhecimento e diagnóstico precoce da doença, quanto para melhor conduzir os pacientes portadores a fim de reduzir a taxa de abandono do tratamento. Além disso, são fundamentais políticas públicas voltadas a saúde do homem, a população privada de liberdade, moradores de rua, alcoólatras e pacientes com AIDS, grupos esses com maior risco para a doença. Desta forma, agindo em consonância com o cenário brasileiro da tuberculose espera-se o contorno desse agravo no país.

## REFERÊNCIAS

- 1- ALCÂNTRA, C. C. S.; KRITSKI, A. L.; FERREIRA, V.G.; FAÇANHA, M.C.; PONTES, R. S.; MOTA, R. S.; LEITÃO, T. M. J. S.; **Fatores associados à tuberculose pulmonar em pacientes que procuraram serviços de saúde de referência para tuberculose.** J Bras Pneumol, v.38, n.5, p.622-629, 2012.
- 2- AUGUSTO, C. J.; CARVALHO, W. S.; GONÇALVES, A. D.; CECCATO, M. G. B.; MIRANDA, S. S.; **Characteristics of tuberculosis in the state of Minas Gerais, Brazil: 2002-2009.** J Bras Pneumol, v.39, n.3, p.357-64, 2013.
- 3- BRITO, A. B.; MAGALHÃES, W. B.; PAIVA, J. P. S.; LEAL, T. C.; SILVA, L. F. D.; SANTOS, L. G.; SANTANA, G. B. A.; FERNANDES, T. R. M. O.; SOUZA, C. D. F.; **Tuberculosis in Northeastern Brasil (2001-2016): trend, clinical profile, and prevalence of risk factors and associated comorbidities.** Rev Assoc Med Bras, v.66, n.9, p.1196-1202, 2020.
- 4- DATASUS. Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas. Consulta online em agosto 2020. [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
- 5- GASPAR, L. M. S.; BRAGA, C.; ALBUQUERQUE, G. D. M.; SILVA, M. P. N.; MARUSA, M.; MONTARROYOS, U. R.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; **Conhecimento, atitudes e práticas de agentes comunitários de saúde sobre tuberculose pulmonar em uma capital do Nordeste do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v.24, n.10, p.3815-3824, 2019.
- 6- GOMES, M. G. M.; BARRETO, M. L.; GLAZIOU, P.; MEDLEY, F. G.; RODRIGUES, C. L.; WALLINGA, J.; SQUIRE, B. S.; **End TB strategy: the need to reduce risk inequalities.** BMC Infectious Diseases, v.16, n.1, p.132, 2016.
- 7- JUNIOR, R. T.; LOFFREDO, L. C. M.; GASPARETTO, R. M.; **Clinical and epidemiological profile of tuberculosis in an urban area with high human development index in southeastern Brazil.** Medical Journal, São Paulo, v. 135, n.5, p. 413-419, 2017.
- 8- LIMA, L. M.; HARTER, J.; TOMBERG, J. O.; VIEIRA, D. A.; ANTUNES, M. L.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; **Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil.** Rev Gaúcha Enferm, v.37, n.1, e51467, 2016.
- 9- MACHADO, A. C. F. T.; STEFFEN, R. E.; OXLADE, O.; MENZIES, D.; KRISTSKI, A.; TRAJMAN, A.; **Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro.** J Bras Pneumol, v. 37, n.4, p.512-520, 2011.

- 10- OLIVEIRA, S. P.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S.M.; CALEFFI-FERRACIOLI, K. R.; SIQUEIRA, V. L. D.; SCODRO, R. B. L.; CARDOSO, R. F.; **Influence of the identification of contacts on the adherence of index tuberculosis cases to treatment in a high incidence country.** Int J Infect Dis, v.65, p.57-62, 2017.
- 11- PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S. A.; **Desfechos de tratamento de tuberculose em pacientes hospitalizados e não hospitalizados no município de São Paulo.** J Bras Pneumol, v.37, n.6, p.783-790, 2011.
- 12- PIVA, S. G.; COSTA, M. C. N.; BARRETO, F. R.; PEREIRA, S. M.; **Prevalence of nutritional deficiency in patients with pulmonary tuberculosis.** J Bras Pneumol, v.39, n.4, p.476-83, 2013.
- 13- RANZANI, O. T.; RODRIGUES, L. C.; WALDMAN, E. A.; PRINA, E.; CARVALHO, C. R. R.; **Quem são os pacientes com tuberculose diagnosticados no pronto-socorro? Uma análise dos desfechos do tratamento no Estado de São Paulo, Brasil.** J Bras Pneumol, v. 44, n. 2, p.125-133, 2018.
- 14- SANTOS, A. C. E.; BRUNFENTRINKER, C.; PENA, L. S.; SARAIVA, S. S.; BOING, A. F.; **Análise e comparação dos desfechos do tratamento de tuberculose na população em situação de rua e na população geral do Brasil.** J Bras Pneumol, v.47, n.2, e20200178.
- 15- SANTOS, T. A.; MARTINS, M. M. F.; **Perfil dos casos de reingresso após abandono do tratamento da tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 26, n. 3, p. 233-240, 2018.
- 16- SILVA, F. B. G.; SODRÉ, M. B.; SANTOS, F. S.; COSTA, A. C. P. J.; LOBATO, J. S. M.; OLIVEIRA, F. J. F.; NETO, M. S.; **Perfil dos óbitos por tuberculose pulmonar em um município do Nordeste brasileiro durante o período de 2005-2014.** Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v.21, n.3, p.147-153, 2017.
- 17- SILVA, M. A.; OLIVEIRA, C. L.; TEIXEIRA NETO, R. G.; CAMARGOS, P. A.; **Spatial distribution of tuberculosis from 2002 to 2012 in a midsize city in Brazil.** BMC Public Health, v.16, n.1, p.912, 2016.
- 18- TAVARES, C.; LINS, T. B.; JUNQUEIRA-KIPNIS, A. P.; ARAÚJO-FILHO, J. A.; **Tuberculosis deaths in a tertiary hospital in Goiânia, Brazil: a descriptive study.** Infez Med, v.21, n.4, p.279-286, 2013.
- 19- TRAJMAN, A.; SARACENI, V.; DUROVNI, B.; **Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades.** Cad. Saúde Pública, v.34, n.6, e00030318, 2018.
- 20- ZILLE, A. I.; WERNECK, G. L.; LUIZ, R. R.; CONDE, B. M.; **Social determinants of pulmonary tuberculosis in Brazil: an ecological study.** BMC Pulmonary Medicine, v.19, n.1, p.87, 2019.

# CAPÍTULO 14

## PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS NO MARANHÃO

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 15/10/2021

### Letícia Samara Ribeiro da Silva

Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)  
Bacabal - MA  
<http://lattes.cnpq.br/8615718015022222>

### Andressa Arraes Silva

Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)  
Bacabal - MA  
<http://lattes.cnpq.br/4513349639827679>

### Luciane Sousa Pessoa Cardoso

Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)  
Bacabal - MA  
<http://lattes.cnpq.br/8133056883767489>

### Larissa Silva Oliveira

Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)  
Bacabal - MA  
<http://lattes.cnpq.br/3204833860975066>

### Patrícia Samara Ribeiro da Silva

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA)  
São Luís - MA  
<http://lattes.cnpq.br/8338487497440346>

**RESUMO: Introdução:** A tuberculose é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Considerada uma das doenças mais antigas da humanidade, sua ocorrência está intimamente relacionada aos condicionantes e determinantes sociais da saúde, o que contribui para que esse

agravo ainda persista como um importante problema de saúde pública. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico-epidemiológico dos casos de tuberculose notificados no Maranhão, no período de 2015 a 2020. **Método:** Estudo epidemiológico, retrospectivo, de caráter descritivo e abordagem quantitativa realizado a partir do acesso à base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados foram analisados pela técnica de análise estatística descritiva e apresentados sob a forma de gráficos e tabelas. **Resultados:** Em relação ao perfil sociodemográfico dos indivíduos acometidos pela tuberculose, registrou-se um maior número de casos da doença no sexo masculino (65,7%), em autodeclarados com raça/cor parda (72,21%), na faixa etária de 20 a 39 anos (42,9%), com escolaridade ensino fundamental incompleto (40,55%) e residentes na zona urbana (69,5%). Quanto ao perfil clínico-epidemiológico, houve predomínio de casos novos (82,9%), na forma clínica pulmonar (89,63%), com o Tratamento Diretamente Observado (TDO) na maioria dos casos não implementado (67%) e a cura como principal forma de encerramento (61,63%). **Conclusão:** Espera-se que este estudo contribua para alertar sobre a importância da tuberculose e a necessidade da implementação de estratégias de enfrentamento e formas de cuidado no campo da Saúde Coletiva voltadas para o segmento da população que mais é acometido por essa doença, de modo que ela não persista como um problema de saúde pública.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tuberculose. Epidemiologia. Perfil de Saúde.



## CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TUBERCULOSIS CASES NOTIFIED IN MARANHÃO

**ABSTRACT:** Introduction: Tuberculosis is an infectious disease of chronic evolution caused by *Mycobacterium tuberculosis*. Considered one of the oldest diseases in humanity, its occurrence is closely related to the social conditions and determinants of health, which contributes to this problem still persisting as an important public health problem. Objective: To analyze the clinical and epidemiological profile of tuberculosis cases reported in Maranhão, from 2015 to 2020. Method: Epidemiological, retrospective, descriptive study with a quantitative approach carried out from the access to the Notifiable Diseases Information System (SINAN) database. Data were analyzed using the technique of descriptive statistical analysis and presented in the form of graphs and tables. Results: Regarding the sociodemographic profile of individuals affected by tuberculosis, there was a higher number of cases of the disease in males (65.7%), in self-declared brown race/color (72.21%), in the age group of 20 to 39 years old (42.9%), with incomplete primary education (40.55%) and living in the urban area (69.5%). As for the clinical-epidemiological profile, there was a predominance of new cases (82.9%), in the pulmonary clinical form (89.63%), with Directly Observed Treatment in most cases not implemented (67%) and healing as the main form of closure (61.63%). Conclusion: It is hoped that this study will contribute to alerting about the importance of tuberculosis and the need to implement coping strategies and forms of care in the field of Public Health aimed at the segment of the population that is most affected by this disease, so that it does not persist as a public health problem.

**KEYWORDS:** Tuberculosis. Epidemiology. Health Profile.

### 1 | INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), uma bactéria transmitida por via respiratória e que acomete principalmente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. Considerada uma das doenças mais antigas da humanidade, com relatos de sua existência que remontam ao período da Pré-história há 8.000 anos a.C., sua ocorrência está intimamente relacionada aos condicionantes e determinantes sociais da saúde, o que contribui para que esse agravo ainda persista como um importante e desafiador problema de saúde pública (BRASIL, 2019; MASSABNI; BONINI, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, estimou-se que 10 milhões de pessoas adoeceram devido a tuberculose e, aproximadamente, 1,4 milhão morreram em decorrência da doença, sendo considerada a principal causa de morte entre as doenças infecciosas. Estimou-se ainda que no referido ano cerca de 3 milhões de casos não foram diagnosticados ou não foram notificados oficialmente às autoridades de saúde, o que remete à fragilidade das políticas e programas de controle desse agravo (WHO, 2020).

Nas Américas, o Brasil é o país que mais notifica casos de tuberculose, representando 33% dos casos novos, o que está relacionado à presença de fatores agravantes associados

às desigualdades sociais (BRASIL, 2019). De acordo com o último Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde, em 2020, foram diagnosticados 66.819 casos novos de TB, o que equivale a um coeficiente de incidência de 31,6 casos/100 mil habitantes (BRASIL, 2021). Destaca-se ainda que, devido às suas características epidemiológicas, o país integra a lista dos 30 países que concentram 90% de todos os casos de tuberculose no mundo, ocupando a 20ª posição na classificação (WHO, 2020).

A região Nordeste apresenta a segunda maior incidência de casos de tuberculose no Brasil. Dentre os estados da região, o Maranhão ocupa a 4ª posição em número de notificações e a 11º do país. Somado a isso, conforme o Ministério da Saúde, no ano de 2019, o Maranhão foi um dos estados que apresentou coeficiente de mortalidade por TB próximo ou superior ao coeficiente do país (BRASIL, 2021).

De acordo com Nunes *et al.* (2020), a doença se constitui como um problema no estado do Maranhão devido à existência de condições ambientais, sociais e econômicas desfavoráveis, as quais propiciam a proliferação e disseminação do bacilo. O estado de pobreza da população, aglomerações, condições sanitárias precárias, moradias insalubres, a falta de conhecimento da população acerca da sintomatologia, tratamento, cura e formas de prevenção da tuberculose, além da elevada umidade e temperatura durante todo o ano, são fatores que corroboram para a sua caracterização como uma área hiperendêmica (NUNES *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil clínico-epidemiológico dos casos de tuberculose notificados no Maranhão, no período de 2015 a 2020.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, de caráter descritivo e abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada por meio do acesso à base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) via plataforma web do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), mais especificamente ao módulo correspondente aos casos confirmados de tuberculose, sendo os dados referentes ao estado do Maranhão.

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2021. Foram incluídos na pesquisa os dados referentes aos casos de tuberculose em ambos os sexos e de todas as faixas etárias, notificados no SINAN, no período de 2015 a 2020, no estado do Maranhão. Foram excluídos os dados referentes a casos de tuberculose que estavam fora do período selecionado para o estudo e que não tinham o Maranhão como estado de notificação.

Para a realização do estudo, foram selecionadas as seguintes variáveis: número de casos de tuberculose notificados no Maranhão entre 2015 e 2020, variáveis sociodemográficas (sexo, raça, faixa etária, escolaridade e zona de residência) e clínico-

epidemiológicas (tipo de entrada, formas clínicas, realização do TDO e situação de encerramento).

Após a coleta, os dados foram analisados pela técnica de análise estatística descritiva e apresentados em números absolutos e percentuais sob a forma de gráficos e tabelas, sendo estes elaborados com o auxílio do software Microsoft Office Excel 2019, possibilitando assim uma melhor compreensão das variáveis estudadas.

Por se tratar de uma pesquisa em que foram utilizados dados secundários de domínio público, os quais estão disponíveis sem a identificação individual, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2015 a 2020, foram notificados 15.038 casos de tuberculose no estado do Maranhão. O maior número de pessoas acometidas foi registrado em 2019, com 2.704 casos confirmados, enquanto o ano de 2015 apresentou o menor número, com um total de 2.281 casos (Tabela 1).

Ano	n
2015	2.281
2016	2.492
2017	2.507
2018	2.688
2019	2.704
2020	2.366
Total	15.038

Tabela 1 - Número de casos confirmados de tuberculose notificados no Maranhão, no período de 2015 a 2020.

Fonte: MS/SVS - SINAN (2021).

#### 3.1 Caracterização sociodemográfica dos casos de TB

Em relação ao perfil sociodemográfico dos indivíduos acometidos pela tuberculose, registrou-se um maior número de casos da doença no sexo masculino (65,7%), em autodeclarados com raça/cor parda (72,21%), na faixa etária de 20 a 39 anos (42,9%), com escolaridade ensino fundamental incompleto (40,55%) e residentes na zona urbana (69,5%) (Tabela 2).

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	9.882	65,7
Feminino	5.156	34,3
<b>Raça/cor</b>		
Branca	1.776	11,81
Preta	1.783	11,86
Amarela	118	0,78
Parda	10.859	72,21
Indígena	313	2,08
Ignorado/Branco	189	1,26
<b>Faixa etária</b>		
0 - 19 anos	1.298	8,6
20 - 39 anos	6.446	42,9
40 - 59 anos	4.592	30,5
60 - 79 anos	2.280	15,2
≥ 80 anos	422	2,8
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	1.559	10,37
Ensino fundamental incompleto	6.098	40,55
Ensino fundamental completo	957	6,36
Ensino médio incompleto	1.250	8,31
Ensino médio completo	2.595	17,26
Ensino superior incompleto	305	2,03
Ensino superior completo	417	2,77
Não se aplica	208	1,38
Ignorado/Branco	1.649	10,97
<b>Zona de residência</b>		
Urbana	10.454	69,5
Rural	4.008	26,7
Periurbana	127	0,8
Ignorado/Branco	449	3,0
<b>Total</b>	<b>15.038</b>	<b>100</b>

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos casos confirmados de tuberculose notificados no Maranhão, no período de 2015 a 2020.

Fonte: MS/SVS - SINAN (2021).

A predominância de indivíduos do sexo masculino também foi evidenciada em estudo realizado por Leão *et al.* (2021), que ao analisar o perfil epidemiológico das pessoas acometidas pela tuberculose no estado de Pernambuco, obteve como resultado que 70,3% dos casos pertenciam ao sexo masculino. Conforme Furtado *et al.* (2020), a prevalência da tuberculose no sexo masculino está relacionada a fatores sociais, econômicos e culturais. O fato de os homens estarem mais inseridos no mercado de trabalho os torna mais expostos ao bacilo e, conseqüentemente, mais suscetíveis ao adoecimento pela TB.

Outra característica que justifica esse dado é a maior exposição dos homens aos fatores de risco para a doença quando comparados às mulheres, como alcoolismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas e infecção pelo HIV (FURTADO *et al.*, 2020). Além disso, como afirmam Andrade *et al.* (2020), esse grupo não cuida adequadamente de sua saúde e culturalmente procura menos os serviços de saúde, o que acaba prejudicando o diagnóstico precoce e o início do tratamento.

Em relação à raça/cor, mostrou-se predomínio dos indivíduos declarados como pardos. Este achado assemelha-se ao estudo realizado por Furtado *et al.* (2020), que ao analisar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com tuberculose atendidos em um hospital do Piauí, encontrou que 63,6% dos pacientes eram pardos. Segundo Lucena *et al.* (2019), o predomínio da raça/cor parda pode estar relacionado ao próprio perfil étnico da população do Maranhão, que possui cerca de 70% das pessoas de cor/raça parda, e não necessariamente à predisposição racial para a TB.

Quanto à faixa etária, o maior número de pessoas acometidas tinha entre 20 e 39 anos de idade, evidenciando que a TB atinge principalmente a população de adultos jovens em idade produtiva. De acordo com Marques, Oliveira e Pereira (2020), é nessa fase da vida que os indivíduos se encontram economicamente ativos, executando suas atividades laborais a fim de garantir o sustento familiar, o que faz com que essas pessoas adiem a procura por um serviço de saúde. Quando já acometidos, devido à debilidade física que pode ser ocasionada pela doença, esses indivíduos ficam impossibilitados de continuar trabalhando. Essa situação gera implicações importantes na sociedade, uma vez que tais condições sociodemográficas contribuem para o retardo do crescimento econômico, gerando mais pobreza e exclusão social (ANDRADE *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2019).

Em relação à escolaridade, a maioria dos pacientes diagnosticados com TB possuía ensino fundamental incompleto. Resultados semelhantes foram obtidos por Barreto *et al.* (2020) ao descreverem o perfil epidemiológico da tuberculose no estado do Piauí, em que 42,59% dos casos notificados apresentavam esse grau de instrução. Segundo Oliveira *et al.* (2018), a baixa escolaridade ou a ausência dela é um fator que contribui para o aumento da vulnerabilidade do indivíduo à TB ao refletir acesso desigual à informação, aos bens de consumo e ao próprio serviço de saúde.

A falta de conhecimento pode ser considerada como um dos fatores cruciais para a transmissão da doença, ao mesmo tempo em que é um fator limitante para o diagnóstico, devido à dificuldade das pessoas em assimilar os sinais e sintomas da doença e em compreender a importância do tratamento. Assim, vale ressaltar também que o menor grau de escolaridade é um fator de risco para a não adesão do tratamento e aumento dos índices de abandono (ANDRADE *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2018).

Quanto à zona de residência, a maioria dos casos era procedente da zona urbana. De acordo com Santos *et al.* (2019), tal achado pode ser justificado pela urbanização acelerada em um contexto de vulnerabilidade social e econômica, com maior concentração

de pessoas em locais pouco ventilados e com más condições sanitárias que aumentam o risco de exposição à doença. Furtado *et al.* (2020) acrescentam que a população residente na zona urbana tem maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, o que possibilita maior oportunidade de diagnóstico dos casos.

### 3.2 Descrição clínico-epidemiológica dos casos de TB

No que se refere ao tipo de entrada dos casos no SINAN, a incidência da tuberculose apresentou-se de forma elevada. Do total de 15.038 casos notificados, 12.460 (82,9%) foram registrados como caso novo, seguidos de 1.105 casos (7,3%) de reingresso após abandono, 856 casos (5,7%) de recidiva da doença, 473 casos (3,1%) que foram transferidos e 107 casos (0,7%) pós-óbito (Gráfico 1).

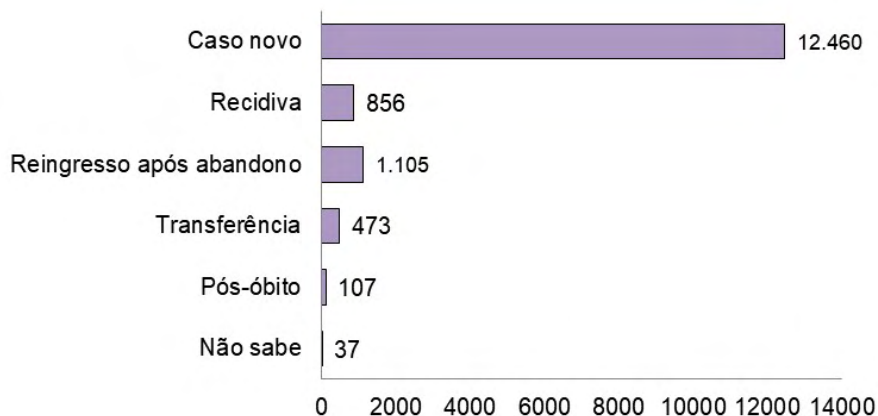


Gráfico 1 - Número de casos confirmados de tuberculose notificados no Maranhão, no período de 2015 a 2020, segundo o tipo de entrada.

Fonte: MS/SVS - SINAN (2021).

Notou-se um percentual significativo de pacientes que deram entrada como caso novo, que é definido pelo Ministério da Saúde como o caso de tuberculose ativa que nunca utilizou medicamento antituberculose ou que utilizou por menos de 30 dias (BRASIL, 2019). Segundo Fontes *et al.* (2019), a elevada incidência da tuberculose durante o período avaliado pode ser justificada em razão do déficit no diagnóstico dos casos, favorecendo a perpetuação da cadeia de transmissão, bem como no acompanhamento dos pacientes portadores da doença, o que remete a falhas nas ações de controle da TB no estado.

A partir dos dados mostrados no gráfico, foram evidenciados também casos de retratamento, os quais englobam os casos de recidiva e de reingresso após abandono. De acordo com o Ministério da Saúde, a recidiva consiste em um novo episódio da doença naqueles casos que já foram tratados anteriormente e receberam alta por cura comprovada

ou por ter completado o tratamento. Destaca-se que o principal fator relacionado aos maus resultados no tratamento da TB é a irregularidade do uso dos fármacos (BRASIL, 2019).

Já com relação aos casos de reingresso após abandono, estes são definidos como casos de tuberculose ativa, anteriormente tratados por mais de 30 dias, mas que deixaram de tomar o medicamento por 30 dias consecutivos ou mais (BRASIL, 2019). Representando a segunda maior frequência depois dos casos novos, a ocorrência de casos de reingresso após abandono requer atenção. Conforme Passarinho Neto *et al.* (2020), o abandono do tratamento é apontado como um grave problema que leva à manutenção da cadeia de transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*, já que o paciente não adequadamente tratado permanece sendo uma fonte de infecção.

Considerando as formas clínicas da tuberculose, os dados do estudo demonstram que a forma mais prevalente foi a pulmonar, correspondendo a 13.478 casos (89,63%). Já a forma extrapulmonar foi verificada em 1.432 casos (9,52%) e a associação pulmonar e extrapulmonar em 122 casos (0,81%) (Gráfico 2).

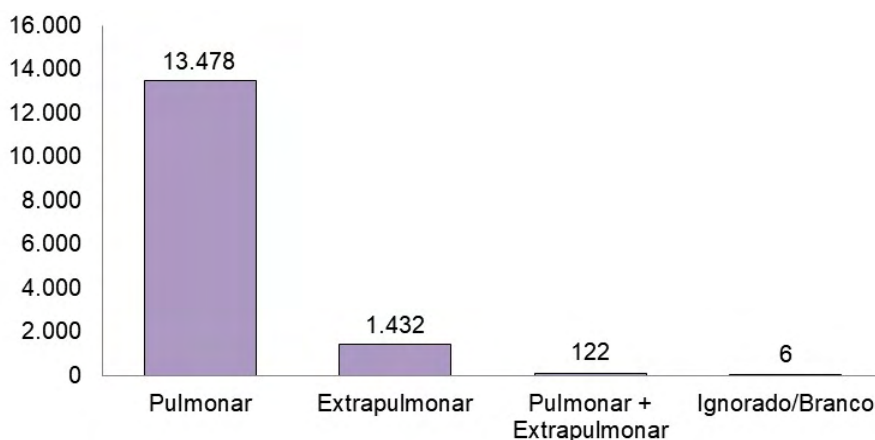


Gráfico 2 - Casos confirmados de tuberculose notificados no Maranhão, no período de 2015 a 2020, segundo a forma clínica.

Fonte: MS/SVS - SINAN (2021).

Segundo Sousa *et al.* (2020), a forma pulmonar possui maior importância epidemiológica em decorrência de sua alta infectividade. Embora a tuberculose seja capaz de acometer outros órgãos, a maior frequência dessa forma clínica pode ser explicada pelo fato de o bacilo possuir preferência por áreas de elevada concentração de oxigênio, como os pulmões, visto que é considerada uma bactéria aeróbica estrita (SANTOS *et al.*, 2019). Dessa forma, por ser a principal forma de transmissão da doença na comunidade, é essencial a confirmação precoce da infecção por tuberculose para que se possa interromper a cadeia de transmissão e, conseqüentemente, diminuir a incidência da doença.

Outra variável analisada refere-se à realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Na maioria dos casos, totalizando 9.993 casos (67%), essa estratégia não foi implementada. Apenas 3.049 pacientes foram submetidos ao TDO, representando 20% dos casos (Gráfico 3).

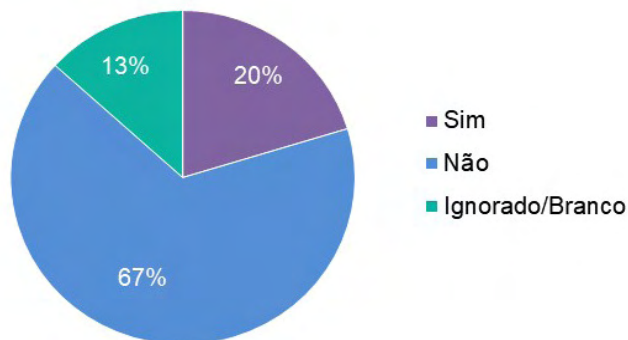


Gráfico 3 - Casos confirmados de tuberculose notificados no Maranhão, no período de 2015 a 2020, segundo realização do TDO.

Fonte: MS/SVS - SINAN (2021).

O TDO é a estratégia preferencial para o sucesso do tratamento da tuberculose, atuando como importante instrumento no monitoramento da adesão à terapêutica, além de reduzir o abandono do tratamento e permitir a identificação dos faltosos. A partir dos resultados deste estudo, pode-se verificar a baixa adesão a essa estratégia, o que demonstra que os municípios do Maranhão não estão implementando o TDO como recomendado pelo Ministério da Saúde, o qual preconiza que todas as pessoas acometidas pela tuberculose tenham a tomada da medicação supervisionada por um profissional da saúde (BRASIL, 2019).

Assim, dada a sua relevância, os achados deste estudo mostram a necessidade de se identificar quais as dificuldades de estruturação da rede de saúde para a oferta do TDO, principalmente aquelas enfrentadas pela equipe de saúde, possibilitando uma análise mais aprofundada do porquê essa estratégia é pouco executada no estado.

Por fim, no que diz respeito à situação de encerramento dos casos, a maioria dos indivíduos evoluiu para a cura da doença, o equivalente a 9.268 casos (61,63%). Contudo, é importante destacar a quantidade de pessoas que abandonaram o tratamento, totalizando 1.732 casos (11,52%). Além disso, 577 casos (3,84%) tiveram como desfecho o óbito por TB (Tabela 3).



Situação de encerramento	n	%
Cura	9.268	61,63
Abandono	1.732	11,52
Óbito por tuberculose	577	3,84
Óbito por outras causas	566	3,76
Transferência	845	5,62
Tuberculose resistente a medicamentos (TB-DR)	228	1,52
Mudança de Esquema	50	0,33
Falência	12	0,08
Ignorado	1.760	11,70
Total	15.038	100

Tabela 3 - Casos confirmados de tuberculose notificados no Maranhão, no período de 2015 a 2020, segundo a situação de encerramento.

Fonte: MS/SVS - SINAN (2021).

A cura se apresentou como principal forma de encerramento, o que mostra que a maior parte dos pacientes aderiu bem ao tratamento. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado no Paraná, onde foi constatado que ao final do acompanhamento, a situação de encerramento foi de cura em 76,98% dos casos de tuberculose (THOMÉ; ANDRADE; SALAMANCA, 2020). No entanto, o percentual ainda está abaixo do que o Ministério da Saúde considera aceitável, ou seja, curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados (ANDRADE *et al.*, 2020).

No que concerne aos casos de abandono do tratamento, verificou-se um percentual de 11,52%, mais que o dobro do que o Ministério da Saúde preconiza, que é menos de 5% de desfechos por abandono. Conforme Santos *et al.* (2019), o abandono do tratamento é um fator que favorece o desenvolvimento de bacilos multirresistentes e dificulta o tratamento da doença, aumentando o risco de agravamento e de mortalidade. Os casos não curados mantêm a cadeia de transmissão e aumentam a prevalência da doença, o que contribui para que a tuberculose ainda seja um problema de saúde pública (SANTOS *et al.*, 2018).

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos casos de tuberculose notificados no Maranhão, no período de 2015 a 2020. Os resultados obtidos evidenciam que a TB ainda é um problema de saúde pública no estado, uma vez que o número de casos confirmados permanece elevado, o que demonstra a necessidade da promoção de intervenções para controle dessa doença.

Conclui-se que é fundamental o conhecimento do perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico dos casos de tuberculose, pois essas informações contribuem

para identificar os grupos mais vulneráveis e seus fatores determinantes, como também auxiliam na avaliação da assistência à saúde, o que pode subsidiar o planejamento e a implementação de estratégias que objetivem o controle mais efetivo dessa doença. Nesse sentido, é necessária a adoção de medidas como a detecção precoce e tratamento oportuno dos casos diagnosticados, principalmente no âmbito da Atenção Primária, além da adoção de medidas assistenciais de acompanhamento desses pacientes.

Espera-se que este estudo contribua para alertar sobre a importância da tuberculose e a necessidade da implementação de estratégias de enfrentamento e formas de cuidado no campo da Saúde Coletiva voltadas para o segmento da população que mais é acometido por essa doença, de modo que ela não persista como problema de saúde pública no Maranhão.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sâmia Moreira de *et al.* Análise da evolução de tuberculose no estado do Maranhão, Brasil: uma análise epidemiológica e temporal dos casos. **International Journal of Development Research**, v. 10, n. 7, p. 37789-37794, jul. 2020.

BARRETO, Maryanna Tallyta Silva *et al.* Epidemiologia da tuberculose em um estado do nordeste brasileiro. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, e52973643, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 43 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364p.

FONTES, Giuliano José Fialho *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose no Brasil no período de 2012 a 2016. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 19-26, jan./mar., 2019.

FURTADO, Érida Zoé Lustosa *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com tuberculose diagnosticados em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 22, n. 1, p. 50-59, jan./mar. 2020.

LEÃO, Marcos Lorrán Paranhos *et al.* Situação atual da tuberculose no estado de Pernambuco, Brasil: perfil epidemiológico dos afetados. **Scire Salutis**, v.11, n.1, p.54-60, 2021.

LUCENA, Thamyris Danusa da Silva *et al.* Perfil clínico-epidemiológico e laboratorial de indivíduos com tuberculose no município de São Luís - MA. *In*: MATTOS, Samuel Miranda; FREIRE, Kellen Alves (org.). **Atenção Interdisciplinar em Saúde 4**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. p. 218-226.

MARQUES, Lorena Cristina dos Santos; OLIVEIRA, Ohana Luiza Santos de; PEREIRA, Marilane Andrade. Perfil clínico, epidemiológico e laboratorial da tuberculose entre 2014 a 2019 no estado da Bahia. **Revista Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 57, p. 3523-3534, 2020.

MASSABNI, Antonio Carlos; BONINI, Eduardo Henrique. Tuberculose: história e evolução dos tratamentos da doença. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 22, n. 2, 2019.

NUNES, Kézia Eugênia Silva *et al.* A prevalência da tuberculose e seus principais aspectos no estado do Maranhão: uma revisão de literatura. *In*: NETO, Benedito Rodrigues da Silva (org.). **Inovação tecnológica e o domínio das técnicas de investigação na medicina 2**. Ponta Grossa: Atena, 2020. p. 1-11.

OLIVEIRA, Mara Sílvia Rocha *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose no estado do Maranhão nos anos de 2012 a 2016. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 4, p. 6896, 2018.

PASSARINHO NETO, Amadeu Rodrigues *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose no estado do Maranhão de 2009 a 2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. Sup, n. 53, p. e992, 2020.

SANTOS, Henrique Moreira dos *et al.* Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com tuberculose no município de Cajazeiras-PB, no período de 2012 a 2016. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 5, n. 6, p. 1568-1587, out./dez. 2018.

SANTOS, José Gilmar Costa *et al.* Perfil clínico e epidemiológico da Tuberculose em Alagoas de 2008 a 2017. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 13, n. 14, 2019.

SOUSA, Grasyele Oliveira *et al.* Epidemiologia da tuberculose no nordeste do Brasil, 2015 – 2019. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, e82985403, 2020.

THOMÉ, Henrique Rodrigues; ANDRADE, Sonia Mara de; SALAMANCA, Mayara Angélica Bolson. Características clínicas, epidemiológicas e georreferenciamento da tuberculose em um centro de referência do oeste do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. 1, p. 86-96, jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2020**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

# CAPÍTULO 15

## AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM SÃO LUÍS

Data de aceite: 01/11/2021

### **Rosemary Fernandes Correa Alencar**

Hospital Universitário Materno Infantil  
São Luís - MA  
<http://lattes.cnpq.br/2975983655341799>

### **Dinair Brauna de Carvalho Ribeiro**

Hospital Universitário Materno Infantil  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/3082258372831868>

### **Maria Almira Bulcão Loureiro**

Hospital Universitário Materno Infantil.  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/1244168101674373>

### **Roseana Corrêa dos Santos Silva**

Hospital Universitário Materno Infantil.  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/2416077495448823>

### **Silvana do Socorro Santos de Oliveira**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/4920674763167770>

### **Gabriela Ramos Miranda**

Hospital Universitário Materno Infantil  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/7256681269372181>

### **Jose Ronaldo Moraes Pereira**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/7867878384037587>

### **Cidália de Jesus Cruz Nunes**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís - MA  
<http://lattes.cnpq.br/1807992715974580>

### **Sansuilana de Almeida Eloi**

Hospital Universitário Materno Infantil  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/2670132064520877>

### **Ana Cassia Martins Ribeiro Cruz**

Hospital Materno Infantil  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/1624529849317762>

### **Naruna Mesquita Freire**

Hospital de Alta complexidade Dr. Carlos  
Macieira  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/4396105683036710>

### **Larissa Correa Marques**

Unidade de Ensino Superior Dom Bosco  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/1423448851457088>

**RESUMO:** o tabagismo, tema deste trabalho, é visto como uma doença crônica, pois causa dependência entre os usuários, causando predisposição para doenças e incapacidades, com alta morbidade e mortalidade, portanto, um problema de saúde pública. O objetivo do estudo foi avaliar o desempenho do Programa de Combate ao Tabagismo em uma unidade básica de saúde no município de São Luís - Maranhão. A metodologia consistiu de pesquisa bibliográfica, tabulação estatística dos dados

referentes aos pacientes do Programa em 2017 e estudo de campo exploratório, descritivo e quanti-qualitativo junto aos pacientes do Programa na Unidade de Saúde da Família Turu II. Traçou-se o diagnóstico por meio de informações contidas no Relatório da Unidade e realização de uma pesquisa junto a 25 fumantes do programa, através da aplicação de um questionário estruturado. As variáveis utilizadas foram voltadas para o perfil sociodemográfico dos participantes, opinião dos mesmos referentes aos fatores apontados como causas prováveis do insucesso do tratamento em abandonar o cigarro e às ações educativas de saúde do Programa. Os resultados do questionário apontaram prevalência do sexo feminino, faixa etária acima dos 60 anos, solteira, com ensino médio completo, renda inferior a 1 salário mínimo, aposentada e residente na capital, São Luís. O local de moradia distante do Posto de Saúde e a convivência com amigos e familiares fumantes foram apontados como prováveis fatores de insucesso no programa. A maioria dos pacientes pesquisados nunca realizou tratamento ou participou de programa para parar de fumar. A totalidade dos pesquisados aderiu às atividades, destacando-se a terapia medicamentosa, palestras e dinâmicas de grupo. A grande maioria dos entrevistados opinou que o programa tem estrutura para ajudá-los a deixar de usar o cigarro. No total de 50 pacientes inscritos em 2017, 34% não compareceu na última sessão, o que pode indicar provável abandono do tratamento e 20% compareceu ainda fumando. Dos inscritos, 46% compareceu sem fumar na última sessão, o que representa um sucesso, considerando que o Ministério da Saúde preconiza, como uma resposta clínica positiva ao tratamento, um percentual igual ou maior de 30%. Conclui-se que o Programa de Combate ao Tabagismo desenvolvido pela Unidade de Saúde da Família do Turu II tem sua eficácia reconhecida pelos seus resultados, entretanto, estes podem ser ampliados com a colocação de um fisioterapeuta na equipe multiprofissional e maior divulgação junto a outras comunidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tabagismo; Ações educativas; Unidade Básica de Saúde; Avaliação

**ABSTRACT:** smoking, the subject of this study, is seen as a chronic disease, because it causes dependence among users, causing predisposition to diseases and disabilities, with high morbidity and mortality, therefore, a public health problem. The objective of the study was to evaluate the performance of the Combat Tobacco Program in a basic health unit in the city of São Luís -Maranhão. The methodology consisted of bibliographic research, data statistical tabulation referring to the patients of the Program in 2017 and an exploratory, descriptive and quantitative-qualitative field study with the patients of the Program in the Family Health Unit Turu II. The diagnosis was made using the information contained in the Unit Report and a research with 25 smokers of the program, through the application of a structured questionnaire. The used variables were focused on the sociodemographic profile of the participants, their opinion regarding the factors pointed out as probable causes of cessation treatment failure and the health educational actions of the Program. The results of the questionnaire showed a prevalence of women, over 60 years old, single, with a high school education, income less than 1 minimum salary, retired and resident in the capital, São Luís. The place of residence far from the Health Post and the coexistence with friends and family smokers were pointed out as probable factors of failure in the program. Most of the patients surveyed never realized treatment or participated in a smoking cessation program. All of the respondents adhered to the activities, with emphasis on medication therapy, lectures and group dynamics. The

vast majority of respondents said the program has the structure to help them stop using the cigarette. Out of 50 patients enrolled in 2017, 34% did not attend the last session, which may indicate a probable dropout, and 20% were still smoking. Of those enrolled, 46% attended without smoking in the last session, which represents a success, considering that the Health Ministry recommends, as a positive clinical response to treatment, a percentage equal to or greater than 30%. It is concluded that the Tobacco Combat Program, developed by Family Health Unit Turu II has its effectiveness recognized by its results, however, these can be improved by adding a physiotherapist in the multiprofessional team and greater dissemination with other communities.

**KEYWORDS:** Smoking; Educational actions; Basic Health Unit; Evaluatio.

## 1 | INTRODUÇÃO

O hábito de fumar é milenar, haja vista que as pessoas usam o tabaco desde as mais antigas civilizações e esse hábito ainda acompanha grande parte da população de todo o mundo. Mesmo com o avanço da tecnologia, das pesquisas científicas e informações sobre as consequências do hábito de fumar, ainda existe muito desconhecimento da população acerca dos riscos para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, incluindo-se o câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, configurando-se o uso do tabaco como a principal causa de mortes evitáveis (WHO, 2011).

O tabagismo é considerado a segunda causa de morte no mundo pela OMS. Está associado à mortalidade por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, bexiga, rim, colo do útero e leucemias), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença coronariana, hipertensão arterial e acidente vascular encefálico. O fumante está sujeito à mortalidade por todas essas doenças, mas o simples fato de exposição à fumaça de produtos de tabaco contribui para o desenvolvimento ou agravamento de diversas outras (Instituto Nacional de Câncer, 2017).

Desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil vem sendo articulada pelo Ministério da Saúde através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (Brasil, 2016).

O PNCT tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico com ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas (Brasil, 2016). Todas estas ações se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens, para promover a cessação de fumar e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco (Brasil, 2016).

A legislação de combate ao fumo no Brasil prevê a participação do enfermeiro em

Políticas de Saúde e Programas de Educação em Saúde voltado para o tabagismo. A equipe de enfermagem atua como importante fonte de conscientização, atuando como elo entre as Políticas de Saúde e os usuários da Atenção Básica, por meio de ações voltadas para a prevenção nos seus postos de trabalho, onde tem a incumbência de falar e aconselhar, seus pacientes a respeito dos malefícios decorrentes do uso de derivados do tabaco (Cruz, Gonçalves, 2010).

Percebe-se uma alta prevalência do tabagismo em populações atendidas pela Atenção Básica, e este hábito, apresenta um impacto epidemiológico importante, pois, comprovadamente, a dependência à nicotina é um fator de risco para mais de 50 doenças. Estima-se que 50% dos fumantes crônicos desenvolvam alguma doença relacionada ao tabaco ao longo da vida. Considerando todos esses números alarmantes, é possível compreender por que o tabagismo é visto como um grande problema de saúde pública (Brasil, 2016).

## 2 I LEGISLAÇÃO E POLÍTICA DE ATENÇÃO AO TABAGISMO

A conscientização dos malefícios do fumo passivo, no Brasil, teve início na década de 70, mas em 1986 começou-se a fazer algo a respeito: a princípio houve separação da ala dos fumantes para os não fumantes; percebeu-se a importância de aumentar a ventilação para controlar essas áreas, mas como não há especificação de uma taxa aceitável de exposição à fumaça ambiental do cigarro, pouco pode ser feito. A alternativa mais eficiente em custo, aplicabilidade e redução de risco da fumaça no ambiente é a proibição do uso do tabaco, sendo hoje a única medida conhecida para o controle, e capaz de reduzir o risco a zero, o que foi provado através de experiências em Nova Iorque – Estados Unidos que não causará impacto econômico à indústria tabagista e à hospitalidade. Nesse mesmo estudo observou-se melhora na qualidade de vida dos trabalhadores que não são mais expostos à fumaça ambiental do cigarro. (Seelig, 2005).

A maioria da população estudada não mudou de comportamento, ou passou a frequentar mais os ambientes públicos após a proibição do tabagismo. No Brasil a proibição do uso de tabaco ou produtos derivados dele é amparada pela Lei nº 9.294/1996, em recinto coletivo privado ou público, exceto em locais destinados ao consumo. Enquanto a Portaria Interministerial nº 1.498/2002 incentiva as instituições de saúde e ensino a serem livres da exposição do tabaco através de programas de conscientização (Echer 2011).

A Lei n.º 10.167 de 27 de dezembro de 2000 alterou a Lei n.º 9.294/96, proibindo o uso de produtos fumígenos<sup>1</sup> derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo. Proibiu também a venda por via postal, a distribuição de amostra ou brinde e a comercialização em estabelecimentos de ensino e de saúde. Essa lei ainda

<sup>1</sup> Fumígenos. Que pode ser fumado. Derivados ou não do tabaco. **Dicionário de português on line.** Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/significado/fumigenos/4608/> Acesso em agosto de 2017.

proibiu a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco. A Lei n.º 9.503 de 23 de setembro de 1997, Código de Trânsito Brasileiro - CTB, em seu texto, referiu-se à proibição do uso de qualquer substância entorpecente que determine dependência de qualquer natureza, de ser usada por pessoas que dirigem veículos, porque isso causaria o fato de dirigir com apenas uma das mãos.

A proteção aos jovens, também foi lembrada pela Legislação de combate e prevenção ao fumo, com a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que em seu texto, versou sobre a proibição da venda, fornecimento ou entrega, à criança ou ao adolescente, de produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, como o cigarro.

Ainda em relação ao envolvimento da população mais jovem, a Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego n.º 06 (05 de fevereiro de 2001), em seu texto, proibiu o trabalho do menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo.

A Resolução n.º 304 de 07 de novembro de 2002, da ANVISA, proibiu a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de cigarro, charuto, cigarrilha, ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, incluindo-se propaganda no uso de embalagens de alimentos simulando ou imitando as embalagens de cigarros, bem como o uso de nomes de marcas pertencentes a produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco. A Lei n.º 10.702 de 14 de julho de 2003, alterou a Lei n.º 9.294/96, proibindo a venda de produtos fumígenos derivados do tabaco a menores de 18 anos (Brasil, 2005).

Mais recentemente, a Lei 12.546, aprovada em 2011, e regulamentada em 2014, teve como finalidade a proibição do ato de fumar cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilés e outros produtos em locais de uso coletivo, públicos ou privados, como *halls* e corredores de condomínios, restaurantes e clubes, seja em ambiente parcialmente fechado por uma parede, divisória, teto ou toldo.

Essa norma extinguiu os fumódromos acabando com a possibilidade de propaganda comercial de cigarros, mesmo nos pontos de venda, onde era permitida publicidade em *displays*. Fica liberada apenas a exposição dos produtos, acompanhada por mensagens sobre os males provocados pelo fumo. A lei também obrigou os fabricantes a aumentarem, no próprio produto, os espaços para avisos sobre os danos causados pelo tabaco devendo ocupar 100% da face posterior das embalagens e de uma de suas laterais. A proposta ainda sugeriu que 30% da embalagem registrasse a seguinte informação: “**Este produto causa câncer. Pare de fumar. Disque 136**” (Figura 1). As novas embalagens já começariam a circular com as modificações em janeiro de 2016 (Laboissière, Leal, 2014).



### 3 I PAPEL DA ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE JUNTO AOS TABAGISTAS

As ações educativas voltadas para os usuários de tabaco são dirigidas a diferentes grupos-alvo e tem como objetivos oferecer informações sobre diversos pontos como: malefícios do tabaco, a importância de parar de fumar, estratégias motivacionais que levem o fumante a seguir o tratamento até o fim, além de estimular mudanças de atitude e comportamento entre formadores de opinião.

O enfermeiro tem papel legalmente definido conforme a lei do exercício profissional N.7.498/86, de 25 de junho de 1986, art 11, tendo respaldadas as funções primordiais do enfermeiro como um todo, quais sejam: participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde e dos planos assistenciais de saúde; participação em atividades preventivas e educativas, e integração à equipe de saúde. Dessa forma, as ações da enfermagem no PNCT devem estar embasadas na elaboração, execução e avaliação do programa, além de atividades educativas em saúde relacionadas ao tabagismo (Cruz, Gonçalves, 2009).

A enfermagem faz parte dos profissionais de saúde que atua no PNCT e, para tanto deve ter habilidade suficiente para executar tarefas específicas voltadas para os objetivos e metas do programa. Tendo como premissa o cuidado baseado na educação em saúde, o enfermeiro tem como prioridade em suas ações: motivar a redução do tabagismo, b) contribuir na redução dos estímulos em jovens ao fumo e, conscientizar os fumantes a deixarem de fumar. Essas ações educativas são disponibilizadas pela Atenção Básica, definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde voltadas para: a promoção da saúde; a prevenção de agravos; o tratamento e a reabilitação” (Kouichi, Rocha & Neves, 2009, 35).

De acordo com o PNCT, o enfermeiro tem algumas atribuições como: participar da elaboração de materiais técnicos; capacitação do profissional; definição de metas; treinamento de equipes das unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas; apoio e acompanhamento dos tabagistas no processo de cessação do fumar; adoção de medidas educativas, normativas e organizacionais; implementação de ações de prevenção ao fumo passivo; realização de consultas de enfermagem enfocando a abordagem cognitivocomportamental e avaliação do nível de dependência do tabagista.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina (PCDT-DN), constante na Portaria SAS/MS 761 de 21 de junho de 2016, preconiza que a abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e a prevenção de recaída; em casos específicos, pode ser utilizado um apoio medicamentoso. A utilização desses medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivocomportamental, e nunca isoladamente (Fiore, 2000, Ministério da Saúde, 2001,

Brasil, 2016).

Ressalta-se que no elenco dos diagnósticos de enfermagem, conforme a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), há referência de um diagnóstico relacionado à motivação para cessação do tabagismo, a saber: comportamento de busca de saúde relacionado à cessação do fumar (Cruz, Gonçalves, 2010, NURSING, 2011).

Algumas unidades de Atenção Básica, em seu quadro de profissionais, enfermeiros comunitários estão em boa posição para intervenção com fumantes e, atualmente, os produtos de reposição nicotínica estão inseridos no formulário de prescrição desse profissional. Essas intervenções são caracterizadas por aconselhamento isoladamente, seja ele por telefone ou visita domiciliar, ou pela adoção de aconselhamento associado à abordagem medicamentosa com repositores nicotínicos.

Em seus estudos, Moura et al (2011) explicitam que os enfermeiros podem atuar junto a gestantes pelo PNCT, entretanto, precisam estar cientes de que o fumo representa uma ameaça à saúde do feto e neonato, atuando no pré-natal, sendo um momento de extrema sensibilidade, propício para a interrupção do fumar.

As ações educativas da enfermagem têm como objetivo, produzir mudanças o pensamento e no sistema de crenças do paciente, para promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras, que o levem a repensar em seu modo de viver sua vida com mais qualidade. As ações educativas da enfermagem junto a tabagistas enfatizam em primeiro lugar a conscientização automática de seus comportamentos e emoções que levam o usuário a fumar. Com continuação do tratamento esses sintomas são aliviados e o tratamento então, muda seu foco para a modificação de regras e esquemas estabelecidos. Por fim, as estratégias voltam-se para estratégias de prevenção e de recaídas (Izrael, 2007).

## **4 | AÇÕES DE SAÚDE VOLTADA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TURU II**

### **4.1 Características da Instituição**

A Unidade de Saúde da Família do Turu fica localizada na Av. Sete, s/n, Conj. Habitacional Turu, São Luís – MA. A Unidade conta com seis consultórios de Clínica Médica e é fruto de uma ação conjunta entre os governos federal, estadual e municipal para integrar a operação da rede de saúde pública no Brasil.

Na Unidade de Saúde do Turu, são realizados procedimentos como consultas médicas, para as áreas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia, serviços de Odontologia e consultas de Enfermagem. A unidade também fornece diagnóstico e encaminhamento a especialidades para a promoção da reabilitação adequada dos pacientes.

## 4.2 Descrição das atividades de educação para a saúde realizadas pela UBS Saúde da Família Turu II

O programa, coordenado por Terapeuta Ocupacional da própria Unidade, é realizado em sessões com grupos constituídos por volta de 15 pessoas, de forma gratuita. O PCDT-DN estabelece o seguinte esquema: 4 sessões iniciais, estruturadas, deverão ser semanais, 2 sessões quinzenais e 1 sessão mensal, aberta, para prevenção de recaída, até completar 1 ano. A finalidade das sessões é conscientizar os fumantes por meio da Educação em saúde, com palestras e dinâmicas de grupo que transmitem informações sobre os malefícios do cigarro, oferecendo alternativas de prevenção e combate ao vício. O acompanhamento dos participantes do programa é realizado pela coordenadora que se encarrega do preenchimento de planilha específica do Programa com a tabulação dos dados.

Cada sessão, precedida de avaliação física, consta de palestras, diálogo dirigido, roda de conversa e depoimentos. Na sessão inicial é aplicado, em cada participante, o Teste de Fagerström que mede o nível de dependência do paciente à nicotina. Os participantes falam sobre o uso ou não do cigarro durante os dias que antecederam às sessões, seus desafios, limites, etc.

As ações medicamentosas também fazem parte das sessões e incluem a distribuição dos seguintes produtos que são considerados medicamentos de 1ª linha e que compõem a Terapia de Reposição da Nicotina: adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina, pastilha de nicotina e Cloridrato de Bupropiona.

Todo esse aparato contribui para que o dependente do tabaco se sinta apoiado pela equipe multidisciplinar e possa realizar a terapia medicamentosa específica para deixar de usar o tabaco.

No presente estudo, tendo como base o Relatório da Unidade Básica de Saúde Turu II de 2017, prevaleceu o sexo feminino (58%), o que vem de encontro com uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012, em todo o Brasil, que revelou um aumento de 40% da população feminina com menos de 65 anos, no consumo do cigarro (Revista Exame, 2013). Segundo o mesmo estudo do IBGE, os fatores que levam à maior incidência no sexo feminino são a ansiedade, o estresse, a dupla jornada de trabalho, baixa autoestima e concorrência com o próprio sexo.

Os resultados também ficaram próximos aos de Bortoluzzi et al (2011) onde 60% da amostra era do sexo feminino. Os dados obtidos por Martins et al (2016), em uma amostra com 140 pacientes, também demonstraram que a maioria era do sexo feminino, somente com um maior percentual de 76%. O estudo do Relatório evidenciou a prevalência da idade entre 18 e 60 anos (68%), entretanto, estudos realizados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2016, observou que a frequência de fumantes atualmente é maior no sexo masculino (12,7%)

do que no feminino (8,0%) e a incidência por faixa etária, é menor entre os adultos jovens antes dos 25 anos de idade (7,4%), ou após os 65 anos (7,7%) e maior na faixa etária dos 55 a 64 anos (13,5%) (VIGITEL, 2016).

O inquérito da VIGITEL (2016) revelou que a prevalência de fumantes com idade ≥ de 18 anos, foi maior em algumas capitais como Curitiba (14%), Porto Alegre (13,6%) e São Paulo (13,2%). Na região Nordeste, Salvador aparece como a capital com menor prevalência de fumantes (5,1%). A capital São Luís destacou-se com 15,7%, sendo a incidência no sexo masculino de 12,3% e no sexo feminino 3,4% (VIGITEL, 2016).

O estado civil de solteiro apontado com maior incidência em nossa pesquisa (32%) pode se apresentar como um dos fatores predisponentes para o uso do tabaco haja vista que a pessoa sozinha pode sofrer influência de amigos que fumam ou então sentir-se mais à vontade para experimentar tabaco, apesar de grande parte dos entrevistados ter mais de 60 anos (Moura et al., 2015).

Segundo pesquisas realizadas por De Jesus et al (2015) a baixa escolaridade apresenta-se como um dos fatores predisponentes para o uso do tabaco sendo mais frequente em 31% dos que não tem escolaridade básica completa. Corroborando, o Ministério da Saúde (Brasil, 2009) admite que o maior número de fumantes se encontra em grupos com menor escolaridade. A nossa pesquisa, com uma amostragem de 25 pacientes, revelou que a prevalência neste quesito foi de ensino médio completo com 36% (n=9).

A baixa escolaridade entre os dependentes do tabaco pode estar associada à ausência de uma boa ocupação no mercado de trabalho por conta da baixa qualificação profissional o que aumentam as chances do indivíduo vir a consumir tabaco (Peixoto et al., 2010).

No que se refere ao quesito renda, a nossa pesquisa identificou como prevalente a renda inferior a 1 salário mínimo com 40% (n=10). Segundo Meirelles (2006), o tabagismo tem se concentrado nas populações de baixa renda que têm menor acesso à informação, educação e saúde. Por outro lado, Bortoluzzi (2011) esclarece que aliado à baixa escolaridade encontra-se o fato de o cigarro Brasileiro ser um dos mais baratos do mundo e, juntamente com a facilidade de acesso, instauram-se como fatores potencializadores de consumo.

A renda familiar inferior a 1 salário mínimo prevaleceu entre os entrevistados sendo esse um dos fatores que predispõem ao uso do cigarro, por conta de sentimentos de frustração, preocupação e ansiedade que são comuns em pessoas com baixa renda, por não conseguirem custear todas as suas despesas mais básicas (Bellenzani, Malfitano, 2006).

Um ponto que chamou a atenção foi a prevalência de aposentados na amostra da pesquisa com 34% (n=9) o que leva à uma preocupação com essa clientela, uma vez que estudos comprovam que com o avançar da idade, a pessoa fica mais propensa a desenvolver problemas cardiovasculares e o uso do tabaco concomitante só aumenta a

ocorrência de complicações (Silva, 2014).

A união da baixa escolaridade com a renda familiar insuficiente reflete-se em dois fatores importantes na relação do indivíduo com a vulnerabilidade social e, consequentemente, o conduz ao vício do tabaco e sua dependência (Silva, 2014).

A ampla maioria dos entrevistados 88% (n=22) reside na capital São Luís, onde segundo pesquisas da VIGITEL (2016) o consumo de tabaco é alto. E a frequência entre os que fumam 20 cigarros ou mais por dia destacou-se com 1,1%. Também nesta mesma pesquisa VIGITEL (2016), a escolaridade é um fator que contribui para a frequência do hábito de fumar e quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de fumar. O mesmo estudo revelou ainda que a incidência aumentou entre os fumantes homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (17,5% e 11,5%, respectivamente), excedendo em cerca de duas vezes a frequência observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de estudo.

Outro ponto que chamou a atenção foi a vontade de voltar a fumar apontado pelos entrevistados como um dos fatores prováveis que poderiam levar ao abandono do tratamento, num percentual de 52% (n=13). Destacaram-se como principais fatores prováveis do insucesso no tratamento para abandono do tabagismo: a distância da moradia do entrevistado em relação ao posto de saúde com 60% (n=15), os efeitos colaterais da medicação específica para o tratamento com 60% (n=15) e a convivência com familiares e amigos fumantes com 56% (n=14).

Na pesquisa, a dificuldade de relacionamento com os profissionais da unidade de saúde e a dificuldade para o recebimento da medicação utilizada no tratamento no SUS, foram descartados pela totalidade dos entrevistados, não se constituindo, portanto, como fatores ocasionadores do insucesso de tratamento.

Os motivos para abandono do tratamento de qualquer doença, como os vícios, são os mais diversos, e, no caso do vício do cigarro, o mais encontrado na literatura foi a dificuldade de controlar a vontade de fumar durante as primeiras horas e os primeiros dias do tratamento. Estudos de Bertoluzzi et al (2011) com 575 voluntários fumantes revelou que 18,9% da amostra estudada tentaram ao menos uma vez parar de fumar nos últimos seis meses, 9,8% tentaram parar de fumar ao menos uma vez entre seis e 12 meses atrás, e 39,3%, ao menos uma vez há mais de 12 meses, durante e após o tratamento.

O mesmo estudo evidenciou que os motivos para abandono ou insucesso do tratamento centraram-se em contato com fumaça de cigarro e com pessoas que fazem uso do tabaco, em casa, no trabalho, faculdade, por 35,9% dos indivíduos pesquisados (Bertoluzzi et al., 2011). O abandono do tratamento para os vícios como o cigarro apresentou-se mais alto na região Nordeste, segundo estudos de Falcão e Costa (2008), onde 45% dos entrevistados tabagistas apresentou como causa a presença de fumante dentro de sua casa e na vizinhança.

## 51 CONCLUSÃO

O estudo trouxe informações importantes sobre o que está sendo realizado para reduzir o consumo de tabaco no município de São Luís. Constatou-se que a Unidade Básica de Saúde da Família Turu II é pioneira no desenvolvimento do Programa Municipal de Combate ao Tabagismo que é integrado por outras cinco UBS municipais, número que se considera insuficiente para cobertura dos usuários fumantes existentes entre a população de São Luís, considerando a população superior a 1 milhão de habitantes e uma estimativa de 15,7% de fumantes.

Os resultados apontados pela tabulação dos dados referentes a 2017, extraídos do Relatório da UBS pesquisada mostraram êxito do programa, com a cessação de fumar quando do comparecimento da última sessão, para 46% dos pacientes inscritos. Este percentual é superior ao valor de igual ou superior a 30% considerado pelo MS como efetivo, quando ocorre uma resposta clínica positiva ao tratamento, em virtude de o paciente deixar de fumar.

O resultado do questionário aplicado nesta pesquisa apontou que o perfil sociodemográfico dos participantes do programa se assemelhou ao de outros estudos sobre o tema. Foram fatores identificados com maior prevalência: o sexo feminino, faixa etária acima dos 60 anos, solteira, com ensino médio completo, renda inferior a 1 salário mínimo, aposentada e residindo na capital, São Luís.

Em relação as ações educativas do Programa de Combate ao Tabagismo na Unidade, o estudo revelou que um número significativo de entrevistados considerou o local de moradia distante, os efeitos colaterais da medicação específica para o tratamento e a convivência com amigos e familiares fumantes como fatores prováveis de insucesso no tratamento. A maioria nunca realizou antes tratamento para parar de fumar ou participou de programa de cessação de fumar.

Em relação a participação nas oficinas terapêuticas, a adesão contou com a maioria dos pesquisados, evidenciando-se a terapia medicamentosa e palestras com adesão de 100% dos voluntários. Por fim, a maioria dos entrevistados considera que o programa tem estrutura adequada para ajudá-los a deixar de usar o cigarro.

Foram apontadas sugestões de melhorias no Programa com a ampliação da equipe multiprofissional da Unidade com a inclusão de profissional de fisioterapia, assim como a expansão do Programa para outras unidades de saúde da Capital, por meio de uma maior divulgação junto à população pela mídia e da elaboração de cartazes a serem afixados em locais estratégicos nas Unidades e em locais públicos na comunidade, com a finalidade de atrair os fumantes para o programa.

Observa-se que o governo federal, por meio do SUS, vem desenvolvendo uma série de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas no sentido de alertar sobre os perigos do cigarro, desenvolvendo campanhas de conscientização por meio de cartazes. Entretanto,

isso ainda se desenvolve de maneira tímida não havendo, por parte da população, o devido conhecimento sobre programas de combate ao tabagismo oferecido pelo SUS, por meio das Unidades de Saúde.

Conclui-se, portanto, que a eficácia do Programa de Combate ao Tabagismo desenvolvido pela Unidade Básica de Saúde da Família do Turu II, é reconhecida pelos seus resultados e que tem alcançado seus objetivos, oferecendo serviço gratuito e tratamento medicamentoso para quem deseja deixar de fumar.

## REFERÊNCIAS

Bellenzani, R, Malfitano, A. P. S. Juventude, vulnerabilidade social e exploração sexual: um olhar a partir da articulação entre saúde e direitos humanos. Saúde e Sociedade, São Paulo, v 15, n. 6, 2006

Bortoluzzi, MC, Kehrig, RT; Loguercio, AD, et al. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC). Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 3, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Cruz, MS, Gonçalves, MJF. O Papel do Enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Revista Brasileira de Cancerologia, 2010.

De Jesus, MCP, Silva, MH, Cordero, SM, et al. Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social. Rev Esc Enferm USP. n. 50, v.1, 2016.

Echer, I.C., Correa, A.P.A., Ferreira, S.A.L., Lucena, A.F. Tabagismo em uma escola de enfermagem do sul do Brasil. Texto contexto - enferm. [online]. vol.20, n.1, 2011

Enciclopédia Larousse Cultural. Origens do tabaco. v.16, cap. 92, 2002.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al.. Trating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. U. S. Department of Health and Humans Services, Public Health Service, 2000

INCA. Instituto Nacional do Cancer. 31/05/2017 - Prejuízo anual do tabagismo para o Brasil é de R\$56,9 bilhões. Disponível em:< [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacaoinformacao/site/home/sala\\_imprensa/releases/2016/prejuizo\\_anual\\_do\\_tabagismo\\_e\\_de\\_56\\_bilhoes\\_reais](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacaoinformacao/site/home/sala_imprensa/releases/2016/prejuizo_anual_do_tabagismo_e_de_56_bilhoes_reais)> Acesso em setembro de 2017.

Izrael, D. et al. "A SAS Macro for Balancing a Weighted Sample". Proceedings of the Twenty-Fifth Annual SAS Users Group International Conference, Paper 275, 2007.

Kouichi, CT, Rocha, EFR, Neves, IA. O programa de controle ao tabagismo no combate ao vício do tabaco. Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium Curso de Enfermagem. Lins, SP, 2009.

Laboissière, P, Leal, A. Lei Antifumo entra em vigor em todo o país. A Lei 12.546. Revista Exame. Disponível em:< <https://exame.abril.com.br/Brasil/lei-antifumo-entra-em-vigor-em-todo-o-pais/>> Acesso em setembro de 2017.

Martins, KAM, Pontes, AEB, Vieira, LC, Borges, KR, et al. Perfil dos pacientes tabagistas em tratamento no Programa Municipal de Controle do Tabagismo, em Goiânia. Revista de Saúde Pública, v. 53, n.2, 2016.

Meirelles RHS. A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: uma questão de saúde pública. [editorial]. J Bras Pneumol 2006; 32(1).

Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, 2001.

Moura, MAS, Meneses, MFB, Mariano, RD, Silva, VR, et al. Intervenções de Enfermagem no Controle do Tabagismo: uma Revisão Integrativa. Revista Brasileira de Cancerologia. 57(3): 411-41, 2011.

Peixoto, S.V., Firmo, J.O.A., Lima-Costa, M.F. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). Rev. Saúde Pública, 2010, v. 39, n5, 2010.

Revista exame. Mulheres fumam cada vez mais no Brasil. 2012. Disponível em:< <https://exame.abril.com.br/estilo-de-vida/mulheres-fumam-cada-vez-mais-no-Brasil/>> Acesso em outubro de 2017.

Seelig, M.F., Campos, C.R.J., Carvalho, J.C. A ventilação e a fumaça ambiental de cigarros. Ciênc. Saúde coletiva [online]. vol.10, suppl, 2005

VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados Brasileiros e no distrito federal em 2016. Brasília, DF, 2016.

World Health Organization (WHO). - An International Framework Convention for Tobacco Control. Fact Sheet no. 160, revised. Jun, 2005.



## “SÍFILIS”: UM ESTUDO SOBRE A INCIDÊNCIA DE SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE PONTE NOVA/MG

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 20/09//2021

**Iata Eleutério Moreira de Souza**

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga  
Ponte Nova - MG

**RuthMaria Alves Garcia**

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga  
Ponte Nova - MG  
<http://lattes.cnpq.br/1305693013939833>

**RESUMO:** A sífilis é uma doença infecciosa, bacteriana, de evolução crônica, que quando não tratada, evolui para estágios de proporções variáveis, sendo capaz de atingir vários órgãos. Pode ser transmitida para o feto, ocasionando sérios danos à saúde, podendo produzir um natimorto ou ocorrer morte do neonato. Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis (2018), nos últimos anos, foi observado no Brasil um crescimento constante, no número de casos de Sífilis adquirida, congênita e gestacional. Devido ao aumento do número de casos de sífilis no país, este trabalho teve como objetivo coletar e analisar dados referentes à incidência da doença no município de Ponte Nova/MG. Para tal foi realizada revisão bibliográfica acerca da doença e análise de dados sobre a ocorrência da mesma, bem como da população do município, do período de 2008 à 2018. Neste estudo, foi possível verificar que, em Ponte Nova/MG, o número de casos de sífilis adquirida aumentou ao longo dos anos, apresentando, em 2018,

coeficiente de incidência 3,2 vezes maior que o do ano anterior; sendo mais predominante na população masculina, e na faixa etária de 20 à 29 anos. Já em relação à sífilis congênita e gestacional, foi constatado que houve tendência decrescente da incidência no período de 2008 à 2018. Os resultados encontrados são importantes para se analisar a situação epidemiológica do município com relação à frequência e distribuição da doença, contribuindo para a elaboração de informações que incrementem o desenvolvimento de ações dos profissionais de saúde no âmbito dos programas de controle de DST.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis. *Treponema pallidum*. Diagnóstico. Tratamento. Incidência.

### “SYPHILIS”: A STUDY ON THE INCIDENCE OF SYPHILIS IN THE MUNICIPALITY OF PONTE NOVA/MG

**ABSTRACT :** Syphilis is a chronic bacterial infectious disease that, when left untreated, evolves to stages of varying proportions and can affect many organs. It can be transmitted to the fetus, causing serious damage to health, can produce stillbirth or death of the newborn. According to the Syphilis Epidemiological Bulletin (2018), in recent years there has been a steady increase in Brazil in the number of cases of acquired, congenital and gestational syphilis. Due to the increase in the number of syphilis cases in the country, this study aimed collect and analyze data regarding the incidence of the disease in Ponte Nova / MG. For this purpose, a literature review was performed about the disease and data were analyzed about its occurrence, as well as the population of the municipality, from 2008 to

2018. In this study, it was possible to verify that, in Ponte Nova / MG, the number of acquired syphilis cases increased over the years, presenting, in 2018, an incidence coefficient 3.2 times higher than the previous year; more prevalent in the male population, and in the age group of 20 to 29 years. Regarding congenital and gestational syphilis, it was found that there was a decreasing trend of incidence in the period from 2008 to 2018. The results are important to analyze the epidemiological situation of the municipality regarding the frequency and distribution of the disease, contributing to the elaboration information that increases the development of actions of health professionals within the scope of STD control programs.

**KEYWORDS:** Syphilis. *Treponema pallidum*. Diagnosis. Treatment. Incidence.

## 1 | INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) readquiriram importância nos últimos anos, sendo, atualmente consideradas como um grave problema de saúde pública, devido ao fato de serem muito comuns em todos os países, provavelmente devido às infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), já que as IST contribuem para a transmissão deste (OLIVEIRA, 2011). Além disso, as infecções sexualmente transmissíveis (IST) geram danos sociais, econômicos e sanitários de elevada repercussão à população, principalmente entre mulheres e crianças, o que ocasiona um sério problema de saúde pública (VALDERRAMA et al., 2014).

A sífilis é uma doença infecciosa que foi a causa de epidemias devastadoras no passado, e atualmente é considerada um relevante problema de saúde pública devido ao constante aumento no número de casos de sífilis adquirida, congênita e gestacional (TRABULSI; ALTERTHUM, 2008; BRASIL, 2017a). Consiste em uma infecção bacteriana sistêmica, de evolução crônica, e se não for tratada, evolui para estágios de proporção variável, sendo capaz de afetar vários órgãos e sistemas do corpo (BRASIL, 2019). De acordo com Sumikawa e colaboradores (2010), é uma doença de evolução lenta e não sendo tratada, varia entre períodos sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, sendo classificada em sífilis primária, secundária e terciária.

Conforme Avelleira e Bottino (2006), é comum a denominação sífilis latente, que se refere a períodos de latência da doença e é um dos parâmetros usados para a sua classificação. A sífilis pode ser classificada ainda pelo tempo em que foi diagnosticada, sendo sífilis recente quando o diagnóstico é realizado em até um ano e sífilis tardia quando o diagnóstico é realizado após um ano.

Geralmente as pessoas com sífilis não tem conhecimento da infecção, sendo capaz de transmiti-la aos contatos sexuais, devido à ausência ou pouca apresentação de sintomas, estágio com apresentações diversas e complexas e extensos períodos de latência. Caso não seja tratada, pode desenvolver para formas mais graves, podendo comprometer principalmente o sistema nervoso e o sistema cardiovascular (BRASIL, 2015b).

Para a prevenção de sífilis é necessário diagnóstico precoce e tratamento realizado adequadamente, com administração do antibiótico em seguida a exposição suspeita, uso de preservativos, além do rastreamento sorológicos dos pacientes infectados e seus parceiros (LAVINSON, 2010).

Segundo o Boletim Epidemiológico de sífilis (2018), nos últimos anos, foi observado no Brasil um crescimento constante no número de casos de sífilis adquirida, congênita e gestacional. Entre os anos de 2010 e 2017, a elevação da taxa de incidência de sífilis congênita foi de 3,6 vezes, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes expandiu 4,9 vezes, passando respectivamente de 2,4 para 8,6 e de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos. Em 2010 foi implantada a notificação compulsória para sífilis adquirida, apresentando aumento na taxa de detecção, passando de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010, para 58,1 casos por 100 mil habitantes no ano de 2017 (BRASIL, 2018).

Esse aumento pode ser devido, em parte, pelo crescimento da cobertura de testagem, com a amplificação do uso de testes rápidos, diminuição do uso de preservativos, resistência dos profissionais de saúde à utilização da penicilina na Atenção Básica, falta mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aperfeiçoamento do sistema de vigilância pode se retratar na expansão de casos notificados (BRASIL, 2017a).

Devido ao crescimento constante dos números de casos de sífilis no Brasil e a morbi-mortalidade associada a essa doença, em diferentes faixas etárias, incluindo neonatos, é importante o estudo de sua ocorrência e distribuição local, para se estabelecer estratégias de ação acertadas, junto à população. A partir do conhecimento de como a doença se distribui em relação ao tempo, espaço e grupos populacionais, pode-se planejar melhor as ações para seu controle, com identificação de grupos e locais de maior risco e vulnerabilidade e períodos mais propícios para as intervenções em saúde.

Sendo assim, diante do aumento do número de casos de sífilis no Brasil, este estudo tem como objetivos: realizar uma revisão literária a cerca da patologia sífilis, em seu contexto geral, evidenciando suas características, bem como, suas fases, diagnóstico e tratamento, coletar e analisar dados referentes à incidência de sífilis no município de Ponte Nova/MG, no período de 2008 à 2018, conforme número total de casos notificados e confirmados e estratificação deste número segundo gênero, faixa etária e ocorrência durante a gravidez, e assim, demonstrar a importância do conhecimento da forma de distribuição da sífilis na população local para o planejamento adequado das ações pelas equipes de saúde dos municípios.

## **2 | DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 METODOLOGIA**

Este trabalho consistiu numa pesquisa de natureza quantitativa, descritiva e

documental. Foi realizada revisão bibliográfica por meio de buscas de artigos científicos e outras publicações nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Google acadêmico e sites do Ministério da Saúde. Foram utilizados os descritores: sífilis, incidência, indicadores, fatores determinantes e foi adotado como critério de exclusão publicações anteriores ao ano 2000. Os artigos pesquisados foram em língua portuguesa, e foram selecionados através da leitura de resumos e introdução, aqueles que apresentaram maior relevância em relação ao objetivo do presente trabalho.

Foi realizada análise dos dados do relatório do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde, contendo informações referentes à ocorrência de sífilis e dados da população no município de Ponte Nova/MG no período de 2008 a 2018. Foi adotado como critério de inclusão, o número de casos notificados e confirmados de Sífilis, no município de Ponte Nova/MG. Foram analisados dados referentes ao número total de casos, e sua estratificação segundo gênero, faixa etária e ocorrência durante a gravidez. Constituem dados secundários, obtidos sem identificação dos indivíduos, não tendo sido necessária a submissão deste trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Dinâmica.

Os relatórios do DATASUS foram obtidos por meio de busca e tabulação de dados no site: <http://www.datasus.gov.br>, e os calculos da incidência foram realizados conforme orientação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) no site: <https://www.conass.org.br>, em nota técnica realizada através das fontes: <http://sage.saude.gov.br/> e <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.

Este estudo apresentou algumas limitações em relação à população estimada do município de Ponte Nova, segundo o sexo e faixa etária, não tendo sido encontrados dados a partir de 2015, o que impossibilitou a realização dos cálculos da incidência de sífilis para estes grupos, nos anos de 2016, 2017 e 2018.

## 2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sífilis, descoberta em 1905, é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*, bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, considerado patógeno exclusivo do ser humano, que ocasiona uma infecção de caráter sistêmico (BRASIL, 2015a). A bactéria *Treponema pallidum* morfológicamente é afilada, com diâmetro aproximado de 0,18 micrometros e comprimento entre 6 e 20 micrometros, possui extremidades delgadas e hélices uniformes e apresenta filamentos que tem função de movimentos de rotação e reflexão que auxiliam a entrada tecidual (TRABULSI; ALTERTHUM, 2008).

A transmissão da sífilis ocorre pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente, através da placenta da mãe para o feto (sífilis congênita). Noventa e cinco por cento dos casos de sífilis são devidos ao contato com as lesões (cancro duro e lesões secundárias) presentes nos órgãos genitais (AVELLEIRA, BOTTINO, 2006). De acordo com Brasil

(2015a), nos estágios iniciais, a contaminação da sífilis por transmissão sexual é maior (aproximadamente 60%), diminuindo progressivamente ao decorrer do tempo. Esse fato está relacionado à acentuada multiplicação do patógeno e pela abundância de treponemas nas lesões, frequentes na sífilis primária e secundária. No segundo ano da infecção, as lesões se tornam raras ou inexistentes.

Na sífilis primária há um período de incubação de 10 à 90 dias, logo após o contato sexual infectante. Inicia-se com o cancro duro, lesão geralmente única, indolor, com base endurecida, fundo limpo, sendo rica em treponemas (BRASIL, 2015b). No centro da lesão se forma um exudato de soro, um líquido bastante contagioso (TORTORA, 2005). É uma fase com duração de duas a três semanas e independente do tratamento, desaparece de modo espontâneo (BRASIL, 2015b). Entretanto a bactéria dissemina-se pela corrente sanguínea, atingindo diversos órgãos (LEVINSON, 2010).

As lesões da sífilis secundária podem manifestar-se após um a três meses (LEVINSON, 2010). O ocorrido afetar a pele e os órgãos internos devido à distribuição do *T. pallidum* por todo o corpo (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Essa é a fase na qual a doença mais se manifesta, pois os micro-organismos são mais abundantes. O período varia de poucos dias a meses e a manifestação é caracterizada por exantemas, que se mostram numa erupção disseminada e que aparecem geralmente na palma das mãos e planta dos pés (TRABULSI; ALTERTHUM, 2008).

Após esse estágio da doença, surge o período latente, no qual o indivíduo não apresenta lesões, mas testes sorológicos positivos mostram a permanência da infecção. Esse período de latência é dividido em latente precoce e tardio. O período latente precoce pode permanecer por um a dois anos após o estágio secundário, os sintomas da fase secundária podem ressurgir e o paciente é capaz de infectar terceiros. O período latente tardio pode manter-se por vários anos, nesta fase não ocorre manifestação de sintomas e a doença não é transmitida (LEVINSON, 2010).

Na sífilis terciária, os pacientes apresentam lesões estabelecidas na pele e em mucosas e nos sistemas cardiovascular e nervoso. A formação de granulomas destrutivos (gomos) e desaparecimento quase total de treponemas geralmente caracterizam as lesões terciárias. Os ossos, músculos e fígado também podem estar acometidos nesta fase (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Essa fase da doença surge após um período de muitos anos depois do início da fase latente (TORTORA et al, 2005).

A Neurosífilis ocorre quando a infecção pelo treponema nas meninges persiste, podendo ser assintomática ou sintomática. Geralmente a introdução da bactéria treponema nas meninges é prematura, ocorre de 12 a 18 meses posteriormente à infecção, mas encerra em 70% dos casos sem tratamento (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis congênita (SC), segundo Levison (2010), ocorre através da gestação por via placentária, pela infecção do feto pela *Treponema pallidum*. As gestantes com sífilis, quando tratadas inadequadamente ou não tratadas podem transmiti-la para o feto, sendo

esta forma de transmissão denominada transmissão vertical. Ainda que possa acontecer por passagem do feto pelo canal do parto, a contaminação ocorre com mais frequência por via intraútero (80% dos casos). As chances de ocorrência de transmissão é maior quando a gestante está na fase primária ou secundária da doença e pode acarretar danos severos, como abortamento, manifestações congênitas prematuras ou tardias e pode ocasionar também a morte do neonato (BRASIL, 2015b). Quando a gestante diagnosticada com sífilis é tratada adequadamente, a sífilis congênita pode ser prevenida. Mesmo após o contato com a doença, não ocorre imunidade protetora, além de não existir vacina contra a sífilis, desta forma, após uma nova exposição ao *Treponema pallidum*, pode ocorrer a reinfecção, necessitando o acompanhamento com maior frequência para as gestantes (BRASIL, 2017a).

O diagnóstico da sífilis é fundamentado na avaliação clínica, na identificação do agente etiológico (investigação direta da *T. pallidum* no exsudato seroso das lesões) e através dos testes sorológicos. O meio diagnóstico mais constantemente aplicado é o teste sorológico, pois, na maioria das vezes, quando o paciente procura o serviço de saúde, já não se encontra na fase inicial da doença, que se define pela manifestação da úlcera ou cancro. As provas sorológicas consistem o único meio de reconhecimento para a forma latente da sífilis adquirida, visto que, nessa fase, não são observados sinais ou sintomas clínicos que sugeririam a presença da doença (SANTANA et al., 2006).

Conforme Santana et al. (2006), são utilizados dois grupos de testes sorológicos para o diagnóstico, sendo denominados testes antigênicos não treponêmicos ou teste lipóídicos, e testes treponêmicos ou pesquisa de anticorpos verdadeiros. Para o rastreamento da doença, os mais úteis são os testes não treponêmicos, que dependendo do estágio da doença, possuem sensibilidade de 70 a 90%. Na sífilis primária podem não apresentar positivo, sendo necessário ser refeitos depois de uma semana, um mês e três meses em paciente com presunção de sífilis em que o resultado do teste for negativo. Podem ocorrer resultados falso-negativos devido a grande quantidade de anticorpos, denominado efeito prozona. Já no estágio secundário, a sensibilidade é quase 100%. Os testes treponêmicos devem ser destinados como testes confirmatórios quando o resultado do teste não treponêmico apresentar-se positivo ou mesmo se o teste não treponêmico apresentar-se negativo, mas existir suspeita clínica de sífilis (KONEMAN, 2010).

Os testes não treponêmico frequentemente utilizados são o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin), que contém uma mistura de cardioplipina-lectina-colesterol como antígeno e na presença de anticorpos contra *T. pallidum* presentes no soro do paciente, ocorre a flocculação da cardioplipina (LEVINSON, 2010). Os testes treponêmicos habitualmente utilizados são FTA-ABS (Fluorescent Treponema Antigen Absorbent), MHA-TP (Micro hemo-aglutinação para *Treponema pallidum*), ELISA (Enzima-imunoenensaio para anticorpo anti-Treponema) e PCR (Polimerase Chain Reaction) (SANTANA et al., 2006).

O Ministério da Saúde (2015a) define que, para o tratamento da sífilis, a penicilina é o medicamento de escolha. E que níveis de penicilina superiores a 0,018 mg por litro são considerados eficazes e devem ser mantidos para o tratamento em sífilis recente, por pelo menos sete a dez dias e, em sífilis tardia, por tempo mais prolongado.

A penicilina G benzatina possui eficácia nos três estágios da doença, uma única dose é capaz de eliminar o treponema e curar a sífilis primária e secundária. Sua eficácia é devido ao fato de ser liberada lentamente, pois a bactéria cresce muito lentamente, sendo essencial a presença da penicilina em concentração bactericida ao longo de semanas. A doxiciclina, utilizada para tratamento em pacientes alérgicos à penicilina deve ser administrada por tempo prolongado para propiciar a cura. A penicilina Cristalina utilizada para tratamento da neurosífilis, em altas doses, pelo fato da penicilina G benzatina possuir pouca penetração no sistema nervoso central (LEVINSON, 2010).

A penicilina G Benzatina deve ser injetada exclusivamente por via intramuscular, destacando que a via preferencial é a região ventro-glútea, sendo a mais segura para a inoculação do farmaco, pois é livre de vasos e nervos importantes e apresenta tecido subcutâneo com menor espessura quando comparado a outros músculos (COFEN, 2016).

Conforme a Portaria MS/GM nº204, de 17 de fevereiro de 2016, a sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita são doenças de notificação compulsória no Brasil, portanto, estão incluídas na lista nacional de notificação de doenças, agravos, e eventos em saúde pública nos serviços de saúde pública e privados em todo território nacional e deve ser realizada semanalmente à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação da doença (BRASIL, 2016b).

Depois de serem investigados, devem ser digitados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), todos os casos confirmados de sífilis congênita. O SINAN é mantido, essencialmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que foram inseridas na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Quando utilizado de forma efetiva, esse sistema contribui com o diagnóstico de episódios de um evento na população, indicando riscos aos quais os indivíduos estão sujeitos e consequentemente contribui para o reconhecimento da realidade epidemiológica de uma área geográfica específica (BRASIL, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, no ano de 2016, o número de casos notificados de sífilis adquiridas foram 87.593, sífilis em gestantes foram 37.436 e sífilis congênita foram 20.474 (BRASIL, 2017a). Segundo o boletim epidemiológico de sífilis de 2018, quando comparado o ano de 2017 com o ano de 2016, notou-se um crescimento de 28,5% na taxa de detecção em gestantes, 16,4% na incidência de sífilis congênita e 31,8% na incidência de sífilis adquirida. A mudança ocorrida em 2017 no critério de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, pode provavelmente ter atribuído, em parte para este aumento (BRASIL, 2018). Na nota informativa SVS/MS nº2-SEI/2017, de 19 de Setembro de 2017, o Ministério da Saúde atualiza os critérios de

interpretação de casos de sífilis Adquirida, gestacional e sífilis Congênita (BRASIL, 2017b).

O boletim epidemiológico de sífilis do ano de 2017, informa que na região Sudeste houve maior proporção dos casos notificados e na ocasião evidenciou-se elevadas taxas de sífilis em gestantes no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. Quando se trata de sífilis congênita, os três primeiros estados citados permaneceram em destaque, além do estado de Pernambuco. Em menores de 1 ano de idade, quando analisados os óbitos por sífilis congênita, o Estado do Rio de Janeiro ganha destaque, com taxa de 18,1 óbitos/ 1.000 nascidos vivos, correspondendo 23,2% do total de casos analisados em todo o país (BRASIL, 2017a).

No município de Ponte Nova/MG não houve notificação de sífilis adquirida registrada para os anos de 2008 a 2012. A notificação compulsória de sífilis adquirida em todo o território nacional foi determinada através Portaria MS/GM nº 2.472, de 31/08/2010 (BRASIL, 2010). Através da análise dos relatórios cedidos pela secretária de saúde do município de Ponte Nova, foi verificado que as notificações de sífilis adquirida iniciaram somente em 2013, mostrando um atraso dos profissionais da saúde do município em adotar essa medida tão importantes. De 2013 a 2018, foram notificados um total de 44 casos de sífilis adquirida, sendo 1 caso em 2013, 2 casos em 2014, 3 casos em 2015, 5 casos em 2016, 8 casos em 2017 e 25 casos em 2018, conforme demonstrado na tabela 1.

Ano de Notificação	Número de casos de sífilis adquirida	Número da população residente total	Incidência* de sífilis adquirida
2008	–	57.482	–
2009	–	57.657	–
2010	–	57.390	–
2011	–	57.551	–
2012	–	57.706	–
2013	1	59.614	0,16
2014	2	59.817	0,33
2015	3	60.010	0,49
2016	5	60.188	0,83
2017	8	60.361	1,32
2018	25	59.605	4,19

Tabela 1<sup>1</sup>-Número de casos notificados de sífilis adquirida, número da população total e incidência de sífilis adquirida no período de 2008 a 2018, em Ponte Nova/Mg.

\*Número de casos de sífilis adquirida por 10.000 habitantes.

Observa-se que no período de 2013 a 2018 o número de casos de sífilis adquirida demonstrou comportamento crescente no município. O ano de 2018 apresentou maior número de casos notificados de sífilis adquirida, com coeficiente de incidência 4,19/10.000

1 Fonte: IBGE, DATASUS e Secretaria de Saúde do município de Ponte Nova.



habitantes e quando comparado ao ano anterior, aumentou aproximadamente 3,2 vezes, passando de 1,32 para 4,19 casos por 10.000 habitantes (Gráfico 1). Isso demonstra a importância da prática da notificação, para conhecer a situação de sífilis na população local e assim adotar medidas de ação para reduzir e prevenir a frequência desses eventos.

O aumento no número de casos de sífilis no ano de 2018 no município de Ponte Nova pode estar relacionado ao fato dos profissionais de saúde adotarem a prática da notificação de sífilis adquirida, a oferta de testes rápidos para sífilis e pode ser também devido a falta do uso de preservativos, o que contribui para a disseminação da doença.

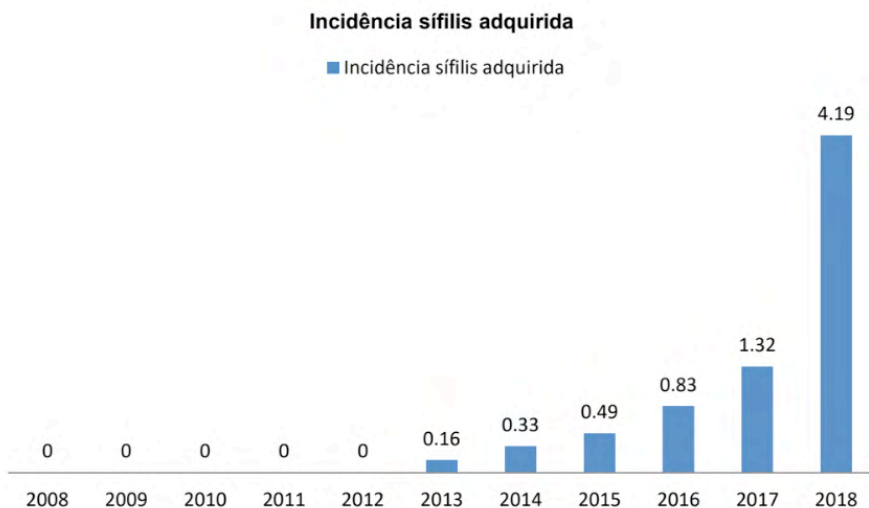


Gráfico 1- Incidência de sífilis adquirida no período de 2008 a 2018 em Ponte Nova/MG.

Fonte: Próprio autor.

O aumento no número de casos de sífilis adquirida observado neste estudo se assemelha à situação epidemiológica de sífilis adquirida no estado de Minas Gerais, que foi divulgada pelo boletim epidemiológico mineiro de 2018 (MINAS GERAIS, 2018), o qual aponta um aumento no número de casos nos últimos anos. Esse crescimento também foi observado no estado do Paraná, como demonstrado em estudo realizado por Lima et al. (2018), em Almirante Tamandaré/ PR, que apresenta dados do período de 2010 a 2018 com aumento significativo no número de casos de sífilis adquirida ao longo desses anos.

O aumento do número de casos de sífilis adquirida pode ser atribuído a diversos fatores:

- À falta de prevenção, como mostrado no estudo realizado por Carret et al. (2004), que mostra que 73,2% da população estudada não utilizaram preservativos na última relação sexual. A falta de uso do preservativo também foi relatada no estudo realizado por Moreira et al. (2018) para avaliar a prevalência de uso de

preservativos dos universitários com idade igual ou superior a 18 anos de uma universidade pública federal no município de Rio Grande/RS, onde mostra que 78,2% dos universitários que tiveram um parceiro sexual no último mês, apenas 33,2% utilizaram preservativo na última relação sexual e entre os que tiveram dois ou mais parceiros no último mês, 33,3% não utilizaram preservativo na última relação sexual.

- Ao fato da sífilis adquirida passar a ser doença de notificação compulsória em 2010, portanto a cada novo caso diagnóstico deve ser registrados e informados pelos profissionais de saúde a secretaria do município.
- Ao desabastecimento da penicilina, antibiótico de escolha para o tratamento de sífilis, ocorridos a partir 2014 no Brasil. Uma das causas da falta deste medicamento esta relacionada ao fato de um pequeno número de fabricantes globais serem os responsáveis pela sua oferta. Apenas quatro empresas no mundo fabricam o ingrediente ativo, com baixa manutenção nos níveis da produção, uma vez que o medicamento não tem patente e gera pouco lucro (GUIMARÃES, 2017).

Com relação à razão de sexo para a sífilis adquirida em Minas Gerais, ainda que exista maior número de casos na população masculina, a razão vem reduzindo ao longo dos anos. A razão do sexo, masculino/feminino no ano de 2013, era de 2,5, sendo vinte e cinco casos em homens para cada 10 mulheres e em 2017, essa razão reduziu para 1,8, apresentando 18 casos em homens para cada 10 mulheres. Quando verificado o histórico de sífilis adquirida quanto à faixa etária, em Minas Gerais, observa-se que a maior incidência está na população com idade entre 20 e 34 anos e que vem se mantendo ao longo dos anos, confirmando a necessidade de orientação e educação sexual na população sexualmente ativa e acompanhamento mais apropriado, controle e intervenção nesse público (MINAS GERAIS, 2018).

O município de Ponte Nova também vem apresentado maior frequência de casos de sífilis adquirida em homens. Conforme mostra a tabela 2, na população masculina, houve notificação de 1 caso em 2013, 2 em 2014, 2 em 2015, 5 em 2016, 5 em 2017 e 18 em 2018 e na população feminina foram notificados 1 caso em 2015, 3 em 2017 e 7 em 2018. Em 2013 e 2014 não houve notificação de casos no sexo feminino. A incidência de sífilis adquirida na população masculina foi de 0,69/10.000 habitantes, em 2015; enquanto que na população feminina a incidência foi de 0,32/10.000 habitantes. Para os anos anteriores a 2013 não há registros de casos no SINAN, por não haver ainda a prática da notificação compulsória no município. Não foi realizado o cálculo da incidência segundo sexo, para os anos de 2016 a 2018 por falta de informações do número da população residente, segundo sexo.

Ano	Nº de casos masculino	População masculina	Incidência* população masculina	Nº de casos feminino	População feminina	Incidência* População feminina
2008	–	27.475	–	–	30.007	–
2009	–	27.554	–	–	30.103	–
2010	–	27.495	–	–	29.895	–
2011	–	27.568	–	–	29.983	–
2012	–	27.647	–	–	30.059	–
2013	1	28.875	0,34	–	30.739	–
2014	2	28.972	0,69	–	30.845	–
2015	2	29.049	0,69	1	30.961	0,32
2016	5	–	–	–	–	–
2017	5	–	–	3	–	–
2018	18	–	–	7	–	–

\*Número de casos de sífilis adquirida por 10.000 habitantes segundo sexo masculino e feminino.

A maior frequência do número de casos de sífilis adquirida na população masculina encontrada neste trabalho, foi semelhante ao encontrado em estudo realizado por Lima e colaboradores (2018) em Almirante Tamandaré/PR, no período de 2010 a 2018. O estudo de Peder et al. (2019) realizado no município de Cascavel, Paraná nos anos de 2012 a 2017 também relata que a população mais atingida com a doença é do sexo masculino. Este estudo demonstrou, ainda, que a maior parte dos indivíduos avaliados não faziam o uso do preservativo durante o ato sexual e que possiam mais de um parceiro, contribuindo assim para a disseminação dessa infecção.

Quando analisado o número de casos notificados de sífilis adquirida segundo a faixa etária no período, em Ponte Nova/MG, o maior número de casos ocorreu na faixa etária de 20-29 anos, sendo notificados 2 casos em 2015, 4 em 2016, 4 em 2017 e 11 em 2018 (Tabela 3). Os cálculos de incidência por faixa etária foram efetuados apenas para o período de 2013 a 2015, para o qual foram obtidos dados do número de habitantes do município, segundo faixa etária. Para o período de 2016 a 2018, esses dados não foram obtidos, inviabilizando o cálculo da incidência. Assim, para a população de 40-49 anos, o coeficiente de incidência de sífilis adquirida foi de 1,22/10.000 habitantes em 2013, 2,44/10.000 habitantes em 2014 e 1,22/10.000 habitantes, em 2015. Para a faixa etária de 20-29 anos, o coeficiente de incidência foi de 2,20/10.000 habitantes, em 2015.

Faixa Etária	Anos										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
20-29	–	–	–	–	–	–	–	2	4	4	11
30-39	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	7
40-49	–	–	–	–	–	1	2	1	–	1	6
50-59	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	1

Tabela 3<sup>2</sup>-Número de casos notificados/ano de sífilis adquirida segundo faixa etária em Ponte Nova/MG.

Com relação à faixa etária, os resultados se assemelham aos dados divulgados no boletim epidemiológico do estado de Minas Gerais e aos resultados apresentados no estudo realizado em Macaé/RJ, por Souza, Rodrigues e Gomes(2018), em que se observou maior número de casos registrados para a faixa etária de 20 a 29 anos. Apesar de ser observado maior número de casos de sífilis em indivíduos de 20-29 anos, Ponte Nova registra a ocorrência crescente desta doença também em indivíduos mais velhos, evidenciando a necessidade de campanhas educativas direcionadas a todas essas faixas etárias.

A tabela 4 apresenta a frequência de casos notificados de sífilis em gestantes, com um total de 6 casos no período de 2008 a 2018, sendo 1 caso em 2008, 2 casos em 2015, 1 caso em 2016, 1 caso em 2017 e 1 caso em 2018. Nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, e 2014 não houve notificação de casos de sífilis em gestantes, o que pode estar relacionado à subnotificação. Os casos ocorreram em gestantes com idade entre 16 a 33 anos, não havendo uma faixa etária com maior concentração dos casos. A incidência de sífilis nesta população foi maior no ano de 2015, sendo de 2,87 casos por 1.000 nascidos vivos, tendo um decréscimo nos anos seguintes (2016 a 2018).

Ano de Notificação	Número de casos de sífilis em gestantes	Número de nascidos vivos	Incidência de sífilis em gestantes
2008	1	755	1,32
2009	–	695	–
2010	–	670	–
2011	–	628	–
2012	–	706	–
2013	–	652	–
2014	–	692	–
2015	2	695	2,87
2016	1	712	1,40
2017	1	741	1,34

2 Fonte: Secretaria de Saúde do município de Ponte Nova/MG.

<b>2018</b>	<b>1</b>	<b>662</b>	<b>1,51</b>
-------------	----------	------------	-------------

Tabela 4<sup>3</sup>-Número de casos notificados de sífilis em gestantes, número de nascidos vivos e incidência de sífilis em gestantes no período de 2008 a 2018, em Ponte Nova/MG.

\*Número de casos de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos.

De um modo geral, observa-se que em Ponte Nova houve poucos casos de sífilis na gestação, em relação ao observado em estudo realizado em 2017 por Oliveira et al, que apresenta um aumento significativo no número de casos notificados no período de 2013 a 2016 nos municípios de Betim, Vespasiano e também em Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais. Além disso, o boletim epidemiológico mineiro de 2018 mostra que houve aumento de casos de sífilis em gestantes nos últimos cinco anos no estado de Minas Gerais (BRASIL, 2018). Considerando a reemergência da sífilis observada nos últimos anos no país, este decréscimo no coeficiente de incidência da sífilis gestacional em Ponte Nova pode ser reflexo de ações positivas, em nível primário da atenção à saúde, como boa cobertura da população com serviços, promoção à saúde e de diagnóstico e tratamento de casos e contatos, havendo, também, a possibilidade de subnotificação de casos.

O boletim epidemiológico de sífilis de Minas Gerais de 2018 relata que em municípios com população numerosa, a identificação de casos notificados tem sido baixa, mostrando possível subnotificação e alerta sobre a necessidade de fortalecer as ações para diagnóstico precoce e que, para garantir a evolução das estratégias direcionadas à recuperação do atual cenário, tem que ter a qualificação do SINAN (MINAS GERAIS, 2018).

Em relação à sífilis congênita, o número de casos notificados em Ponte Nova/MG, no período de 2008 a 2018, encontra-se representado na tabela 5. Ocorreu 1 caso em 2008, 2 em 2015, 3 em 2016, 2 em 2017 e 1 em 2018. O ano de 2016 registra o maior número de casos do período analisado, sendo o coeficiente de incidência de sífilis congênita neste ano de 4,21/1.000 nascidos vivos.

Ano de Notificação	Número de sífilis Congênita	Número de Nascidos Vivos	Incidência de sífilis congênita*
<b>2008</b>	1	755	1,32
<b>2009</b>	–	695	–
<b>2010</b>	–	670	–
<b>2011</b>	–	628	–
<b>2012</b>	–	706	–
<b>2013</b>	–	652	–
<b>2014</b>	–	692	–
<b>2015</b>	2	695	2,87
<b>2016</b>	3	712	4,21

3 Fonte: IBGE, DATASUS e Secretaria de Saúde do município de Ponte Nova/MG.

<b>2017</b>	2	741	2,69
<b>2018</b>	1	662	1,51

Tabela 5<sup>4</sup>-Número de casos notificados de sífilis congênita, número de nascidos vivos e incidência de sífilis congênita no período de 2008 a 2018, em Ponte Nova/MG.

\*Número de casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos.

O gráfico 2 traz um comparativo entre a incidência de sífilis nas gestantes e incidência de sífilis congênita. Nos anos de 2008, 2015 e 2018 verifica-se o mesmo coeficiente de incidência para sífilis gestacional e sífilis congênita, com valores de 1,32, 2,87 e 1,51 casos por 1.000 nascidos vivos, respectivamente. Já nos anos de 2016 e 2017, há uma grande diferença nos coeficientes de incidência, sendo, em 2016, a incidência de sífilis em neonatos de 4,21/1.000 nascidos vivos e em gestantes de 1,4/1.000 nascidos vivos e em 2017, a incidência em neonatos foi de 2,69/1.000 nascidos vivos e a incidência em gestantes de 1,34/1.000 nascidos vivos. Tais discrepâncias podem ser devidas à possível subnotificação em casos de gestantes nos anos de 2016 e 2017 ou à notificação de casos de sífilis em gestantes como sífilis adquirida, considerando que as mudanças no critério de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita só ocorreram em 19 de setembro de 2017, através da nota informativa n°2-SEI/2017 (BRASIL, 2017b).

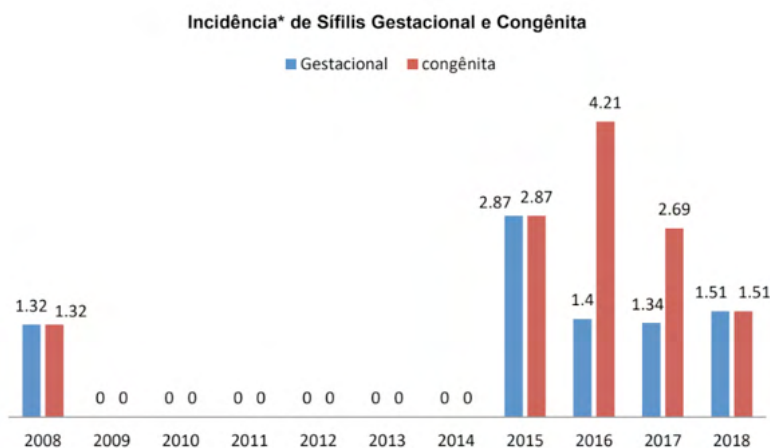


Gráfico 2-Incidência de sífilis gestacional e congênita no período de 2008 a 2018, em Ponte Nova/MG.

Fonte: próprio autor.

A incidência de sífilis congênita em Ponte Nova/MG apresentou decréscimo a partir de 2016. Da mesma forma que no caso da incidência de sífilis gestacional, esse pode estar relacionado ao controle adequado da doença no município ou à subnotificação de casos.

4 Fonte: IBGE, DATASUS e Secretaria do município de Ponte Nova/MG.

Entretanto, em estudo nacional de base hospitalar realizado por Domingues (2016), os resultados encontrados evidenciaram que está deficiente o controle da sífilis gestacional no país, com aumento na incidência de sífilis congênita, com elevada taxa de transmissão vertical e casos de desfechos negativos. Das mulheres incluídas em seu estudo, 90% receberam assistência pré-natal, revelando baixa eficácia do serviço recebido para a identificação e tratamento das gestantes com sífilis.

### 3 | CONCLUSÃO

Ao realizar esse estudo conclui-se que a sífilis é uma doença prevenível, pois tem seu agente etiológico definido, modo de transmissão e diagnóstico conhecidos, além de tratamento terapêutico eficaz. Se não for diagnosticada ou realizado o tratamento adequadamente, pode ocasionar sérios danos à saúde do paciente, principalmente quando se trata de sífilis em neonatos. Diante do aumento constante da incidência de sífilis no município e no país é necessário ações para modificar essa situação epidemiológica.

Os resultados encontrados para o município de Ponte Nova são importantes para se analisar a situação epidemiológica do município com relação à frequência e distribuição da doença, pois descrevem de forma detalhada o número de casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita, além de estabelecer a incidência da mesma, sendo assim, contribuem para os profissionais de saúde conhecerem a evolução da doença ao longo do tempo, estabelecerem grupos de maior risco e sinalizarem para um adequado planejamento de suas ações, como por exemplo, campanhas educativas com palestras de sensibilização, realização de testes rápidos e distribuição de material educativo e preservativos.

Dessa forma, a relevância desta pesquisa está em contribuir para a elaboração de informações que incrementem o desenvolvimento de ações dos profissionais de saúde no âmbito dos programas de controle de DST, de acordo com a perspectiva de evolução das diretrizes e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo assim com a qualidade de vida da população.

### REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v.81, n.2, p.111-126, mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962006000200002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962006000200002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Informações de Saúde-TABNET**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, v.48, n.36, 2017a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>>. Acesso em: 09 Jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico** Sífilis. Brasília, v.49, n.45, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>. Acesso em: 09 Jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle Das Doença Sexualmente Transmissíveis**. 4. ed. n° 68. Brasília, 2006. 140 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_controle\\_das\\_dst.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf)>. Acesso em: 05 Jun.2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecção Sexualmente Transmissíveis**. Brasília; 2015a. 120 p. Disponível em: <file:///C:/Users/lata/Downloads/miolo\_pcdt\_ist\_22\_06\_2016\_graf\_pdf\_11960%20(1).pdf>. Acesso em: 26 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2019. 248p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>>. Acesso em: 03 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de hiv, sífilis e hepatites virais**. Brasília, 2015b. Disponível em: <file:///C:/Users/lata/Downloads/pcdt\_transmissao\_vertical\_miolo\_pdf\_67895%20(2).pdf>. Acesso em: 15 maio. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informações de Agravos de Notificação**. Brasília, 68p, Ed.2, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0098\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf)>. Acesso em: 05 Jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Nota Informativa n° 02-SEI, de 17 de Outubro de 2017b. **Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, DF, 19 Set. 2017b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsmms>>. Acesso em: 01 Ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Nota Informativa n° 68/2016. **Orienta sobre o tratamento de sífilis congênita e neurosífilis em recém-nascidos somente na indisponibilidade de penicilina G cristalina ou potássica**. Secretaria de Vigilância em saúde, Brasília, DF, 19 Agos. 2016a. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/legislacao/notas-informativas?search\\_api\\_views\\_fulltext=sifilis&field\\_agravo\\_legislacao=All](http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/legislacao/notas-informativas?search_api_views_fulltext=sifilis&field_agravo_legislacao=All)>. Acesso em: 30 Jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n°204, de 17 de fevereiro de 2016 . **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 Fev. 2016b. Seção 1, p.24. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/109217972/dou-secao-1-18-02-2016-pg-23>>. Acesso em: 30 Jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.472 de 31 de agosto de 2010. **Define as termologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 set. 2010. Seção 1, p. 50-51. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/>>



prt2472\_31\_08\_2010.html". Acesso em: 04 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3,161, de 27 de dezembro de 2011. **Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica** à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 249, 28 dez. 2011. Seção 1, p.54. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-3161-de-27-de-dezembro-de-2011>>. Acesso em: 30 Jul. 2019.

CAVALCANTE, P. A. M. de.; PEREIRA, R. B. L. de.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epid. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 255-264, Jun. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222017000200255&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222017000200255&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 set. 2019.

CARRET, M.L.V, et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev. Saúd. Públ.** São Paulo, v. 38, n.1, p.76-84, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100011)>. Acesso em: 29 agos. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer nº 09/2016/CTAS/COFEN, de 6 de maio de 2016.** Solicitação de parecer sobre a administração de medicamentos por via IM em pacientes que usam prótese de silicone. Brasília, 2016. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/parecer-no-092016ctascofen\\_42147.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-no-092016ctascofen_42147.html)>. Acesso em: 08 Jun.2019.

CONASS. Conselhos Nacional de Secretarios de Saúde. **Nota Técnica de Sífilis Congênita: Indicadores Epidemiológicos.** Disponível em: <[https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas\\_tecnicas/NT17-SIFILIS-20Indicadores-epidemiologicos.pdf](https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT17-SIFILIS-20Indicadores-epidemiologicos.pdf)>. Acesso em: 01 Maio.2019.

DOMINGUES, R. M. S. M ; LEAL, M. C. do. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, jun. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000605002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000605002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 set. 2019.

GUIMARÃES, K. Falta de penicilina afeta pacientes no mundo. **Folha de S. Paulo**, São Paulo. 08 set. 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/05/1881791-falta-de-penicilina-afeta-pacientes-no-mundo.shtml>>. Acesso em: 03 jun.2018.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Estatísticas: estimativa da população.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em: 04 set. 2019.

KONEMAN, et al. **Diagnóstico microbiológico: texto e atlas colorido.** Tradução: TOROS. E. F, et al. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LEVINSON, W. **Microbiologia médica e imonolgia.** Tradução: KYAW, M. M. M. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LIMA, B. C. F. de, et al. Incidência de sífilis no município de Almirante Tamandaré, nos anos de 2010-2018. **Rev. Uni**, v.19, n.3, p. 133-138, 2018. Disponível em: <<https://www.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/view/1221>>. Acesso em: 03 set. 2019.

MINAS GERAIS, Secretaria do Estado de Minas Gerais. **Boletim Epidemiológico Mineiro- Sífilis. Análise Epidemiológica de Sífilis Panorama do ano de 2016.** Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<https://ammg.org.br/wp-content/uploads/BEM-S%C3%8DFILIS-PDF.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2019.

MOREIRA, L.R.; DUMITH. S. C.; PALUDO. S. S. dos. Uso de preservativos na última relação sexual entre os universitários: quantos usam e quem são?. **Rev. Ciên. e Saúd. Col.** Rio de Janeiro, V. 23, n. 4, p. 1.255-1266, 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000401255&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000401255&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 set. 2019.

MORESI, E. Metodologia da pesquisa. **Universidade Católica de Brasília**. Programa de pós-graduação stricto sensu em gestão do conhecimento e tecnologia da informação. Brasília, DF, Mar. 2003. Disponível em: < <http://www.inf.ufes.br/~pdcosta/ensino/2010-2-metodologia-de-pesquisa/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2019.

OLIVEIRA, D. M. B. de et al. **Comparação do perfil epidemiológico da sífilis gestacional no município de Vespasiano com os municípios de Belo Horizonte e Betim no período de 2013 a 2016**. Trabalhos de Conclusão de Curso (Bacharel em Medicina)-Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, 2017. Disponível em:<[http://sistemaaula.faseh.edu.br/cadernos\\_tecnicos/index.php/medicina/article/.../135/196](http://sistemaaula.faseh.edu.br/cadernos_tecnicos/index.php/medicina/article/.../135/196)>. Acesso em: 22 Jul. 2019.

OLIVEIRA, L. P. N. **Sífilis Adquirida e Congênita**. 2011. 51 f. Monografia (Título de Especialista em Análises Clínicas) - Universidade Castelo Branco, Salvador, 2011. Disponível em: <<http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/AC/OLIVEIRA-laila-petrusca-novaes.pdf>>. Acesso em: 16 maio. 2018.

PASSOS, M. R. L.; NAHN JUNIOR, E. P. Sífilis. In: TAVARES, W. ; MARINHO, L.A.C. **Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 990-1001.

PEDER, L.D. de, et al. Aspectos epidemiológicos da sífilis no sul do Brasil: cinco anos de experiência. **Rev. EVS- Rev. de Ciên. Amb. e Saúd**, Goiânia, v. 46, jin. 2019.

SANTANA, L.R. et al. Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis. Avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. **Rev. Bras. de Anál. Clín**, vol.38, n.2, p: 71-73, 2006.

SILVA, Z. F. da, et al. Pacientes portadores de sífilis atendidos em uma unidade terciária em Fortaleza: perfil sociodemográfico. **Rev. Bras. de Anál. Clín**, v.51, n.1, Fortaleza, 2019.

SOUZA, B. S. O. de.; RODRIGUES. R. M.; GOMES. R. M. L. de. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. **Rev. da Soc. Bras. de Clín. Méd.** V. 16, n.2, p. 94-98, abr-jun. 2018.

SUMIKAWAAL, S.E et al. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 1º ed, 2010. 100 p. (Série TELELAB). Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis\\_estrategia\\_diagnostico\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2019.

TORTORA. G. J; FUNKE. B. R; CASE. C. L. **Microbiologia**. 8. Ed. Porto Alegre: Artmed, 894p, 2005.

TRABULSI. L.R; ALTERTHUM. F. **Microbiologia**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 760p, 2008.

VALDERRAMA, J. ;ZACARÍAS, F.; MAZIN, R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. **Rev. Pan. Salud. Pública**. v.16,n.3,p.211217, set.2014.

# CAPÍTULO 17

## QUALIDADE DE ÁGUAS DE POÇOS ARTESIANOS DA CIDADE DE PEABIRU, PARANÁ, BRASIL: UM MUNICÍPIO SEM TRATAMENTO DE ESGOTO

Data de aceite: 01/11/2021

### **Yuri Souza Vicente**

Acadêmico. Curso de Engenharia de Alimentos  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
(UTFPR). Campus de Campo Mourão  
Campo Mourão, Paraná, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/2113805050302053>

### **Paulo Agenor Alves Bueno**

Docente. Departamento Acadêmico de  
Biodiversidade e Conservação da Natureza  
(DABIC) Universidade Tecnológica Federal do  
Paraná (UTFPR). Campus de Campo Mourão  
Campo Mourão, Paraná, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/1838875919713622>

### **Regiane da Silva Gonzalez**

Docente. Departamento de Química (DAQUI)  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
(UTFPR). Campus Campo Mourão  
Campo Mourão, Paraná, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/7581675568754949>

### **Nelson Consolin Filho**

Docente. Departamento de Química (DAQUI)  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
(UTFPR). Campus Campo Mourão  
Campo Mourão, Paraná, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/5820606948533146>

### **Lidiane de Lima Feitoza**

Docente. Departamento de Ciências  
Biológicas. Centro de Ciências Naturais (CCN)  
Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus  
Ministro Petrônio Portella (CMPP)  
Teresina, Piauí, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/5456816132715008>

### **Márcia Maria Mendes Marques**

Docente. Curso de Ciências Biológicas  
Universidade Federal do Piauí (UFPI). Campus  
Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB)  
Picos, Piauí, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/1673578415957204>

### **Débora Cristina de Souza**

Docente. Departamento Acadêmico de  
Biodiversidade e Conservação da Natureza  
(DABIC) Universidade Tecnológica Federal do  
Paraná (UTFPR). Campus de Campo Mourão  
Campo Mourão, Paraná, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/9682347849778341>

### **Flávia Vieira da Silva Medeiros**

Docente. Departamento Acadêmico de  
Ambiental (DAAMB). Programa de Pós-  
Graduação em Inovações Tecnológicas  
(PPGIT). Universidade Tecnológica Federal do  
Paraná (UTFPR). Campus de Campo Mourão  
Campo Mourão, Paraná, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/8298141172237555>

### **Ana Paula Peron**

Docente. Departamento Acadêmico de  
Biodiversidade e Conservação da Natureza  
(DABIC). Programa de Pós-Graduação em  
Inovações Tecnológicas (PPGIT). Universidade  
Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR)  
Campus de Campo Mourão  
Programa de Pós-graduação em Engenharia  
Ambiental (PPGEA). Universidade Tecnológica  
Federal do Paraná (UTFPR). Campus de  
Francisco Beltrão  
Campo Mourão, Paraná, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/3605560420792065>

**RESUMO:** Neste trabalho foi avaliada a qualidade da água de seis poços artesianos da cidade de Peabiru, Paraná, Brasil, por meio de resultados de análises físico-químicas e microbiológicas disponibilizados pelo Sistema Autônomo de Água e Esgoto do município. Levou-se em consideração parâmetros físico-químicos presentes nos laudos com valores maiores que o Limite de Quantificação (LQ), e se construiu gráficos para avaliar a relação entre si, seja por poço ou entre poços. Em caso positivo de correlação realizou-se o teste de Correlação de Pearson. Posteriormente foi realizado o teste de Análise de Componentes Principais (ou PCA) com todos os dados coletados para verificar a correlação entre si. Também se avaliou a distância das fossas residenciais existentes em um raio de 100 metros de cada poço. Os parâmetros físico-químicos considerados apresentaram-se nos padrões estabelecidos pela legislação brasileira. No entanto, foi observada contaminação por Coliformes Totais e *Escherichia coli* em 52,38% e 11,90% das amostras analisadas. Com base no teste de Correlação de Pearson, encontrou-se relação entre os parâmetros Sólidos Totais Dissolvidos (STD) e somatório de três dias de chuva, bem como entre STD e dureza total, nitrato e cloreto, e entre Coliformes Totais, o somatório de três dias de chuva e sódio e sulfato. No teste de PCA foi encontrado 97,35% de variabilidade. Nenhum poço teve uma fossa com distância menor que 30 metros. Concluiu-se que a qualidade da água dos poços tubulares profundos de Peabiru é boa em relação as análises físico-químicas, mas não em relação as análises microbiológicas.

**PALAVRAS-CHAVES:** Município paranaense, água subterrânea, contaminação, fossas negras.

### WATER QUALITY FROM ARTESIAN WELLS IN THE CITY OF PEABIRU, PARANÁ, BRAZIL: A MUNICIPALITY WITHOUT SEWAGE TREATMENT

**ABSTRACT:** In this work, the water quality of six artesian wells in the city of Peabiru, Paraná, Brazil was evaluated through the results of physical-chemical and microbiological analyzes provided by the Autonomous Water and Sewage System of the municipality. Physical-chemical parameters present in the reports with values greater than the Limit of Quantification (LQ) were taken into account, and graphs were constructed to assess the relationship between them, either per well or between wells. In case of positive correlation, the Pearson correlation test was performed. Subsequently, the Principal Component Analysis (or PCA) test was performed with all data collected to verify the correlation between them. The distance of existing residential pits within a radius of 100 meters from each well was also evaluated. All physicochemical parameters considered were within the standards established by Brazilian legislation. However, contamination by Total Coliforms and *Escherichia coli* was observed in 52.38% and 11.90% of the analyzed samples. Based on the Pearson Correlation test, a relationship was found between the parameters Total Dissolved Solids (STD) and the sum of three days of rain, as well as between STD and total hardness, nitrate and chloride, and between Total Coliforms, the sum of three days of rain and sodium and sulfate. In the PCA test, 97.35% variability was found. No well had a pit less than 30 meters apart. It was concluded that the water quality of the Peabiru deep tubular wells is good in relation to physicochemical analyses, but not in relation to microbiological analyses.

**KEYWORDS:** Municipality of Paraná, underground water, contamination, black pits.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os aquíferos são responsáveis por armazenar a maior parcela de água doce disponível aos seres vivos. A água subterrânea pode ser encontrada em rios e lagos, ocorrendo abaixo da superfície, e exige que o uso pela população humana seja feito com extrema cautela para não serem degradadas e extintas. A utilização de águas de localização profunda para abastecimentos públicos se dá por meio da perfuração de poços artesianos, porém, alguns fatores, como contaminação por escoamento de águas superficiais e lixiviação do solo, podem afetar a sua qualidade (SOUSA, 2019).

Para usufruir dessas águas, devem ser seguidas as normas técnicas específicas para perfuração de poços e utilizar tecnologias que garantam sua qualidade (PALUDO, 2010). Para que não ocorra contaminação das águas subterrâneas, os poços devem ser construídos em níveis acima do terreno e com distanciamento maior que 30 metros de fossas sépticas e/ou negras (DEPARTAMENTO DE ÁGUAS E ENERGIA ELÉTRICA, 2017). Além disso, para que a qualidade seja própria para o consumo humano, as características físico-químicas e microbiológicas das águas subterrâneas devem estar em conformidade com a Classe 4 da Resolução nº 396, de 03 de abril de 2008 do Conselho Nacional do Meio Ambiente e de acordo com a Portaria de Consolidação nº 5 do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL 2017).

Locais sem saneamento básico, como pequenas cidades do Estado do Paraná, Brasil, utilizam fossas negras para armazenar o esgoto. Tais fossas são construídas a partir da escavação do terreno sem padrão definido para o seu tamanho no solo. O esgoto armazenado em fossas podem infiltrar no solo e contaminar as águas como aquelas presentes em poços artesianos (FARAH; GASPAR, 2018).

A cidade de Peabiru localiza-se no sudoeste do Estado do Paraná, e tem área de 468.594 km. Sua população censitária é de 13.996 habitantes, com densidade demográfica de 29,07 habitantes/km<sup>2</sup> (IBGE, 2019). Segundo Alves (2020), o Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) dessa cidade não recebe esgoto sanitário e doméstico, sendo o tratamento realizado de forma rudimentar pelo usuário, através de fossas negras presentes no terreno.

Essas fossas recebem os dejetos residenciais sem qualquer tipo de tratamento prévio. Há sete poços artesianos no município que fazem o abastecimento de água a população. Esses poços possuem entre 120 a 150 metros de profundidade, e foram perfurados entre os anos de 1978 e 1992. O município possui aproximadamente 10.000 fossas negras, muitas das quais foram construídas há mais de 30 anos.

Com base no contexto abordado, este trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade da água dos poços artesianos de Peabiru, Paraná, Brasil, com base em parâmetros físicos, químicos e microbiológicos, por meio de laudos disponibilizados pelo Sistema Autônomo de Água e Esgoto (SAAE).

## 2 | METODOLOGIA

### 2.1 Área de estudo

A cidade de Peabiru, localizada na região Centro Ocidental Paranaense, possui 468.594 km de área. Sua população censitária de 2019 é de 13.996 habitantes, com densidade demográfica de 29,07 habitantes/km<sup>2</sup> (IBGE, 2019). Esse município faz parte do Aquífero Serra Geral Norte, na Bacia Hidrográfica do Rio Ivaí. Em seguida mostra-se a localização de Peabiru no Estado do Paraná (Figura 1).

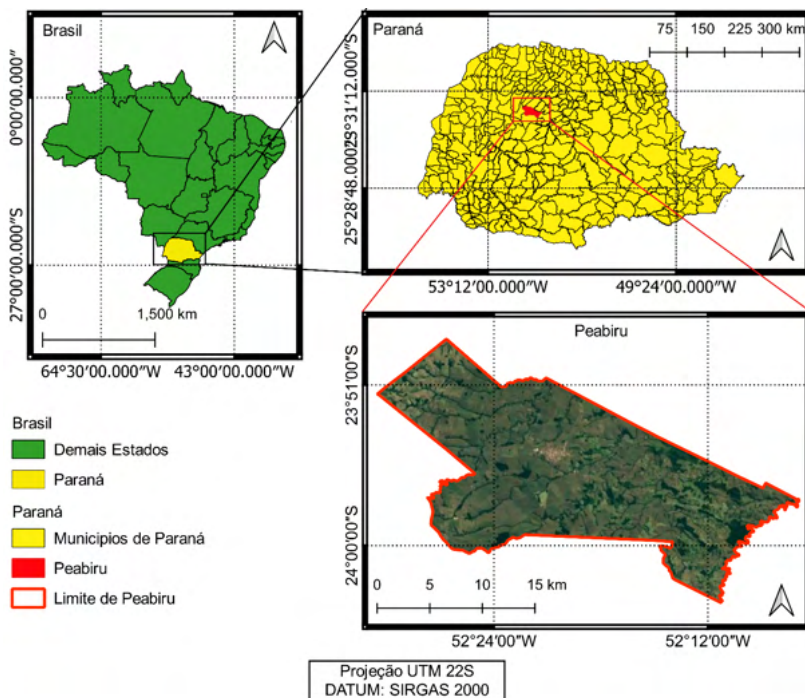


Figura 1 - Mapa de localização do município de Peabiru, Estado do Paraná, Brasil.

Fonte: Autoria própria (2021).

### 2.2 Coleta e análise de dados

Para a realização deste trabalho foram utilizados relatórios de análises de parâmetros físico-químicos e microbiológicos disponibilizados pela SAAE de amostras de águas dos seis poços artesianos responsáveis por abastecer Peabiru. Somente seis poços artesianos fazem o abastecimento de água dessa cidade.

Os relatórios das análises físico-químicas, geralmente, são confeccionados semestralmente e os de análises microbiológicas são feitos mensalmente. Os relatórios utilizados para confecção desse estudo caracterizaram o período entre o segundo semestre

do ano de 2017 e segundo semestre de 2020.

As análises de água de Peabiru são realizadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saneamento do Paraná (CISPAR) localizada na cidade de Maringá, Paraná, Brasil. As amostras são coletadas de torneiras por funcionários da SAAE e acondicionadas em frascos estéreis disponibilizados pela CISPAR. Coleta-se sempre 10 amostras de água para cada poço artesiano.

Com base nos relatórios, para esta pesquisa foram enfatizados os seguintes parâmetros físico-químicos: Sólidos Totais Dissolvidos (STD), cloreto, sódio, sulfato, nitrato e dureza total. Na análise microbiológica considerou-se a presença ou ausência de Coliformes Totais, *Escherichia coli* e bactérias heterotróficas. Considerou-se nesse estudo apenas os dados microbiológicos de um mês de cada semestre. Quando não foi possível encontrar os dados disponíveis do mesmo mês em cada semestre, considerou-se o mês seguinte.

A partir dos dados coletados, foi verificado a conformidade deles com o Portaria de Consolidação nº 5 do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017, e com a Classe 4 da Resolução nº 396, de 03 de abril de 2008 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA).

Os dados foram computados no *software Microsoft Office Excel*® 2019 e em seguida construiu-se gráficos para análise dos parâmetros e suas relações. Na presença de alguma relação entre os parâmetros foi realizado o teste de Correlação Linear de Pearson por meio do *software BioEstat*® para comprovar correlações. O Coeficiente de Pearson ( $r$ ) varia de -1 a +1 indicando a intensidade das correlações entre as variáveis.

Foram gerados gráficos com todos os parâmetros dos poços para repetir o procedimento citado anteriormente. Ainda assim, realizou-se o teste de Análises de Componentes Principais, ou PCA, no *software Past*®. O objetivo das técnicas de ordenação foi reduzir a dimensionalidade dos dados, facilitando a interpretação dos resultados quando estão envolvidas muitas variáveis.

Calculou-se o número de casas em um raio de 100 metros de cada poço. Isto foi feito para verificar a proximidade entre as fossas caseiras e os poços e analisar sua conformidade com a NBR 7229. Os nomes e localização destes poços estão no Quadro 1.

Poços	Latitude	Longitude
Campo/Estádio	23°55'9.37"S	52°20'11.03"O
Chácara	23°54'19.60"S	52°21'31.26"O
Idimão Simão	23°55'3.04"S	52°21'10.57"O
Parque Industrial	23°54'34.50"S	52°20'7.90"O

Raposo Tavares	23°55'21.01"S	52°20'59.17"O
Sede SAAE	23°54'56.51"S	52°20'53.60"O

Quadro 1 - Nome e localização dos poços tubulares profundos utilizados para captação de água pelo Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) de Peabiru, Paraná.

Fonte: Autoria própria (2021).

### 3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 2 é possível verificar a proximidade entre as fossas e os poços artesianos de Peabiru em um raio de 100 metros. Verificou-se que não há fossas próximas dentro deste raio nos poços Raposo Tavares e Chácara, somente para os poços Campo Estádio, Idimão Simão, Parque Industrial e Sede SAAE.

Poço	Distância mínima (m)	Distância máxima (m)
Campo/Estádio	71.3	94.3
Idimão Simão	51	100
Parque Industrial	30.4	91.7
Sede SAAE	32.5	100

Quadro 2 - Distância mínima e máxima das casas de cada poço dentro de um raio de 100 metros.

Fonte: Autoria própria (2021).

De acordo com a Tabela 2, os parâmetros físico-químicos deste estudo estão de acordo com a Portaria de Consolidação nº 5 do Ministério da Saúde de 2017, possuindo valores bem abaixo quando comparados com o Valor Máximo Permitido (VMP) (Tabela 2)

	Menor	Maior	Média	VMP
<b>Sólidos Totais Dissolvidos</b>	45	120	77	1000
<b>Nitrato</b>	0.374	4.096	1.844	10
<b>Cloreto</b>	0.068	2.842	0.799	250
<b>Sódio</b>	2.1	9.2	3.669	200
<b>Sulfato</b>	0.215	6.63	2.633	250
<b>Dureza Total</b>	20.4	44.38	34.010	500

Tabela 2 - Parâmetros, valores menor e maior amostrados e o Valor Máximo Permitido (VMP) pela legislação referente ao segundo semestre do ano de 2017 e segundo semestre de 2020.

Fonte: Autoria própria (2021).

Quanto às análises microbiológicas, a presença de Coliformes Totais e *Escherichia coli* foram detectadas várias vezes ao longo dos anos e poços (Quadro 3), sendo que de



42 amostras coletadas, em 22 (52,38%) foram registradas a presença de Coliformes Totais, porém, apenas 5 amostras (11,90%) demonstraram a presença de *E. coli*.

O poço que mais apresentou Coliformes Totais no período analisado considerado foi o Raposo Tavares, observando-se a presença desses organismos em seis vezes das sete vezes em que foi analisado. No poço Campo/Estádio observou-se duas vezes a presença de *E. coli*. Os poços Chácara e Idimão Simão apresentaram, ambos, quatro contaminações no período por Coliformes Totais, por outro lado, ambos não apresentaram contaminações por *E. coli*.

O melhor poço em relação a menos contaminações por Coliformes Totais é o poço Parque Industrial, encontrando-se contaminado apenas duas vezes. Em relação a *E. coli*, os melhores poços são Idimão Simão e Chácara, não sendo encontradas contaminações nos períodos analisados.

Ano	Mês	Poço	Coliformes Totais (CF)	<i>Escherichia coli</i>
2017	Novembro	Idimão Simão	Presente	Ausente
2017	Novembro	Raposo Tavares	Presente	Ausente
2017	Novembro	Sede SAAE	Presente	Presente
2017	Novembro	Chácara	Presente	Ausente
2017	Novembro	Campo/Estádio	Presente	Presente
2017	Novembro	Parque Industrial	Presente	Ausente
2018	Abril	Idimão Simão	Presente	Ausente
2018	Abril	Raposo Tavares	Presente	Ausente
2018	Novembro	Raposo Tavares	Presente	Ausente
2018	Abril	Sede SAAE	Presente	Ausente
2018	Novembro	Chácara	Presente	Ausente
2019	Abril	Idimão Simão	Presente	Ausente
2019	Abril	Raposo Tavares	Presente	Ausente
2019	Abril	Chácara	Presente	Ausente
2019	Abril	Campo/Estádio	Ausente	Presente
2019	Abril	Parque Industrial	Ausente	Presente
2019	Novembro	Parque Industrial	Presente	Ausente
2020	Abril	Idimão Simão	Presente	Ausente
2020	Abril	Raposo Tavares	Presente	Ausente
2020	Novembro	Raposo Tavares	Presente	Presente
2020	Abril	Sede SAAE	Presente	Ausente
2020	Abril	Chácara	Presente	Ausente
2020	Abril	Campo/Estádio	Presente	Ausente
2020	Novembro	Campo/Estádio	Presente	Ausente

Quadro 4 - Presença de Coliformes Totais e *Escherichia coli*.

Fonte: Autoria própria (2021).

Os Coliformes Totais são uma categoria de bactérias que possuem a particularidade de fermentar lactose com produção de ácidos, aldeídos e gás a 35°C de 24 a 48 horas. Esta categoria é composta pelos gêneros *Klebsiella*, *Escherichia*, *Enterobacter* e *Citrobacter* (SANTOS; SILVA; REZENDE, 2014).

É muito importante conhecer a ocorrência de Coliformes Totais, pois sua presença é um indício de que a água estão contaminada por matéria orgânica oriunda de alguma fonte de origem urbana ou agrícola (SILVA et al., 2014). Além disso, os coliformes totais possuem um subgrupo denominados coliformes termotolerantes, que são bactérias que fermentam a lactose a 44°C ( $\pm 0,2$ ) em 24 horas e a principal espécie deste subgrupo é a *Escherichia coli*, com origem fecal (SANTOS; SILVA; REZENDE, 2014).

A *E. coli* pode ser classificada como enteropatogênica, enterotoxigênica, enterohemorrágica, enteroinvasiva, enteroagregativa ou uropatogênica. Cada uma destas afeta uma ou várias partes do corpo humano, como colonização do intestino delgado causando diarreia, podem afetar o intestino grosso e algumas podem colonizar ambos os intestinos. Além disso, outras entram no trato urinário atingindo a bexiga causando cistite e se não for curada, pode atingir os rins e causar pielonefrite. Também podem causar septicemia, atingir o sistema nervoso e causar meningite.

Nas análises por poço foram encontradas correlações entre os parâmetros físico-químicos nos poços Idimão Simão e Chácara. No poço Chácara podem ser visualizadas duas correlações, sendo a primeira entre os parâmetros de somatório de chuvas dos três dias e Sólidos Totais Dissolvidos (STD) (Gráfico 1). No teste de Correlação Linear de Pearson o valor de “p” encontrado foi de 0,0145 com uma significância de 85,35%, ou seja, nos períodos de chuva, a quantidade de Sólidos Totais Dissolvidos tendem a ser maiores.

Conforme descrito na literatura, os valores de STD se intensificam conforme aumenta o regime de chuvas (BARRETO et al., 2014), e tal condição é agravada pela fragmentação ou retirada de mata ciliares no entorno de açudes, facilitando o carregamento de sedimentos para o seu interior (BARRETO; GARCIA, 2010). Ainda assim, a relação entre Sólidos Totais Dissolvidos e regimes de chuvas depende do tipo de poço (BORBA et al., 2013).

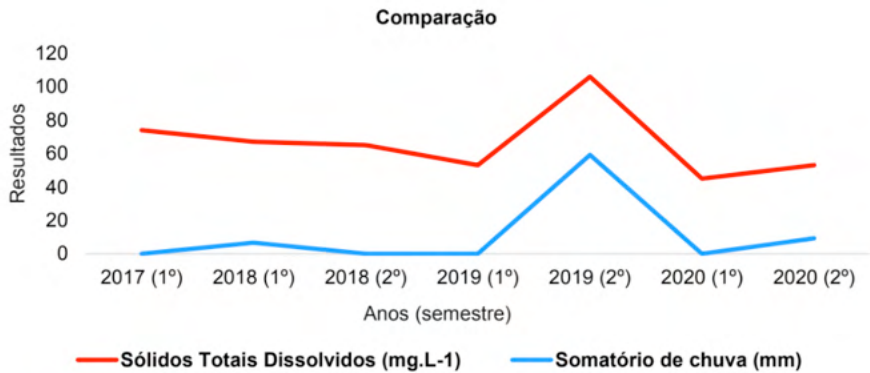


Gráfico 1 - Comparação entre os valores de Sólidos Dissolvidos Totais e o somatório de dois dias de chuva antes e no dia da coleta.

Fonte: Autoria própria (2021).

Os parâmetros de SDT e Dureza Total também foram correlacionados (Gráfico 2) e seu resultado no teste foi com o valor de “p” de 0,0409 e com significância de 77,44%. Na literatura, a dureza da água é associada a existência de sais de cálcio, magnésio ou outros elementos, como ferro, manganês, cobre e bário, sendo encontrado frequentemente em águas subterrâneas devido às rochas presentes nos poços, colaborando com a incrustação de canos e tubulações (FEITOSA et al., 2008).

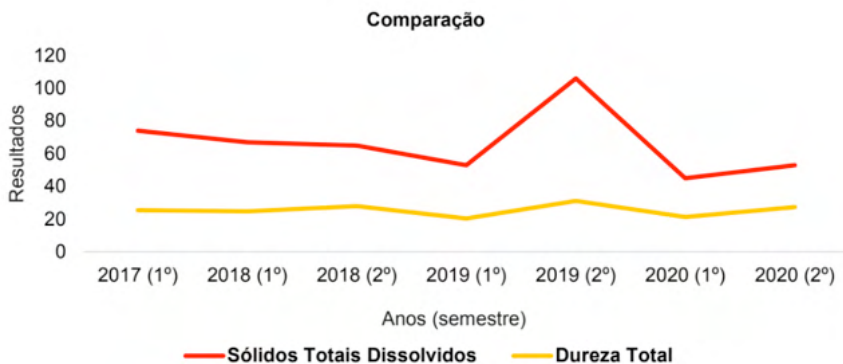


Gráfico 2 - Comparação entre os valores de Sólidos Dissolvidos Totais e Dureza Total no poço Chácara

Fonte: Autoria própria (2021).

Os teores de sólidos totais existentes na água são influenciados pela quantidade de impurezas que existem na água, onde a existência destes sólidos são importantes para ter um parâmetro de desgaste das rochas por intemperismo (OLIVEIRA, 2018). Portanto, a relação entre STD e dureza total é evidente, visto que a dureza é alterada devido a

existência de rochas nos poços e que os sólidos totais também são relacionados aos desgastes das rochas por intemperismo.

Para o poço Idimão Simão realizou-se a comparação entre os parâmetros de nitrato e cloreto conforme descrito no Gráfico 3 e observou-se que houve semelhança entre as linhas, portanto foi realizado o teste de Correlação de Pearson resultando na afirmação de possuem relação devido ao valor do “p” ter resultado em 0,0081 e o valor do “r” dando uma significância de 88,51%, ou seja, quando os valores de nitrato se elevam, os de cloreto também tendem a se elevar.

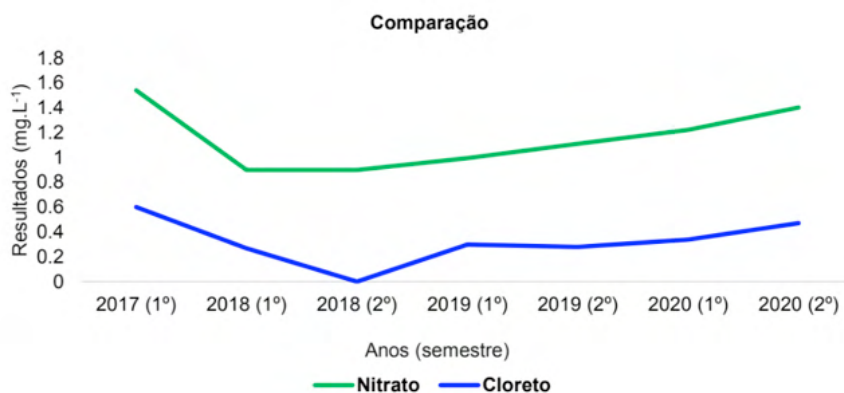


Gráfico 3 - Comparação entre os valores de Nitrato e Cloreto no poço Idimão Simão.

Fonte: Autoria própria (2021).

Nos testes com os parâmetros de todos os poços foram encontradas quatro correlações. A primeira também foi entre Nitrato e Cloreto sendo correlacionados positivamente pelo teste, resultando com “p” no valor de 0,0018 com significância de 46,68%.

A presença de nitrato nas águas é um indicativo de contaminação das águas por esgoto ou resíduos agrícolas, sendo de difícil remoção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011), estando relacionado com o número de fossas sépticas e densidade populacional em torno dos poços. Já a existência do cloreto está associada ao lançamento de efluentes industriais e domésticos e quanto maior a quantidade de cloreto presente na água, mais o gosto dela é alterado, podendo ter um sabor mais salgado (OLIVEIRA et al., 2018).

A literatura diz que o que interfere na concentração de nitrato e cloreto é a textura do solo, a ocorrência de chuva, a evapotranspiração, o fluxo de inversão de água no solo em épocas de seca e a lixiviação em períodos chuvosos (FEITOSA et al., 2008). No entanto, foi realizado o teste de Correlação de Pearson comparando nitrato e cloreto com os dias de chuva, porém não foi constatada esta relação no estudo atual.

O próximo teste com todos os poços foi realizado comparando os parâmetros de somatório de chuvas e a presença de Coliformes Totais, onde “p” resultou em 0,0345 com uma significância de -32,70%, ou seja, a presença de Coliformes Totais é maior em períodos de seca. A literatura apresenta relações contrárias às obtidas, pois nela os Coliformes Totais podem ser encontrados em amostras de águas tanto em períodos de chuva, quanto em períodos de seca, porém são encontrados com mais frequência em estações de chuva devido a infiltração destes micro-organismos nos poços pelo escoamento superficial (SILVA et al., 2017)

Os Coliformes Totais também foram comparados com os Sólidos Dissolvidos Totais, com o “p” resultando no valor de 0,0226 através do teste de correlação e com uma significância de -35,09%, onde a presença destes coliformes era detectado quando havia menores teores de SDT.

Os parâmetros de Sódio e Sulfato testaram positivos para correlação onde “p” foi de 0,0003 e sua significância foi de 52,57%. É conhecido pela literatura a relação entre sódio e sulfato em análises de águas subterrâneas de poços artesianos, porém não se tem conhecimento quanto a sua significância (BONOTTO et al., 2018).

Poço	Cor
Campo/Estádio	Preto
Chácara	Verde
Idimão Simão	Azul
Parque Industrial	Amarelo
Raposo Tavares	Vermelho
Sede SAAE	Roxo

Quadro 6 - Determinação da cor de cada poço do gráfico da análise PCA.

Fonte: Autoria própria (2021).

Observando o gráfico da análise de PCA, nota-se que os parâmetros de sódio, sulfato, nitrato e cloreto encontram-se no centro, ou seja, eles possuem pouca variação entre si, não servindo para caracterizar a qualidade da água neste teste, pois não possuem influência na distribuição dos pontos.

As variáveis relacionadas ao parâmetro de Sólidos Totais Dissolvidos estão distribuídas no eixo X, onde os pontos localizados a esquerda de 0 são poucos influenciados pelos STD, enquanto os pontos localizados a direita de 0 são mais influenciados pelos STD, de forma que esta variável possui uma variância de 85,63%. Quanto ao eixo Y, quanto mais próximo da dureza total, mais estes pontos são influenciados por este parâmetro, de forma que a sua variância é de 11,74%, resultando em uma variabilidade total de 97,35%. Além disso, foram inseridas elipses no gráfico para melhor visualização e interpretação

(Figura 4).

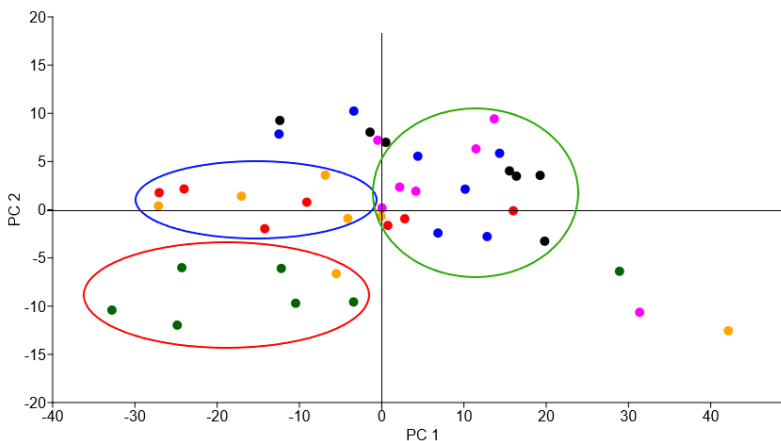


Figura 4 - Gráfico de PCA com destaques para melhor interpretação.

Fonte: Autoria própria (2021).

Pode-se observar que os parâmetros do poço do Chácara destacados com a elipse vermelha estão correlacionados por estarem próximos entre si e possivelmente isto acontece devido a sua localização mais distante da cidade de Peabiru. Da mesma forma, na elipse de cor azul, os parâmetros dos poços da Parque Industrial e Raposo Tavares também estão correlacionados e pode ser devido a distância semelhante da cidade. Já na elipse verde, pode-se observar a correlação entre os poços Idimão Simão, Campo/Estádio e Sede SAA, são poços localizados dentro da cidade.

Há uma escassez de estudos semelhantes na literatura utilizando o teste de Análise de Componentes Principais em análises da qualidade da água de poços tubulares profundos. Foram encontrados estudos com este teste estatístico em águas de rios, por exemplo, ou outro tipo de águas que não sejam subterrâneas, ou que não estejam próximas a possíveis pontos de contaminação, como as fossas negras. Desta forma, não foi possível realizar uma discussão mais detalhada.

## 4 | CONCLUSÃO

A distância mínima das fossas dos poços é respeitada, contribuindo para a não contaminação dos poços por proximidade do esgoto sem tratamento. Ademais é sugerido que a população verifique a possibilidade da melhoria das fossas negras modificando-as para fossas sépticas biodigestoras, pois este tipo de fossa permite a reutilização do efluente como adubo líquido para irrigar o solo, contribuindo para a não contaminação do solo e da água subterrânea.

Deve-se melhor avaliar o motivo da ocorrência de Coliformes Totais e *E. coli* nas águas, para que a presença destes microrganismos não se agrave no futuro. A presença deles deve ser informada à população para caso haja o consumo da água direto do poço e sem tratamento. No entanto, a distribuição dessas águas para a população não se torna um problema de saúde pública, pois antes de serem distribuídas a SAEE de Peabiru realiza o tratamento com cloro e flúor na água, eliminando estes microrganismos.

Por fim, se faz necessário ressaltar a qualidade da água dos poços artesianos de Peabiru, visto que nenhum parâmetro físico e químico ultrapassou o Valor Máximo Permitido pela legislação.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J.A.P.; [Correspondência eletrônica]. Destinatário: Yuri Souza Vicente. Campo Mourão, Paraná, 29 set. 2020. 1 cartão postal.

BARRETO, L.V.; FRAGA, M.S.; BARROS, F.M.; ROCHA, F.A.; AMORIM, J.S.; CARVALHO, S.R.; BONONO, P.; SILVA, D.P. Relação entre vazão e qualidade da água em uma seção de rio. **Ambiente & Água - An Interdisciplinary Journal of Applied Science**, v. 9, p. 118-129, 2014.

BARRETO, P.R.; GARCIA, C.A.B. Caracterização da qualidade da água do açude Buri – Frei Paulo/SE. **Scientia Plena**, v. 6, n. 9, 2010.

BONOTTO, D. M.; ELLIOT, T. *Trace elements, REEs and stable isotopes (B, Sr) in GAS groundwater, São Paulo state, Brazil*. **Environmental Earth Science**, v. 76 n. 265, 2017.

BORBA, A. L. S.; COSTA, M. R.; FILHO, W. D. C. Valores médios dos sólidos totais dissolvidos das águas subterrâneas X variabilidade espacial da precipitação para o estado da Paraíba. *In: Simpósio Brasileiro de Recursos Hídricos, 20, 2013, Bento Gonçalves, Anais [...]. Rio Grande do Sul, 2013*

BRASIL - CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE (CONAMA). Resolução N° 396, de 03 de abril de 2008. Dispõe sobre a classificação e diretrizes ambientais para o enquadramento das águas subterrâneas e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 5 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**.

COSTA, C.C.; GUILHOTO, J.J.M. Saneamento rural no Brasil: impacto da fossa séptica biodigestora. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 19, p. 51-60, 2014.

SILVA, A.B.; BRITO, J.M.; SILVA, R.A., BRAZ, A.S.; SILVA-FILHO, E.D. Parâmetros físico-químicos da água utilizada para consumo em poços artesianos na cidade de Remigio-PB. **Águas Subterrâneas**, v. 31, n. 2, 109–118, 2017.

DEPARTAMENTO DE ÁGUAS E ENERGIA ELÉTRICA. **Instrução Técnica DPO n° 08, de 30 de maio de 2017**. Complementa a Portaria DAEE n°1.630, de 30 de maio de 2017.

FARAH, S.P.S.; GASPAR, F.C. Estudo do tratamento de esgoto com tanques sépticos (fossas sépticas) utilizadas em propriedades rurais no assentamento em Ibitiúva. **Revista Fafibe On-Line**, v. 10, n. 1, p. 76-92, 2018.

FEITOSA, F.A.C.; FILHO, J.M.; FEITOSA, E.C.; DEMETRIO, J.G.A. **Hidrogeologia: Conceitos e aplicações**. Rio de Janeiro: CPRM/SGB, p. 344, 2008.

OLIVEIRA, E. M.; RIBEIRO, D.M.; CRONEMBERGER, M.G.O.; CARVALHO, W. F.; LIMA, M.D.P.; SOUSA, K.R. Análises físico-químicas e microbiológicas da água de bebedouros em escolas públicas da cidade de Timon-MA. **PUBVET**, v. 12, p. 172, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretrizes para qualidade da água potável**. 4. ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2011.

PALUDO, D. **Qualidade da água nos poços artesianos do município de Santa Clara do Sul**. 2010. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharelado em Química Industrial). Centro Universitário Univates, Lajeado, 2010

SANTOS, J.A.; SILVA J.X.; REZENDE A.J. Avaliação Microbiológica de Coliformes Totais e Termotolerantes em Água e Bebedouros de Uma Escola Pública no GamaDistrito Federal. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 3, n. 1, p. 9-15, 2014.

SOUSA, J.A. Avaliação quantitativa das águas subterrâneas na bacia hidrográfica do Rio Paraná, Mato Grosso do Sul como subsídio ao gerenciamento para sua exploração e diversos usos. 2019. 67 f. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.



# CAPÍTULO 18

## AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO DAS CARNES BOVINAS EM FEIRA PÚBLICA NA CIDADE DE PARNAMIRIM, RIO GRANDE DO NORTE

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 05/09/2021

**Giulianna de Carvalho Ibrahim Obeid**

Universidade de Brasília

Brasília – DF

<http://lattes.cnpq.br/4696048735427272>

**Adrielly Lorena Rodrigues de Oliveira**

Universidade de Brasília

Brasília – DF

<http://lattes.cnpq.br/7873621041846920>

**Sandy Beatriz Silva de Araújo**

Universidade Federal da Paraíba

Areia – PB

<http://lattes.cnpq.br/1414639900168914>

**Fran Erley Sousa Oliveira**

Médico Veterinário Autônomo

Quixeré – CE

<http://lattes.cnpq.br/7685951313212816>

**Sthenia dos Santos Albano Amora**

Universidade Federal Rural do Semi Árido

Mossoró – RN

<http://lattes.cnpq.br/1939651737382404>

**Amanda de Carvalho Moreira**

Universidade Federal Rural do Semi Árido

Mossoró – RN

<http://lattes.cnpq.br/8260395019017924>

**Nayara Oliveira de Medeiros**

Universidade Federal Rural do Semi Árido

Mossoró – RN

<http://lattes.cnpq.br/6101558834038480>

**Dandara Franco Ferreira da Silva**

Universidade de Brasília

Brasília – DF

<http://lattes.cnpq.br/2110012751071253>

**RESUMO:** O objetivo do trabalho foi analisar as condições de conservação de carnes oferecidas para venda na maior feira livre de Parnamirim, RN. A feira é atualmente realizada ao ar livre, com barracas de madeira e teto de lona de polietileno, sendo esta a única forma de proteção contra o ar e a luz do sol. As barracas vendem diversos produtos, dentre os quais frutas, verduras, legumes e diversos tipos de carne. A maioria dos alimentos são oferecidos em natura; dessa forma, se faz necessária uma análise das formas de conservação desses produtos, a fim de evitar problemas para o consumidor. Para tanto, analisou-se barracas destinadas à venda de carne bovina da referida feira quanto às condições de armazenamento. Realizou-se registro fotográfico das observações. Como resultado, constatou-se carnes bovinas acondicionadas e armazenadas inadequadamente, expostas à luz do sol, correntes de ar, variações de temperatura e umidade, além de diversas fontes de contaminação microbiana. Dessa forma, concluiu-se que as carnes vendidas não estavam devidamente conservadas e apresentavam potencial risco à saúde dos consumidores.

**PALAVRAS-CHAVE:** conservação; comércio; manipulação.

## EVALUATION OF MEAT BOVINE STORAGE CONDITIONS IN PUBLIC FAIR IN THE CITY OF PARNAMIRIM, RIO GRANDE DO NORTE

**ABSTRACT:** The aim of this work was to analyze the conditions of conservation of meat offered for sale in the largest fair in Parnamirim, RN. The fair is currently held outdoors, with wooden tents and polyethylene tarpaulin roofing, which is the only form of protection against air and sunlight. Tents sell various products, including fruits, vegetables and various types of meat. Most foods are offered in nature; therefore, it is necessary to analyze the ways in which these products are stored in order to avoid problems for the consumer. Therefore, tents for the sale of bovine meat from that fair were analyzed, regarding the conditions of storage. A photographic record of the observations was made. As result, bovine meat was inadequately stored, exposed to sunlight, air currents, variations in temperature and humidity, and several sources of microbial contamination. Thus, it was concluded that the meat sold was not properly preserved and posed a potential risk to consumers' health.

**KEYWORDS:** conservation; market; manipulation.

### 1 | INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o uso dos diferentes métodos de conservação dos alimentos esteve associado à sobrevivência humana. Um dos principais objetivos da conservação é aumentar a vida útil dos alimentos. Porém, além da qualidade, a preservação busca alcançar e manter a segurança dos alimentos oferecidos ao consumidor (PEREIRA, 2012). A maioria das técnicas de conservação se preocupa no controle de microrganismos (CHAVES, 1980), pois estes não só causam alterações nos alimentos, mas também podem oferecer risco à saúde humana.

Tais alterações podem ser de origem microbiana, enzimática, física ou química. Com o advento da tecnologia torna-se muito mais fácil de empregar técnicas de conservação adequadas capazes de evitar perdas de produtos alimentícios em decorrência de um sistema de abastecimento ineficiente e efeitos da sazonalidade. Além dos procedimentos naturais de conservação como calor do sol, frio do inverno, fumaça, a tecnologia de alimentos herdou do passado determinados processos físico-químicos ou biológicos, tais como secagem, salga, cristalização, fermentação, etc. que permitem aumentar a vida útil dos produtos alimentícios em dias, meses ou anos. (LOPES, 2007).

As feiras livres são tradicionais locais de comércio onde há uma grande variedade de preços e produtos. A maioria dos alimentos é oferecida *in natura*, incluindo produtos de origem animal, os quais são particularmente susceptíveis à contaminação microbiana e diversas são as fontes de contaminação nesses locais de comércio. Utensílios, bancadas, manipuladores, artrópodes e o próprio animal são fontes de agentes patogênicos e deteriorantes para o alimento (GOMES, 2012). Além disso, a exposição à luz, umidade, ar e temperaturas inadequadas também causam importantes alterações na qualidade dos produtos (CORREIA; RONCADA, 1997).

O objetivo do trabalho foi analisar as condições de conservação de carnes oferecidas

para venda na maior feira livre de Parnamirim, Rio Grande do Norte (RN).

## 2 | MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na principal feira livre do município de Parnamirim, Rio Grande do Norte, localizada no bairro de Santos Reis, no dia 23 de junho de 2018. No local, havia cerca de 20 barracas que vendiam carne bovina de cortes variados, dentre as quais dez foram observadas. A análise foi feita com atenção às condições gerais de conservação dos produtos, localização das barracas, refrigeração, presença de insetos e de animais ao redor. Também se analisou como era realizada a manipulação dos alimentos pelo vendedor. Foi feito registro fotográfico das observações.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em todas as barracas analisadas, as carnes eram oferecidas expostas ao ar livre. Não havia proteção alguma contra poeira e umidade. Todas as barracas possuíam os tetos revestidos por lona de polietileno, porém a luz do sol ainda penetrava através desta e passava livremente pelas laterais. Embaixo de todas as estruturas, em especial àquelas próximas às valas de escoamento das ruas, havia acúmulo de lixo no chão, principalmente de origem plástica e restos de carne desprezados. Registrou-se a presença de cães circulando entre as barracas e ingerindo esses restos embaixo das bancadas.

O local era de livre circulação de pessoas (Figura 1). Não havia nenhum tipo de barreira física entre o produto e o consumidor. Era permitido que os possíveis clientes tocassem a carne para “atestar” a qualidade, quanto à textura e maciez. Em nenhuma das tendas analisadas os vendedores usavam equipamento de proteção individual. O produto era manipulado sem luvas. Os vendedores não usavam toucas, aventais ou sapatos fechados. Os utensílios (facas, amoladores, tábuas para corte) eram colocados em cima das bancadas, sem local específico ou higienização adequada dos objetos. As bandejas das balanças também não eram devidamente limpas de uma medição para outra.



Figura 1 - Feira com livre circulação de pessoas, sem proteção adequada dos produtos. Não há barreira física entre estes e o consumidor. O teto de lona diminui a incidência dos raios solares, porém não é o suficiente para proteger o produto contra a luz e variações climáticas. As carnes estão expostas à contaminação do ar.

Fonte: Do Autor.

Nenhuma das carnes oferecidas nas bancadas estavam acondicionadas, tampouco refrigeradas. Todas estavam suscetíveis às mudanças da temperatura ambiente, além das variações de umidade e contaminantes do ar. Em duas barracas, sal havia sido adicionado às carnes expostas para a venda. Dessa forma, no momento da oferta do produto, a maioria das barracas não apresentava método algum para conservação dos alimentos.

As bancadas onde os cortes cárneos foram colocados eram revestidas por lona plástica. Em quatro deles, foram identificados panos de mão destinados à limpeza da tábua de corte, da bandeja da balança e da lona ao redor do produto; porém, os panos se encontravam sujos e colocados muito próximos às carnes (Figura 2). Foram observadas moscas pousadas livremente nos produtos.



Figura 2 - Carnes dispostas na bancada ao lado de panos e utensílios sujos, possíveis fontes de contaminação microbiana. Não há proteção alguma contra insetos, temperatura, umidade e ar. Tábua de corte e balança não devidamente higienizadas.

Fonte: Do Autor

A carne, por ser um produto de origem animal, naturalmente tende a ser perecível. Alguns fatores ligados à carne (intrínsecos) estão diretamente relacionados com sua decomposição e, portanto, devem ser controlados, para permitir uma vida útil maior para o produto. Em relação ao pH, a carne é considerada como alimento pouco ácido – pH maior que 4,5; além disso, a carne fresca possui uma alta atividade de água (Aa), que juntamente com o pH predispõe o crescimento de microrganismos, incluindo os patogênicos.

A ausência de recipientes para armazenar as carnes, a incidência de luz direta sobre os produtos e a exposição ao ar e às intempéries, como foi visto nas barracas da feira, favorecem a ocorrência de reações não enzimáticas, como a reação de oxidação ou ranço oxidativo. Essa reação é responsável pelo desenvolvimento de sabores e odores indesejáveis, descoloração, produção de substâncias potencialmente tóxicas, além de mudança na textura (SHIMOKOMAKI; OLIVO, 2006). A presença de animais, moscas e lixo nas barracas, aumenta ainda mais a carga microbiana a qual o alimento será exposto.

De acordo com Feitosa (1999), a contaminação mais importante da carne é de origem externa, durante o abate, a manipulação e os tratamentos aos quais é submetida, sendo que as facas, os tecidos, o ar, as mãos e as vestimentas dos operários são importantes fontes de contaminação intermediária. Isto chama a atenção para a ausência de equipamentos e vestimenta adequados pelas pessoas que manuseavam as carnes, além da ausência de antissepsia no ambiente e nos utensílios e mãos dos vendedores.

É importante controlar a temperatura de armazenamento dos alimentos, ainda que estes se encontrem submetidos a métodos de conservação através da refrigeração, pois diversos microrganismos deteriorantes ou patogênicos podem se apresentar em condições

de temperatura favoráveis a sua proliferação (LEONARDI; AZEVEDO, 2018). Germano e Germano (2003) afirmam que a maioria dos microrganismos patogênicos são mesófilos, ou seja, são capazes de crescer e se multiplicar em temperatura ambiente – dentre eles coliformes e *Streptococcus latis* - e que ainda, todos os microrganismos que constituem risco para a segurança dos alimentos e, portanto, para a segurança dos consumidores multiplicam-se idealmente na faixa de temperatura dos mesófilos, entre 30 a 45°C.

## 4 | CONCLUSÃO

Pode-se concluir que as condições de conservação das carnes na Feira Pública de Parnamirim, RN, não eram adequadas. Dessa forma, os produtos oferecidos apresentavam grande suscetibilidade à deterioração e potencial risco à saúde dos consumidores, principalmente no ponto de vista microbiológico.

## REFERÊNCIAS

CHAVES, J. B. P. **Noções de microbiologia e conservação de alimentos**. Viçosa: UFV, 1980.

CORREIA, M.; RONCADA, M. J. **Características microscópicas de queijos prato e mussarela e mineiro comercializados em feiras livres da cidade de São Paulo**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 296-301, 1997.

FEITOSA, T. **Contaminação, conservação e alteração da carne**. Fortaleza: Embrapa-CNPAT Documentos, n. 34, 1999.

GERMANO, P.M.L.; GERMANO, M.I.S. **Higiene e Vigilância Sanitária dos Alimentos**. São Paulo: Varela. 2003.

GOMES, P. M. A. *et al.* **Avaliações das condições higiênicas sanitárias das carnes comercializadas na feira livre do município de Catolé do Rocha – PB**. Revista Verde, Mossoró, v.7, n.1, p. 225 – 232, 2012.

LEONARDI, J. G.; AZEVEDO, B. M. **Métodos de conservação de alimentos**. Revista Saúde em foco. Amparo, n 10. 2018. Disponível em: <[http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2018/006\\_M%C3%89TODOS\\_DE\\_CONSERVA%C3%87%C3%83O\\_DE\\_ALIMENTOS.pdf](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2018/006_M%C3%89TODOS_DE_CONSERVA%C3%87%C3%83O_DE_ALIMENTOS.pdf)>. Acesso em: 03 jul. 2018.

PEREIRA, C. D. *et al.* **Manual de Conservação e Transformação de Produtos de origem animal**. Ministério da agricultura, do desenvolvimento Rural e das Pescas, 2012.

SHIMOKOMAKI, M.; OLIVO, R. **Suplementação de vitamina e melhora a qualidade de carnes e derivados**. Atualidades em ciência e tecnologia de carnes. São Paulo: Varela, cap. 11, p. 115-121, 2006.

*Data de aceite: 01/11/2021*

**Patricia de Oliveira Lopes**

Programa de pós graduação em Saúde e Meio Ambiente  
Mestrado profissional Universidade Metropolitana de Santos  
<http://lattes.cnpq.br/6567895721434591>

**ABSTRACT:** Observational study, investigated population from a coastal region aged between 18 and 23 years due to abusive consumption of polysubstances. The damage and harm to health, due to the use of stimulants and marijuana, cause irreversible damage to health, as demonstrated by the World Health Organization with the simple use of tobacco, as a global goal for 2025, a 30% reduction in tobacco use, which lead to death about 6 million people a year. The researched population, a specific public in a region with favorable socioeconomic conditions for the use of polysubstances characterized by coastal entertainment. As this is an observational research, there was a need to carry out the research, through a clear and systematic presentation of important clinical conditions and subsequent intervention with clinical indications for cognitive behavioral therapy.

**KEYWORDS:** Youth, Mental Health, Polysubstance.

**RESUMO:** Estudo Observacional, população investigada de região litorânea com faixa etária de 18 a 23 anos por consumo abusivo de polissubstâncias. Os danos e agravos à saúde,

devido ao uso de estimulantes e maconha, ocasionam danos irreversíveis à saúde, como demonstra a Organização Mundial da Saúde com o simples uso do tabaco, como meta Mundial para 2025, a redução em 30% no uso do tabaco, que levam cerca de 6 milhões de pessoas por ano ao óbito. A população pesquisada, público específico de uma região com condições socioeconômica favorável ao uso de polissubstância caracterizada à diversão litorânea. Por tratar-se de pesquisa observacional, houve a necessidade de realizar-se a pesquisa, por apresentação clara e sistemática de quadros clínicos importantes e a intervenção posterior com indicações clínicas para terapia cognitiva comportamental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Jovens, Saúde Mental, polissubstância

### INTRODUÇÃO

O Danos e agravos à saúde, devido ao uso de estimulantes e maconha, ocasionam danos irreversíveis à saúde, como demonstra a Organização Mundial da Saúde com o simples uso do tabaco, como meta mundial para 2025, a redução em 30% no uso do tabaco, que levam cerca de 6 milhões de pessoas por ano ao óbito. “ Há tipos diferentes de substâncias: estimulantes, sedativos, alucinógenos, dissociativos. Misturar mais de uma de cada tipo aumentam os riscos”, diz o Dr. Owen Bowden Jones, fundador do CNWL Drug Club Clinic. Ciente que muitas pessoas continuarão usando

duas ou mais substâncias por vez independentemente do estrago nelas, além de Borden Jones, o Dr. Adam Winstock, fundador da Global Drug Survey e especialista no estudo de polissubstâncias. A população pesquisada tratam-se de jovens com faixa etária de 18 a 23 anos de região litorânea, que fazem parte, público específico de uma região com condições socioeconômica favorável ao uso de polissubstâncias. Por tratar-se de uma pesquisa observacional, houve a necessidade de realizar-se a pesquisa, por apresentação clara e sistemática de quadros clínicos importantes e a intervenção posterior com indicações clínicas. Devido a ligação com o grupo de jovens específico e com o embasamento técnico-científico da profissão de Enfermagem e por tratar-se de ser uma estudante em mestrado profissional de Enfermagem, sendo propício o estudo, análise observacional dos quadros clínicos e registro de todos os dados observados.

## RESULTADOS

Os resultados obtidos quanto a análise dos quadros clínicos, são descritos: patologias associadas ao uso de polissubstâncias, como: surtos psicóticos, esquizofrenia paranoide e sinais e sintomas clássicos de abstinência: depressão, ansiedade, irritabilidade, agitação, manias, sofrimento mental, sofrimento físico e mal estar. As síndromes decorrentes da abstinência são relativamente observadas e recorrentes em todo processo de investigação, pois sinais e sintomas clássicos associados ao uso abusivo de polissubstâncias que associadas ao álcool e tabaco potencializam as características físicas apresentadas, por tanto ao observá-los, ficam evidentes os quadros clínicos e possíveis indicações clínicas para tratamento e acompanhamento terapia cognitivo comportamental. Para transtornos por uso de substâncias, o DSM ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Disorders Mentais, faz a distinção entre abuso e dependência. Não há um diagnóstico exato por abuso de polissubstâncias no DSM.

- VARIÁVEIS: DADOS DEMOGRÁFICOS, COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO, PADRÕES DE CONSUMO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

## OBJETIVO

Um Estudo Transversal Descritivo com abordagem Qualitativa, que investiga determinadas doenças, associadas ao uso abusivo de polissubstâncias. População investigada em região litorânea com faixa etária de 18 a 23 anos, público com característica predominante ao abuso de polissubstâncias. As características predominantes são: jovens e região de livre consumo, por ser de fácil acesso à diversão litorânea. O presente estudo foi idealizado após a averiguação de situações e quadros clínicos apresentados, característicos ao uso abusivo de polissubstâncias, associadas ao tabaco e álcool, que potencializam os quadros clínicos. Quando os adolescentes apresentam um nível de



agressividade acima do normal e geralmente é acompanhado por falta de respeito aos pais, é hora do alerta, pois de acordo com o desenvolvimento infantil e comportamental, todos os pais sabem quando algo está errado no comportamento dos filhos, geralmente quando associado a comportamentos inadequados perante a sociedade, sendo a agressividade e a irritabilidade fatores desencadeantes para o consumo de polissubstâncias e associá-las ao consumo de tabaco e álcool, potencializando os quadros apresentados.

# CAPÍTULO 20

## AUDITORIA COMO INSTRUMENTO PARA ASSEGURAR O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 05/10/ 2021

### **Tatiana da Silva Mendes**

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará  
(FSCMPA)  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000-0002-7496-1539>

### **Eliane Moura da Silva**

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará  
(FSCMPA)  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000.0002.2877.8987>

### **Walda Cleoma Lopes Valente dos Santos**

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará  
(FSCMPA)  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000-0001-6117-5822>

### **Giselly Julieta Barroso da Silva**

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará  
(FSCMPA)  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000-0001-9133-0467>

### **Edilson Ferreira Calandrine**

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará  
(FSCMPA)  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000-0002-3595-7836>

### **Victor Matheus Silva Maués**

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará  
(FSCMPA)  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000.0003.0291.3738>

### **Silvia Ferreira Nunes**

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará  
(FSCMPA)  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/000.0002.9985.7148>

### **Fabiana Morbach da Silva**

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará  
(FSCMPA)  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000.0003.1583.0480>

### **Antônia Gomes de Olinda**

Hospital Universitário Júlio Bandeira da  
Universidade Federal de Campina Grande  
(HUJB-EBSERH)  
Cajazeiras - Paraíba  
<https://orcid.org/0000.0002.5690.4506>

### **Juliana Custódio Lopes**

Hospital Universitário da Grande Dourados  
(UFGD- EBSEH)  
Dourados- Mato Grosso  
<https://orcid.org/0000.0002.1152.0488>

**RESUMO:** A auditoria é uma ferramenta que visa à melhoria da qualidade da gestão e responsabilização da política. Diante desse contexto com a evolução das organizações e a crescente ênfase dada às questões de competitividade, eficiência e eficácia a auditoria encontra-se em ampla ascensão, adaptando-se às exigências, no âmbito de Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo tem como objetivo analisar as evidências de auditoria no que tange sua relevância no SUS. Foi elaborada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL)

para o desenvolvimento da pesquisa, sendo elaborado um banco de dados e sua análise foi desenvolvida de modo descritivo, qualitativo de pesquisa exploratória e realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As produções foram selecionadas na base de Descritores em Ciências em Saúde (DeCS), onde foi utilizado o descritor: sistema único de saúde *and* auditoria, para produção da RIL. A pesquisa teve como resultado 7 produções que utilizaram a auditoria como ferramenta para salvaguardar o SUS. O estudo evidenciou a importância da auditoria na efetivação dos propósitos impostos pelo SUS, demonstrou o valor do relatório da auditoria, cujas constatações visam apontar a melhoria de determinados fatores necessários para o funcionamento pleno do SUS.

**PALAVRAS- CHAVE:** Auditoria em Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde.

### AUDIT AS AN INSTRUMENT TO ENSURE THE UNIQUE HEALTH SYSTEM: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT:** Auditing is a tool that aims to improve the quality of policy management and accountability. Given this context with the evolution of organizations and the growing emphasis given to issues of competitiveness, efficiency and effectiveness, auditing is on the rise, adapting to the requirements, within the scope of the Unified Health System (SUS). This study aims to analyze the audit evidence regarding its relevance in the SUS. An Integrative Literature Review (RIL) was elaborated for the development of the research, being elaborated a database and its analysis was developed in a descriptive, qualitative exploratory research and carried out in the Virtual Health Library (VHL), and Latino Literature. American and Caribbean in Health Sciences (LILACS). The productions were selected from the Descriptors in Health Sciences (DeCS) database, where the descriptor: single health and auditing system was used to produce the RIL. The research resulted in 7 productions that used auditing as a tool to safeguard the SUS. The study highlighted the importance of auditing in implementing the purposes imposed by the SUS, demonstrating the value of the audit report, whose findings aim to point out the improvement of certain factors necessary for the full functioning of the SUS.

**KEYWORDS:** Health Audit. Health Unic System. Health Management.

## 1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) foi estabelecido pela Lei 8080, como um mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde, em todo o território nacional, sob competência do Sistema Único de Saúde (SUS) e em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 1995). A instituição desse sistema de auditoria, desde então, tem sido considerada como um importante instrumento para a manutenção e o desenvolvimento do SUS (ALMEIDA et al, 2018).

A auditoria é uma ferramenta que visa à melhoria da qualidade da gestão e responsabilização da política (FAJARDO; WANDERLEY, 2010). Também propõe a avaliação de qualidade da atenção com base na observação direta, registre-se história clínica do cliente (SILVA, 2015). Além disso, monitora e diagnostica as não conformidades no serviço

avaliado, por meio de pareceres embasados por leis, portarias e resoluções, bem como consistem uma forma de investigação que tem o intuito de verificar o cumprimento de critérios e ações (ANDRADE; BENVIDES, 2019).

Além do mais contribui para qualificação da gestão, visando melhoria da atenção e do acesso às ações e aos serviços de saúde (FAJARDO; WANDERLEY, 2010). A auditoria no SUS, dessa forma, é de fundamental importância, uma vez que verifica se as ações de saúde e seus resultados estão sendo eficazes e também eficientes (RODRIGUES, 2013).

Atualmente o SUS abrange diversos campos e ações, como prevenção, cuidado, procedimentos e promoção, em que operam e compartilham distintos atores, entre os quais as instituições, os políticos, gestores, a sociedade, trabalhadores e segmentos empresariais (BRASIL, 2014). Portanto, conduzir esse contexto necessita de avaliação permanente, controle e ferramentas que proporcionem informações eficientes aos gestores para as tomadas de decisões.

Além disso, compete aos auditores em saúde procurar, a todo momento, dispor de agilidade de intervenção no processo, o reconhecimento de prioridades e o planejamento do sistema de saúde de acordo com a necessidade da comunidade (SOUZA; DYNIEWICZ; KALINOWSKI, 2010).

Ademais, nesse compasso, são objetivos da auditoria, dentre outros, verificar a adequação, a legalidade e a legitimidade, a eficiência, a eficácia do sistema e serviços de saúde. Logo possui a finalidade de avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços prestados aos usuários do SUS, visando sua melhoria, dentre outras metas preestabelecidas ao se estabelecer as finalidades da mesma. (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

Diante desse contexto com a evolução das organizações e a crescente ênfase dada às questões de competitividade, eficiência e eficácia a auditoria encontra-se em ampla ascensão, adaptando-se às exigências, no âmbito de SUS (FRANGANITO, 2010). No que tange a atitude mais proativa, melhora a efetividade do sistema de controle interno, do processo de governação e da técnica de gestão de riscos, com vista a auxiliar a auditoria no cumprimento dos seus objetivos (PINTO, 2010) o que torna essa pesquisa de grande importância, pois se dá pela possibilidade de uma melhor compreensão de como funciona o processo de auditoria no SUS.

## 2 | OBJETIVO

Analisar as evidências de auditoria no que tange sua relevância no Sistema Único de Saúde (SUS).

## 3 | REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2000 e 2007).

A Lei n. 8.080/90 institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (BRASIL, 2000).

O SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação (BRASIL, 2000). A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (SANTOS, 2007).

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios (BRASIL, 2000). A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2011).

### 3.2 AUDITORIA

A auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal (MELO; VAITSMAN, 2010).

Além disso, auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e a utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e da qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Objetiva obter elementos de convicção que permitam julgar se os registros contábeis foram efetuados de acordo com os princípios fundamentais e normas da contabilidade, e, se as demonstrações contábeis deles decorrentes refletem adequadamente a situação econômica-financeira do patrimônio, os resultados do período administrativo examinado e as demais situações nelas demonstradas (ROSA, 2012).

#### 3.2.1 *Princípios básicos da auditoria*

Os auditores são responsáveis não só perante a administração da organização a que prestam serviço, mas também perante aos usuários da 10 mesma. Os que atuam nesta área, por sua vez, devem conduzir-se de modo a justificar a confiança individual e institucional que lhe é depositada.

- Independência - O auditor, no exercício de sua atividade, deve manter uma atitude de independência que assegure a imparcialidade do seu julgamento, nas fases de planejamento, execução e emissão de seu parecer, bem como nos demais aspectos relacionados com sua atividade profissional. Não devem ter qualquer relação com a área/ elemento a ser auditado de forma a preservá-lo de influências que possam afetar os resultados.

- Soberania - Durante o desenvolvimento do seu trabalho, o auditor deverá possuir o domínio do julgamento profissional, pautando-se, exclusiva e livremente a seu critério, no planejamento dos seus exames, na seleção e aplicação de procedimentos técnicos e testes de auditoria, na definição de suas conclusões e na elaboração dos seus relatórios e pareceres.

- Imparcialidade - Durante o seu trabalho, o auditor está obrigado a abster-se de intervir nos casos onde há conflitos de interesses que possam influenciar a absoluta isenção do seu julgamento. Não deve tomar partido ou emitir opiniões.

- Objetividade - Na execução de suas atividades, o auditor se apoiará em fatos e evidências que permitam o convencimento razoável da realidade ou a veracidade dos fatos, documentos ou situações examinadas, permitindo a emissão de opinião com bases consistentes.

- Conhecimento técnico e capacidade profissional - o auditor deve possuir um conjunto de: – conhecimento técnico específico e das diversas áreas relacionadas com as atividades auditadas, o que lhe permitirá comprovar a legitimidade e a legalidade no desempenho dos objetivos do órgão ou entidade sob exame; – experiência obtida de um somatório de atuações, possibilitando o amadurecimento do julgamento profissional e o discernimento entre situações gerais e particulares; – capacidade profissional atualizando-se quanto ao avanço das normas, procedimentos e técnicas aplicáveis.

- Atualização dos conhecimentos técnicos - O auditor deve manter sua competência técnica, atualizando-se quanto ao avanço de normas, procedimentos e técnicas aplicáveis à auditoria.

- Cautela e zelo profissional - No desempenho de suas funções o auditor deve ater-se aos objetivos da auditoria. Na elaboração do relatório e emissão de sua opinião, deve agir com precaução, zelo, acatar as normas de ética profissional, usar bom senso em seus atos e 11 recomendações, cumprir as normas gerais e o adequado emprego dos procedimentos de auditoria geral ou específica.

- Comportamento ético - Como servidor público, o auditor se obriga a proteger os interesses da sociedade, respeitar as normas de: conduta ético profissional, confidencialidade

das informações recebidas, salvo nos casos de obrigação legal e profissional de assim proceder; habilidade; precaução; prudência; zelo profissional; bom senso em seus atos e recomendações.

• Sigilo e discrição - O sigilo profissional é regra mandatária e indeclinável no exercício da auditoria. O auditor é obrigado a utilizar os dados e as informações do seu conhecimento tão somente e exclusivamente na execução dos serviços que lhes foram confiados. Salvo determinação legal ou autorização expressa da alta administração, nenhum documento, dados, informações e demonstrações poderão ser fornecidos ou revelados a terceiros, nem deles poderá utilizar-se o auditor, direta ou indiretamente, em proveito e interesses pessoais ou de terceiros (BRASÍLIA, 2014).

### 3.3 AUDITORIA EM SAÚDE

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), instituída por meio de Portaria MS/GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, estabelece como um dos princípios e diretrizes a Integração e interação das ações de auditoria (ROSA, 2012).

Destaca-se que a auditoria pode ter como foco o setor saúde como um todo, ou segmentos específicos do setor. Na área da saúde a auditoria aparece, pela primeira vez, no trabalho realizado pelo médico George Gray Ward, nos Estados Unidos, em 1918, no qual foi verificada a qualidade da assistência médica prestada ao paciente por meio dos registros em prontuário (MELO; VAITSMAN, 2010).

Além disso, na assistência à saúde, a auditoria pode ser desenvolvida em vários setores e por diferentes profissionais, destacando-se entre elas a auditoria médica, caracterizada por uma sequência de ações administrativas, técnicas e observacionais, com o intuito de analisar a qualidade dos serviços prestados a fim de assegurar seu melhor desempenho e resolubilidade (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

Atualmente, a auditoria na saúde há um grande número de hospitais, predominantemente privados, que possuem serviços de auditoria que contam com a atuação de profissionais da área da saúde podendo ser realizada em hospitais, clínicas, ambulatórios, home care, por operadoras de planos e seguros de saúde (FABRO, 2020).

## 4 | MÉTODOS

Estudo descritivo, qualitativo de pesquisa exploratória. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), eLiteratura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As produções foram selecionadas na base de Descritores em Ciências em Saúde (DeCS), onde foi utilizado o descritor: sistema único de saúde *and* auditoria, para produção da RIL.

A partir do descritor foram encontrados 146 resultados com a palavra-chave utilizada, sendo 20 artigos cujo tema relacionava “ auditoria em saúde”. Em seguida utilizamos os critérios de inclusão e exclusão e selecionamos as referências.

Como critérios de inclusão, foram utilizados para a seleção das amostras: estudos publicados no período compreendido entre os anos de 2011 a 2021, publicações completas, com textos na língua portuguesa, publicados no Brasil e cujo tema contemplasse a auditoria como ferramenta para salvaguardar o SUS. Além disso, o fator de exclusão, se definiu sobre os artigos que não contempla o tema

Por conseguinte, realizou-se a análise de título, do resumo e leitura integral das publicações.

A coleta de dados ocorreu de forma criteriosa e com base no que foi observado em cada produção da amostra final do estudo, criou-se uma tabela composta por: título, autores e ano de publicação.

Foi realizada a avaliação crítica dos artigos selecionados para verificar se respondiam plenamente ao tema; foram analisadas todas as produções encontradas, a fim de identificar quais as evidências acerca da auditoria no sistema único de saúde e sua importância. Ademais a avaliação crítica ocorreu na fase onde todos os estudos selecionados foram avaliados com rigor metodológico. Desta forma a amostra final foi composta por 07 produções.

## 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura dos artigos para sistematizar a discussão dos resultados, segue abaixo uma tabela com informações sobre as referências utilizadas para elaboração dessa RIL, assim como seus autores e ano de publicação:

TÍTULO	AUTORES	ANO
Auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS	SANTOS, C. A.; SANTANA, É. J. S.; VIEIRA, R. P.; GARCIA, E. G.; TRIPPO, K. V.	2012
Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico	AYACH, C.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.	2013
Auditoria do Sistema Único de Saúde: um estudo de caso do componente estadual de auditoria de Pernambuco (CEA/SUS/PE), 2010 - 2013	COUTINHO, B. M.	2014
Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do Relatório de Auditoria	BRASIL	2017



Práticas de auditoria no sistema único de saúde: uma revisão integrativa	SANTOS, E. O.; ESLABÃO, A. D.	2019
Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde	LIBERATTI, V. M.; PEDRO, D. R. C.; COSTA, R. G.; PISSINATI, P. S. C.; MARCON, S. S.; HADDAD, M. C. F. L.	2020
Atribuições da auditoria do SUS	GOIÁS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde; Subsecretaria de Saúde; Núcleo de Evidências	2020

Tabela 1: Referências utilizadas para elaboração da RIL

Dentre as 07 produções, 03 artigos (42,8%) citam o Pacto pela Saúde na perspectiva da auditoria com objetivo de fortalecer o SUS. Na visão deste, a auditoria irá servir de suporte para o Controle Social, avaliar o sistema de saúde, avaliar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade, prestar cooperação técnica em tempo real, subsidiar o planejamento e o monitoramento com informações válidas e confiáveis. Para Mayernyik (2012) o Pacto pela saúde avalia o contexto de um sistema de saúde a auditoria como instrumento de gestão.

No que tange a análise da eficiência e a eficácia do atendimento do SUS ao usuário, 5 referências (71,42%) citam que uma das ferramentas de avaliação muito importante é a auditoria. Nesta o serviço de saúde pública tem um significado relevante, pois dentro do processo pode-se identificar falhas, conveniência de redimensionar as práticas e custos produzidos e utilizados. Segundo Santos e Eslabão (2019) a auditoria tornou-se uma ferramenta valiosa para a avaliação do uso de matérias, custos, prestação de serviço e atendimento ao usuário a partir dos anos 70.

Além disso, todas as produções refletem que a auditoria contribui para a alocação e utilização adequada de recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos, altera a lógica da produção/faturamento para a da atenção aos usuários e em defesa da vida, incorpora a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados, assume a missão de avaliar a eficiência, eficácia, efetividade. Também a economicidade das ações e serviços de saúde, presta cooperação técnica e propõe medidas corretivas e subsidia o planejamento e o monitoramento com informações validadas e confiáveis. Segundo Fajardo e Wanderley (2010) a principal fonte de falhas de qualidade em um dado sistema são os problemas nos processos de trabalho.

Além do mais, 85,7% das referências mostram que a auditoria tem como meta alertar sobre problemas, limitações ou deficiências, assim como apontar alternativas de correção ou de ações preventivas no âmbito da administração pública. Também visa buscar soluções para problemáticas relacionadas à eficiência, efetividade, resultados,

formulações e implementações de programas, pois segundo Goiás (2020) o gestor constitui peça central no processo de auditoria e análise desenvolvidas no processo, pois cabe a ele a responsabilidade da gestão que está sendo desenvolvida.

Observou-se também que 3 artigos citam a importância da auditoria para identificar as não conformidades nos hospitais e realizar recomendações às unidades com o intuito de melhorar a assistência ao usuário, solicitando sempre adequação à legislação vigente. Segundo Coutinho (2014) a divulgação das informações referentes às unidades hospitalares auditadas tem o intuito de subsidiar a estruturação de novas estratégias para a resolução das inconsistências encontradas e consequente melhoria da qualidade do serviço de saúde oferecido à população.

Todos os artigos acima supracitados mostram que a auditoria como avaliadora no campo da saúde, pode ser entendida como mecanismo de ações sociais, sendo que seus relatórios ou pareceres advêm da interpretação que se dá aos objetos auditados e avaliados, constituindo ferramentas que buscam fornecer subsídios para a gestão no campo da saúde, objetivando sua melhoria. O formato e a extensão de um processo de auditoria relacionam-se à efetividade e à resolubilidade dos outros dispositivos de controle existentes em determinada instituição (AYACH; MOIMAZ& GARBIN, 2013).

## 6 | CONCLUSÃO

Logo a importância da auditoria em saúde vem de encontro à necessidade do planejamento controle e fiscalização do serviço em saúde prestado, e da avaliação do mesmo, os quais estão apresentados nesse artigo. Ressalta-se que as modificações ocorridas ao longo do tempo no sistema de saúde, bem como sua complexidade, tanto em sua conformação quanto em seus suprimentos e 47 insumos, levaram a concluir que há necessidade da utilização da auditoria como ferramenta na gestão de saúde. Faz-se necessário, através da auditoria, a avaliação, o controle e a fiscalização das informações repassadas pelos órgãos competentes ao Ministério da Saúde, sendo esta uma ferramenta fundamental para o monitoramento das políticas públicas de saúde.

Para entender o papel da auditoria na gestão pública é fundamental destacar as contribuições de Liberatti (2020), a auditoria é uma avaliação em que o principal objetivo é “a qualidade dos serviços prestados no campo da saúde”, tendo em vista que a qualidade da atenção à saúde depende de alguns requisitos nas dinâmicas sejam cumpridos pela prestadora, à competência profissional dos envolvidos e a estrutura e funcionamento das instituições.

A consolidação de uma auditoria, seja por meio de indicadores de gestão ou de outra técnica, não só constitui um aporte importante na modernização da administração pública, mas, também, representa a materialização de uma exigência técnica derivada da própria globalização para ajudar os gestores públicos do SUS a atingirem os objetivos de

modo econômico, eficiente, eficaz e transparente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. O. C., SOUSA, A. S., ARAÚJO, R. S. S., OLIVEIRA Góis, R. M. de, & Figueiredo, I. H. M. (2018). **Auditoria em enfermagem: a importância das anotações de enfermagem no controle das glosas hospitalares**. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT, 5(1), 25. Acesso em: 03 Set. 2021.

ANDRADE, A. F. S. M. BENVIDES, L.N.B. **Custo efetividade da auditoria concorrente em uma operadora de saúde**. RevAdm Saúde [Internet]. v. 19 n. 75:e162. São Paulo, 2019. Disponível em: <<http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/162/271>> Acesso em: 03 Set. 2021.

AYACH, C.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S. **Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico**. Saúde Soc., v.22, n.1, p.237-248, São Paulo 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2013.v22n1/237-248/pt>> Acesso em: 07 Set. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. **CNS: O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes**. Brasília: MS; 2002. [Série B, Textos Básicos de Saúde MS].

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16. ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995. **Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1995/d1651.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm)> Acesso em: 03 Set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientação para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria – SNA do Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014**. Disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sna\\_sistema\\_unico\\_saude\\_sus.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sna_sistema_unico_saude_sus.pdf)> Acesso em: 05 Set. 2021.

BRASÍLIA. **Manual de Auditoria Interna - MAINT**. Instituto federal Brasília. Núcleo de auditoria interna. Brasília, 2014. . Disponível em: <[fb.edu.br/attachments/article/3285/P\\_ANEXO\\_NORMATIVA\\_\\_001\\_Aprova%20o%20Manual%20de%20auditoria%20interna%20do%20IFB%20e%20d%20outras%20providencias.%20\(5\).pdf](http://fb.edu.br/attachments/article/3285/P_ANEXO_NORMATIVA__001_Aprova%20o%20Manual%20de%20auditoria%20interna%20do%20IFB%20e%20d%20outras%20providencias.%20(5).pdf)> . Acesso em: 07 Set. 2021.

AYACH, C.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S. **-Auditoriano Sistema Único de Saúde: O Papel do Auditor no Serviço Odontológico, Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, p.237-248, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/lj/sausoc/a/KJt3nwSGcBZMnGh5QHFFC6v/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 05 Set. 2021.

FAJARDO, J. M., WANDERLEY, C. A. M. **Planejamento estratégico e auditoria de gestão: similaridades com o modelo COSO**. Rev.ConTexto, Porto Alegre, v. 10, n. 17, p. 93-103, 2010. Disponível em: <[https://www.seer.ufrgs.br/ConTexto/article/view/12650/pdf\\_4](https://www.seer.ufrgs.br/ConTexto/article/view/12650/pdf_4)> Acesso em: 05 Set. 2021.

FABRO, et al. **Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária**. CuidEnferm. v. 14n. 2 pg. 147-155. São Paulo, 2020. . Disponível em: <<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v2/p.147-155.pdf>>. Acesso em: 05 Set. 2021.

FRANGANITO, P. A. C. **Influência das auditorias na tomada de decisão no âmbito da gestão da qualidade das organizações.** Mestrado em gestão (Dissertação de Mestrado em Gestão). Universidade aberta, Lisboa, 2010. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1740/1/Disserta%20a7%20a3o%20Patr%20adcia%20Franganito%2012Out2010.pdf>>. Acesso em: 04 Set. 2021.

MAYERNYIK, M. A. **Pacto pela saúde na região noroeste do estado do rio de janeiro: desafios na adesão, contexto e perspectivas.** Universidade Federal Fluminense . Dissertação (mestrado em Saúde Pública). Niterói, 2012. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/8871/1/MARCELO%20DE%20ALMEIDA%20MAYERNYIK%20DISSERTA%20c3%87%20c3%830.pdf>> Acesso em: 07 Set. 2021.

MELO, M.B.; VAITSMAN, J. **Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde.** São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 152-164, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/Artigo-Auditoria1.pdf>>. Acesso em: 07 Set. 2021.

PINTO, K. A.; Melo, C. M. M. **A prática da enfermeira em auditoria em saúde.** RevEscEnferm USP; v.44 n.3 pg.671-8. Bahia, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kwMfCkFwrPHKXSrxxJMVQHj/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 04 Set. 2021.

Reis, D. O.; Araújo, E. C.; Cecílio, L. C. O. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde.** UNA-SUS. UNIFESP. São Paulo, 2011. Disponível em <[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade04/unidade04.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf)> Acesso em: 07 Set. 2021.

RODRIGUES, S. P. S. **O contributo da auditoria interna para uma gestão eficaz. Instituto superior de contabilidade e administração do porto instituto politécnico do Porto** (dissertação de mestrado). Porto, 2013. Disponível em: <[https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1801/1/DM\\_SaraRodrigues\\_2013.pdf.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1801/1/DM_SaraRodrigues_2013.pdf.pdf)> Acesso em: 03 Set. 2021.

ROSA, Vitor Luis. **Evolução da Auditoria no Brasil.** 2012. 32 f. Monografia (Especialização em Auditoria em Saúde) - Centro Universitário Filadélfia – UniFil, Londrina-Pr., 2012. Disponível em: <<https://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007B1.pdf>> Acesso em: 07 Set. 2021.

SANTOS, N. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/M8wbmsrM8J7j7vWGdq6Q7yx/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 07 Set. 2021.

SILVA, J. S. da (2015). **Auditoria em saúde: um novo paradigma na qualidade da assistência de enfermagem.** Revista de Enfermagem da UFPI, v. 4 n. 2pg. 130-4. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31008>>. Acesso em: 03 Set. 2021.

SOUZA, L.A.A.; DYNIEWICZ, A.M.; KALINOWSKI, L.C.- **Auditoria: uma abordagem histórica e atual.** RevistadeAdministraçãoem Saúde–RAS, Vol.12, n.47, p.71–78, abril/junho, 2010. Disponível em: <<http://sentidounico.com.br/wp-content/uploads/2018/05/artigo-9.pdf>> Acesso em: 05 Set. 2021.

## DISPENSA DE LICITAÇÃO SOB O ENFOQUE DA CRISE SANITÁRIA DA COVID-19

Data de aceite: 01/11/2021

### Matheus Martins Sant' Anna

Advogado, Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo, especialista em Direito e Processo Tributário Pela Escola Paulista de Direito e Mestrando em Direito da Saúde pela Universidade Santa Cecília

**RESUMO:** O presente artigo científico tem como principal objetivo a análise do instituto da dispensa de licitação sob o enfoque da crise sanitária da Covid-19, estabelecido pela Lei Federal nº 13.979/2020 e pelo Decreto Legislativo nº 6 de 20 de março de 2020. Para tanto, são utilizados os conceitos oriundos da Lei Federal nº 8.666/93 e decisão monocrática do Ministro Ricardo Lewandowski, do Supremo Tribunal Federal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dispensa; Licitação, Covid-19.

**ABSTRACT:** The main objective of this scientific article is to analyze the institute for exemption from bidding under the focus of the Covid-19 health crisis, established by Federal Law No. 13.979/2020 and Legislative Decree No. 6 of 20 March 2020. To this end, the concepts from Federal Law No. 8.666/93 and a monocratic decision by Minister Ricardo Lewandowski of the Supreme Federal Court are used.

**KEYWORDS:** Exemption; Bidding, Covid-19.

### INTRODUÇÃO

Por força da crise da Covid-19, foi editada a Lei Federal nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020, cujo escopo é o estabelecimento dos protocolos de emergência de saúde pública.

Após as modificações introduzidas pela Lei Federal nº 14.035 de 2020, o Poder Executivo da União, Estados, Distrito Federal e Municípios passaram a contar com regramento específico para dispensa de licitação no que concerne a aquisição ou contratação de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência da Covid-19.

O presente artigo analisará as principais inovações trazidas pela lei no âmbito do Direito Administrativo, principalmente aqueles atinentes à dispensa de licitação e aditamento de contrato.

### 1 | DO CONCEITO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO

A Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, traz disciplinado em seu artigo 3º que *“a licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade*

*com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos”.*

Na leitura do artigo, verifica-se que a obrigatoriedade do instituto da licitação visa garantir a aplicação dos princípios constitucionais esculpido no artigo 37 da Constituição Federal, bem como resguardar o interesse público no que concerne a melhor vantagem econômica na aquisição de bens e serviços.

Para Maria Sylvania Zanella Di Pietro, citando José Roberto Dromi, a licitação é “procedimento administrativo pelo qual um ente público, no exercício da função administrativa, abre a todos os interessados, que se sujeitam às condições fixadas no instrumento convocatório, a possibilidade de formularem propostas dentre as quais selecionará e aceitará a mais conveniente para a celebração do contrato.”

Embora o uso do certame seja a regra, a própria Lei Federal nº. 8.666/93 prevê as hipóteses de dispensa e de inexigibilidade de licitação nos artigos 24 e 25, respectivamente.

Maria Zanella Di Pietro (2014, p. 393) aduz:

*“A diferença básica entre as duas hipóteses está no fato de que, na dispensa, há possibilidade de competição que justifique a licitação; de modo que a lei faculta a dispensa, que fica inserida na competência discricionária da Administração. Nos casos de inexigibilidade, não há possibilidade de competição, porque só existe um objeto ou uma pessoa que atenda as necessidades da Administração; a licitação é, portanto, inviável.”*

Di Pietro (2014, 397) ainda lembra:

*“Os casos de dispensa de licitação não podem ser ampliados, porque constituem uma exceção à regra geral que exige licitação, quando haja possibilidade de competição. Precisamente por constituírem exceção, sua interpretação deve ser feita em sentido estrito. “*

As hipóteses de dispensa de licitação constituem rol taxativo, ou seja, a Administração Pública tem autorização legal para dispensar o certame caso ocorra uma das situações previstas em lei.

Além do rol de incisos cuja licitação torna-se dispensável pelo baixo valor, a Lei Federal nº 8.666/93 também trouxe hipóteses de dispensa licitatória diante de evento que se auto justifique pela sua própria urgência. É o caso dos incisos III e IV do artigo 24 do diploma legal.

Para análise do presente estudo, se faz necessário estudar a hipótese estabelecida no inciso IV do artigo 24 da Lei Federal nº 8.66/93 que assim, dispõe:

*“(…)*

*IV - nos casos de emergência ou de calamidade pública, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, e somente para os bens necessários ao atendimento da situação emergencial*

*ou calamitosa e para as parcelas de obras e serviços que possam ser concluídas no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos, contados da ocorrência da emergência ou calamidade, vedada a prorrogação dos respectivos contratos; (...)*”

**Emergência**, na lição Hely Lopes Meirelles (Direito Administrativo Brasileiro, 24ª ed. São Paulo: Malheiros, 1999, p. 253), é assim delineada:

*“A **emergência** caracteriza-se pela urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos ou comprometer a incolumidade ou a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, exigindo rápidas providências da Administração para debelar ou minorar suas consequências lesivas à coletividade.”*

O conceito de emergência, portanto, decorre nonexo causal entre a situação de fato e a disposição legal. Em outras palavras, a situação de emergência deverá ser devidamente esclarecida e com a formalização adequada no processo administrativo que a justifique, como demonstração razoável dos preços adotados, bem como esclarecimento do motivo que levou a contratação da referida empresa, estando fundamentados os argumentos que permitirão a adoção do instituto da dispensa de licitação.

Verifica-se que a calamidade pública, entendida nesse caso como requisito disposto em lei, tem natureza declaratória. Desta forma, a declaração do estado de calamidade pública deve ser feita por decreto do mandatário do ente público federado, cuja comprovação também seja publicamente reconhecida.

Por fim, o inciso IV do artigo 24 da Lei de Licitações estabelece o prazo de 180 dias como marco temporal máximo em que a contratação poderá ser operacionalizada.

## 2 | DA EMERGÊNCIA E CALAMIDADE PÚBLICA DECORRENTE DA COVID-19

A declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS), de pandemia global em virtude das infecções da Covid-19, levou à União a adoção de protocolos para fins de enfrentamento da doença no Brasil.

A Lei Federal nº 13979/2020 estabelece logo em seu artigo 1º sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.

Os artigos 2º e 3º da Lei Federal nº 13979/2020, disciplinam sobre os métodos necessários para estabilizar e prevenir o contágio da Covid-19, sendo amplo conjunto de medidas que poderão ser adotadas pelo poder público.

Contudo, a Covid-19 se mostrou altamente contagiosa e cuja imprevisibilidade no seu tratamento supera o conhecimento científico que se tinha sobre os coronavírus até então conhecidos.

Com isso, achou bem o legislador à época editar a Lei Federal nº 14.035/2020 que alterou a Lei Federal nº 13.979/2020.

A inovação no que concerne a dispensa de licitação está disciplinada no artigo 4º e

seguintes:

*“Art. 4º É dispensável a licitação para aquisição ou contratação de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional de que trata esta Lei.”*

Conforme se verifica na leitura do referido dispositivo, o legislador entendeu que a crise sanitária da Covid-19, por si só, é de caráter emergencial e calamitosa e, portanto, a lei federal tem como viés dar segurança jurídica ao gestor público sobre a possibilidade de dispensar a licitação.

### **3 I DO RITO DA DISPENSA DE LICITAÇÃO E DA DURAÇÃO DO CONTRATO**

Conforme visto acima, a Lei Federal nº 13979/2020 estabeleceu taxativamente a possibilidade de dispensa de licitação pelos gestores públicos quanto à aquisição de bens, serviços, inclusive de engenharia e insumos para combate a Covid-19.

O §1º do artigo 4º disciplina que a autorização para a dispensa de licitação é temporária e ficará em vigor enquanto perdurar a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.

Desta forma, a lei predispõe que, enquanto durar a emergência de saúde pública da Covid-19, será possível o manejo da dispensa licitatória para formalização de contratos de aquisição de bens, serviços e insumos.

Destaca-se que a lei não incluiu o termo “calamidade”, ou seja, a legislação específica sobre o tema dispensou a necessidade de ato administrativo declaratório de natureza calamitosa para formalização da dispensa de licitação.

Esta constatação se faz necessária ao analisar as demais disposições sobre o contrato oriundo da dispensa licitatória.

O rito do §2º do artigo 4º da Lei Federal nº 13.979/2020 estabelece que todas as aquisições oriundas da dispensa de licitação terão que ser publicadas no sítio eletrônico oficial do órgão público em até 5 (cinco) dias úteis, estabelecendo no caput e nos incisos as informações necessárias para garantir a publicidade do ato.

O inciso IV estabelece que o ente público deverá publicizar eventuais aditivos contratuais. Neste ponto, o legislador ressalta o caráter acessório do aditivo contratual.

Entende-se, portanto, o termo aditivo como “instrumento que formaliza a alteração das condições contratuais inicialmente estabelecidas e deve respeitar certas formalidades”. Com efeito, prorrogação do contrato somente é realizada quando há previsão no próprio contrato; logo, o termo aditivo é acessório ao produto principal que é termo contratual previamente assinado.

No entanto, o artigo 4º-H da Lei Federal nº 13.979/2020 define que *“os contratos regidos por esta Lei terão prazo de duração de até 6 (seis) meses e poderão ser prorrogados por períodos sucessivos, enquanto vigorar o Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de*



2020, *respeitados os prazos pactuados.*”

O artigo traz a mesma possibilidade de duração contratual do inciso IV, artigo 24 da Lei Federal nº 8.666/93 que disciplina o prazo em 180 dias; no entanto, inova ao possibilitar a prorrogação sucessiva do contrato enquanto vigorar o Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020.

Nesse ponto verifica-se a contradição legislativa quanto à duração do termo contratual. Isso decorre pela disposição do §1º do artigo 4º que autoriza a possibilidade de dispensa licitatória enquanto perdurar a emergência de saúde pública. Contudo, o caput do artigo 4-H estipula como termo final de prorrogação a vigência do Decreto Legislativo nº 6/2020.

O Decreto Legislativo nº 6/2020 teve vigência até 31/12/2020; entretanto, o estado de emergência devido a pandemia de Covid-19 recrudescer no Brasil, conforme índices divulgados pelo Consórcio de Imprensa.

Para análise da questão, vale relembrar o brocardo jurídico romano *“quem pode o mais, pode o menos”*. Entendeu o legislador que, enquanto perdurar o estado de emergência e, portanto, sem a necessidade de ato administrativo declaratório de calamidade pública, poderá o gestor público utilizar-se da dispensa licitatória.

Conforme já visto, o termo aditivo contratual, seja ele de prorrogação, seja ele de modificação quantitativa ou qualitativa do contrato, se constitui como instrumento acessório ao principal. Logo, a exigência de que a prorrogação somente poderá ser realizada durante a vigência do Decreto nº 6/2020 está em dissonância com a disposição que dispensa ato administrativo declaratório de calamidade.

O Ministro Ricardo Lewandowski, do Supremo Tribunal Federal, em análise da Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.625, proposta pela Rede Sustentabilidade, que discute a prorrogação dos protocolos sanitários estipulados nos artigos 3º, 3º-A, 3º-B, 3º-C, 3º-D, 3º-E, 3º-F, 3º-G, 3º-H e 3º-J, inclusive dos respectivos parágrafos, incisos e alíneas da Lei Federal nº 13.979/2020, entendeu que a validade das referidas medidas estarão vigentes enquanto perdurar o estado de emergência.

*“Na espécie, embora a vigência da Lei nº 13.979/2020, de forma tecnicamente imperfeita, esteja vinculada àquela do Decreto Legislativo nº 6/2020, que decretou a calamidade pública para fins exclusivamente fiscais, repita-se, vencendo em 31 de dezembro de 2020, não se pode excluir, neste juízo precário e efêmero, próprio da presente fase processual, a conjectura segundo a qual a verdadeira intenção dos legisladores tenha sido a de manter as medidas profiláticas e terapêuticas extraordinárias, preconizadas naquele diploma normativo, pelo tempo necessário à superação da fase mais crítica da pandemia, mesmo porque à época de sua edição não lhes era dado antever a surpreendente persistência e letalidade da doença.*

*Tal fato, porém, segundo demonstram as evidências empíricas, ainda está longe de materializar-se. Pelo contrário, a insidiosa moléstia causada pelo novo coronavírus*

*segue infectando e matando pessoas, em ritmo acelerado, especialmente as mais idosas, acometidas por comorbidades ou fisicamente debilitadas. Por isso, a prudência - amparada nos princípios da prevenção e da precaução, que devem reger as decisões em matéria de saúde pública - aconselha que as medidas excepcionais abrigadas na Lei nº 13.979/2020 continuem, por enquanto, a integrar o arsenal das autoridades sanitárias para combater a pandemia.*

*Em face do exposto, defiro parcialmente a cautelar requerida, ad referendum do Plenário desta Suprema Corte, para conferir interpretação conforme à Constituição ao art. 8º da Lei nº 13.979/2020, com a redação dada pela Lei 14.035/2020, a fim de excluir de seu âmbito de aplicação as medidas extraordinárias previstas nos arts. 3º, 3º-A, 3º-B, 3º-C, 3º-D, 3º-E, 3º-F, 3º-G, 3º-H e 3º-J, inclusive dos respectivos parágrafos, incisos e alíneas.”.*

Verifica-se na decisão retromencionada, que a técnica legislativa que autorizou o uso de medidas sanitárias à vigência do Decreto Legislativo nº 6/2020 é imperfeita, sendo que sob a ótica constitucional do princípio da vida, houve a prorrogação dos efeitos dos artigos arts. 3º, 3º-A, 3º-B, 3º-C, 3º-D, 3º-E, 3º-F, 3º-G, 3º-H e 3º-J.

Há de se reconhecer, portanto, que a técnica autorizativa de dispensa licitatória para enfrentamento à crise sanitária também está alinhada ao princípio constitucional da vida.

Sobre este princípio, disserta Lewandowski:

*“O direito à vida, é escusado dizer, corresponde ao direito, universalmente reconhecido, à pessoa humana, de viver e permanecer vivo, livre de quaisquer agravos, materiais ou morais, significando, especialmente, sob pena de ficar esvaziado de seu conteúdo essencial, o direito a uma “existência digna”, conceito mencionado no art. 170 de nossa Lei Maior. Já a saúde, de acordo com o acima citado art. 196, “é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. No tocante a tais valores, os constituintes de 1988 prestaram homenagem à antiga máxima do direito público romano segundo a qual “salus populi suprema lex esto”.*

Para adoção de medidas emergenciais de tratamento e combate aos efeitos da Covid-19, pode o gestor público dispensar o procedimento licitatório e, nesse caso, como utiliza desse instituto enquanto perdurar o estado de emergência, pode utilizar para a prorrogação contratual, dispensando o estado de calamidade pública.

## **4 | CONCLUSÃO**

O presente artigo teve como finalidade a discussão dos instrumentos legais de

enfrentamento ao estado de emergência da Covid-19, em especial, ao instituto da dispensa de licitação.

Verificou-se que, de acordo com a disposição do inciso IV, artigo 24 da Lei Federal 8.666/93, se faz necessário o estado de emergência ou estado de calamidade pública, este último entendido com ato administrativo declaratório.

A Lei Federal nº 13.979/2020 autorizou em seu artigo 4º, §1º a possibilidade de dispensa licitatória enquanto perdurar o estado de emergência e, assim, dispensando a declaração de calamidade pública.

Outrossim, o artigo 4-H do mesmo diploma impõe como termo final de prorrogação e aditamento contratual por prazo a vigência do Decreto nº 6/2020, que justamente faz a declaração de utilidade pública.

Neste sentido, verificou-se contradição normativa. Com apoio do princípio constitucional e na interpretação teleológica sobre o tema, é possível concluir que se a legislação específica trouxe inovação quanto à viabilidade jurídica de se formalizar contrato via dispensa licitatória enquanto perdurar a pandemia da Covid-19, também possibilita a prorrogação contratual, independente da validade do decreto de calamidade pública, justamente pela natureza acessória do termo aditivo.

# CAPÍTULO 22

## ESTUDO DOS DESAFIOS E LIMITAÇÕES NA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

*Data de aceite: 01/11/2021*

**Keyla de Cássia Barros Bitencourt**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Poços de Caldas – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/5700162054293710>

**Márcia Mascarenhas Alemão**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/5945356143860568>

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi identificar os desafios e limitações na implantação da gestão de custos em um hospital privado de médio porte, comparando o cenário encontrado à revisão de literatura realizada. A metodologia aplicada foi exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, tratando-se de uma pesquisa aplicada, sendo utilizado para o levantamento dos dados a observação participante e entrevistas não estruturadas por meio de Painel de Especialistas. A fundamentação teórica se deu por meio da revisão integrativa que culminou na identificação de treze dificuldades relatadas na implantação da gestão de custos em instituições hospitalares sendo que na instituição objeto de estudo foram encontradas dez destas trezes dificuldades. Como resultado foram apresentadas sugestões de alternativas às dificuldades encontradas, com etapas descritas de modo a viabilizar a implementação efetiva da gestão de custos tanto na instituição pesquisada quanto em outras instituições hospitalares e como resultados produzidos para a instituição pesquisada,

a geração de conhecimento prospectivo e a divulgação da “cultura de custos” com os gestores, diretoria e equipe administrativa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Custos e Análise de Custo. Custos de Cuidados de Saúde. Custos Hospitalares.

### STUDY OF CHALLENGES AND LIMITATIONS IN IMPLEMENTING COST MANAGEMENT IN HOSPITAL ORGANIZATIONS

**ABSTRACT:** The objective of this study was to identify the challenges and limitations in the implementation of cost management in a medium-sized private hospital, comparing the scenario found to the literature review carried out. The applied methodology was exploratory and descriptive, with a qualitative approach, being an applied research, being used for the survey of the data the participant observation and unstructured interviews through Panel of experts. The theoretical basis was given by means of an integrative review that culminated in the identification of thirteen difficulties reported in the implementation of cost management in hospital institutions. Ten of these thirteen difficulties were found in the institution under study. As a result, suggestions for alternatives to the difficulties encountered were presented, with steps described in order to enable the effective implementation of cost management both in the researched institution and in other hospital institutions and as results produced for the researched institution, the generation of prospective knowledge and the disclosure of the “cost culture” with managers,

directors and administrative staff.

**KEYWORDS:** Costs and Cost Analysis. Health Care Costs. Hospital Costs.

**RESUMEN:** El objetivo de este estudio fue identificar los desafíos y limitaciones en la implementación de la gestión de costos en un hospital privado de tamaño medio, comparando el escenario encontrado con la revisión de la literatura realizada. La metodología aplicada fue exploratoria y descriptiva, con enfoque cualitativo, siendo una investigación aplicada, siendo utilizada para el levantamiento de los datos la observación participante y entrevistas no estructuradas a través de Panel de expertos. La base teórica se dio mediante una revisión integradora que culminó con la identificación de trece dificultades reportadas en la implementación de la gestión de costos en instituciones hospitalarias, diez de estas trece dificultades se encontraron en la institución en estudio. Como resultado, se presentaron sugerencias de alternativas a las dificultades encontradas, con pasos descritos para posibilitar la implementación efectiva de la gestión de costos tanto en la institución investigada como en otras instituciones hospitalarias y como resultados producidos para la institución investigada, la generación de conocimiento prospectivo y la divulgación de la “cultura de costos” con gerentes, directores y personal administrativo.

**PALABRAS CLAVE:** Costos y Análisis de Costo. Costos de la Atención en Salud. Costos de Hospital.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os hospitais são reconhecidamente importantes por serem o centro do sistema de saúde brasileiro, além dos serviços hospitalares consumirem um volume de recursos gastos de aproximadamente 62% do total dos recursos de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS, 2016). Pela sua representação e importância, conhecer como os recursos estão sendo utilizados e, portanto, conhecer as informações de custos destes serviços é fundamental na discussão do seu financiamento.

No cenário atual da pandemia pelo coronavírus (COVID-19), a importância da assistência hospitalar prestada pelo SUS amplia a necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiros destes prestadores de serviços, conforme definido na Lei 8080/90 em seu Artigo 26 (BRASIL, 1990), exigindo, portanto, a necessidade de conhecimento de informações de custos dos serviços prestados.

As informações de custos são também necessárias para atender a Lei de Responsabilidade Fiscal, onde é apresentado que as organizações devem ter sistemas de custos e na Carta ao Usuário do SUS, onde é definido ser direito de todo usuário do SUS o conhecimento da assistência e dos recursos prestados a ele, há a exigência de informações de custos. A informação de custos é fundamental para melhorar o desempenho e a qualidade da atenção hospitalar (BANCO\_MUNDIAL, 2007; BRASIL, TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU, 2009; CLEMENTS; COADY; GUPTA, 2012; OECD, 2010; OMS, 2011). Além disto é fundamental na discussão do financiamento da saúde e na definição da remuneração dos prestadores de serviços hospitalares ao SUS, possibilitando vincular

o planejamento e o orçamento de políticas e programas de saúde (BANCO\_MUNDIAL, 2007).

Apesar da informação de custos hospitalares ter evidente importância e ser uma exigência legal, em 2009, a geração dessas informações era fornecida por apenas 5% dos hospitais, conforme pesquisa subsidiada pelo Banco Mundial e não atualizadas posteriormente (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Pesquisas evidenciam também que o levantamento destas informações é de difícil identificação (ALEMÃO, 2012; DUTTA; ZBARACKI; BERGEN, 2003; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009), o que fundamenta a necessidade de busca por alternativas que possibilitem aos gestores hospitalares a construção de informações dos custos dos serviços prestados.

A pandemia pelo coronavírus (COVID-19), evidenciou a necessidade e urgência de geração de informações do uso dos recursos em organizações hospitalares. Para tanto, necessário se faz que essas organizações possuem sistemas de gestão de custos que propiciem a geração de informações de modo a subsidiar os gestores no uso dos recursos e na discussão sobre o financiamento do setor. A importância do uso das informações de custos como subsídio para a discussão do financiamento da saúde é fundamental se considerarmos o aumento dos custos do setor saúde (CLEMENTS; COADY; GUPTA, 2012), além da exigência da melhor utilização dos recursos no setor saúde.

Neste contexto, é necessária a ampliação de informações de custos que tenham validação científica, metodológica, de forma a possibilitar uma discussão fundamentada em evidências do uso dos recursos, seja do custeio global do hospital ou por procedimento realizado. A utilização das informações como subsídio à gestão dos recursos amplia a visão de sua utilização para além do 'cortar custos', visão esta restrita, limitada que reduz a possibilidade de sua utilização como ferramenta de gestão estratégica. Para tanto, as informações de custos devem ser utilizadas como metainformação, isto é, como um sumário de informações, possibilitando evidenciar "o que", "quais" e "como" os recursos são consumidos na prestação de um serviço de saúde (GONÇALVES; GONÇALVES; ALEMÃO, 2011).

Apesar do cenário particularmente novo, como o de enfrentamento da pandemia mundial, a preocupação dos gestores hospitalares com a sustentabilidade financeira das instituições não representa novidade, mas um agravamento da necessidade de informações de custos. Alinhada à ampliação da discussão sobre a importância da gestão de custos nos últimos anos, o que possivelmente deve ter ampliado o percentual de hospitais que geram informações de custos, ainda persistem dificuldades na sua implantação, conforme identificado na revisão integrativa que será aqui apresentada. Justifica-se assim a elaboração deste artigo objetivando identificar o estado da arte das dificuldades e limitações na implantação da gestão de custos em organizações hospitalares e identificar as principais oportunidades para superar as dificuldades à implantação, utilizando busca bibliográfica, seguindo as etapas da revisão integrativa, com base no acrônimo PICO: As dificuldades

apontadas (C), na implantação de um sistema de custos (I) em uma instituição hospitalar privada de médio porte (P), na qual as variáveis independentes são as dificuldades apresentadas em pesquisas anteriores (O). Desta forma, pretende-se subsidiar o gestor hospitalar, em sua prática cotidiana, a análise da sustentabilidade econômico-financeira de suas instituições.

Não se pretende aqui aprofundar nas referências teóricas sobre os sistemas de custos, mas sim, apresentar a possibilidade e ganhos advindos com a gestão de custos hospitalares, integrando as informações com a gestão de processos e gestão de recursos.

Visando atender ao objetivo proposto, este artigo está dividido em cinco partes, sendo a primeira esta Introdução. A segunda parte apresenta a revisão integrativa que da implantação da gestão de custos em instituições hospitalares, tendo como subtópico as principais dificuldades de implantação da gestão de custos em organizações hospitalares bem como as alternativas para solucioná-las. A terceira parte apresenta a Metodologia utilizada no artigo. A quarta parte apresenta a análise e discussão dos dados, destacando a estratégia para a implantação da gestão de custos, o cenário estudado bem como as considerações frente ao painel de especialistas. A última e quinta parte apresentam as conclusões deste estudo.

## 2 | REVISÃO INTEGRATIVA DA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

As informações de custos hospitalares são fundamentais na gestão hospitalar e na discussão do financiamento da saúde, porém, o processo de implantar um sistema de gestão de custos nem sempre é um tema considerado, o que resulta em escassas referências que abordam este assunto especificamente.

Visando identificar o estado da arte da implantação da gestão de custos em organizações hospitalares, metodologias utilizadas, limitações e identificar as principais oportunidades para superar as dificuldades à implantação, realizou-se uma revisão bibliográfica para levantamento de estudos nas bases de dados de saúde. Foram pesquisados os descritores de saúde ‘Custos e Análises de Custos/ *Cost Analysis*’ e/and ‘Custos de Cuidados de saúde/*Health Care Costs*’ e/and ‘Custos Hospitalares/*Hospital Costs*’ sem restringir ao período de publicação, o que totalizou em 1089 estudos. Tendo como referência a leitura dos títulos, resumos e metodologias, foram selecionados 41 por conterem o termo “implantação”, porém nenhum estudo foi selecionado por não tratarem da implantação de sistemas de custos em instituições hospitalares. Nova busca foi realizada no Google Acadêmico utilizando os descritores da saúde (DeCS/MeSH): ‘Custos e Análises de Custos/ *Cost Analysis*’ e/and ‘Custos de Cuidados de saúde/*Health Care Costs*’ e/and ‘Custos Hospitalares/*Hospital Costs*’. Foram encontrados 42.700 estudos e ao aplicar o termo ‘implantação’ foram encontrados 27.500 estudos. Ao aplicar o filtro de período de

tempo da publicação, delimitado em 20 anos (1999 – 2019) foram selecionados 15.400 estudos. A seleção dos estudos que tratavam da implantação teve como fundamentação a leitura dos títulos, resumos e metodologias, resultando em 07 artigos indexados, sendo um artigo de revisão e 03 dissertações de mestrado, sendo uma do Curso de Contabilidade, uma em Engenharia de Produção e outra em Saúde Pública, conforme apresentado no Quadro 1.

Dentre os estudos encontrados na revisão integrativa, três são estudos bibliográficos de revisão de literatura e relato de experiência, que incluem os estudos de Pompermayer (1999), Serra Negra e Serra Negra (2009); Felipe *et al.* (2012). Os outros oito estudos são estudos descritivos que buscaram relatar propriamente a experiência de implantação de um sistema de custos em determinadas instituições, por óticas diferentes, e trazem o conhecimento aplicado à prática gerencial no setor saúde (ALEMÃO; MARTINS; CHAVES, 2010; CALVE *et al.*, 2013; ROCHA, 2004; SILVA, ENID ROCHA ANDRADE DA; MELLO, SIMONE GUERESI DE; AQUINO, 2004; SOUZA *et al.*, 2012) (ARMANDO PEREIRA GRELL; CHENNYFER DOBBINS, [S.d.]; OLIVEIRA, 2017; TEIXEIRA, 2013; ZARDO; HEKIS, 2013) E SANTOS (2017). Destas, seis relataram a aplicação do Custeio por Absorção como método implantado.

Quanto às metodologias de custos utilizadas, Gonçalves e Alemão (2018) apresentam que a escolha da metodologia de custeio deve refletir a importância de estimativas precisas e sua viabilidade, identificando se os benefícios das informações de custos mais confiáveis justificam os custos adicionais e a complexidade incorrida na obtenção de informações precisas e detalhadas. Para Pompermayer (1999), para a implantação de um sistema de gestão de custos deve-se proceder a uma criteriosa análise da adequação dos métodos, disponíveis na literatura e de sua compatibilização às necessidades gerenciais da empresa. Vieira (2017) afirma parecer razoável iniciar o processo adotando metodologia de custeio que considere de forma global os custos sendo o Custeio por Absorção a melhor escolha para o início deste processo. Isto pelo fato de que o grau de detalhamento e organização das instituições para a sua implantação é menor do que aquele necessário para a implantação do Custeio por Atividades.

Quanto à utilização de outras ferramentas de gestão como auxílio ao processo de implantação da gestão de custos, cinco estudos descrevem a utilização de ferramentas, como a análise de processos e de projetos, em concomitância à implantação de um sistema de custos, apontando como benéfica e auxiliar.



Nº	1	2	3	4
<b>Autor(s) Ano</b>	<b>Pompermayer (1999)</b>	<b>Serra Negra e Serra Negra (2001)</b>	<b>Rocha (2004)</b>	<b>Martins, Chaves, Alemão (2010)</b>
<b>Título</b>	Sistemas de gestão de custos: Dificuldades na implantação.	Custo hospitalar: uma reflexão sobre implantação e necessidades.	Dificuldades na implantação de sistemas de custeio em Instituições hospitalares: Estudo de caso em um Hospital de Florianópolis.	Implantação do Sistema de Custos na Rede FHEMIG.
<b>Tipo de Estudo</b>	Artigo de periódico	Artigo de periódico	Dissertação (mestrado) - Engenharia de Produção	Artigo de periódico
<b>Objetivos do Estudo</b>	Apresentar uma série de reflexões sobre dificuldades detectadas no momento da implantação de sistemas de gestão de custos nas organizações.	Realizar uma revisão com sequência de informações que contemple as informações mais básicas até as mais complexas sobre custos hospitalares.	Identificar a possibilidade de aplicação dos princípios e métodos de custeio adaptados às organizações hospitalares e descreveu as dificuldades encontradas na implantação de tais sistemas de custos, analisando formas de fugir a estas dificuldades.	Construção de uma base de conhecimento a partir da aplicação de sistema de custeio por Absorção como ferramenta de organização estratégica, em uma rede de hospitais públicos.
<b>Método facilitador de implantação</b>	NA	NA	Não houve	Não houve
<b>Método de custeio</b>	NA	NA	Absorção total, com centros de custos (RKW)	Absorção
<b>Unidade de análise</b>	Diversas instituições	Diversas instituições	Hospital filantrópico Universitário Florianópolis - SC	Rede de hospitais públicos
<b>Metodologia</b>	Reflexões	Revisão da literatura pelo método de indução	Pesquisa aplicada, qualitativa Pesquisa participante Estudo de caso	Estudo de caso descritivo
<b>Conclusões</b>	A trajetória estratégica escolhida pela organização terá influência decisiva na seleção do método de custeio a ser implantado. As dificuldades na implantação apresentam diferenças em função de variáveis.	Contabilidade hospitalar com um vasto campo para a pesquisa e aplicação prática da contabilidade, inexplorado e promissor.	O Hospital teve a implantação interrompida por problemas descritos e acredita-se que a implantação poderia ter sucesso se tivesse sido iniciada com um planejamento detalhado e com o envolvimento da alta direção em todo o processo desde o início. É item imprescindível para uma implantação de sucesso.	Aapuração e o controle de custos hospitalares constituem uma absoluta necessidade dentro dessas organizações e podem ser utilizadas como instrumento eficaz de gerencia e acompanhamento dos serviços, permitindo a implantação de medidas que visem a um melhor desempenho das unidades, com base na possível redefinição das prioridades essenciais, aumento da produtividade e racionalização do uso de recursos.

Nº	5	6	7	8
Autor(s) Ano	Souza et al (2012)	Felipe et al (2012)	Zardo e Hekis (2013)	Teixeira (2013)
<b>Título</b>	Custeio baseado em atividades em organizações hospitalares: Análise do processo de custeamento em dois hospitais.	Dificuldades encontradas durante a implantação de sistema de custos: um estudo realizado com base em artigos do congresso brasileiro de custos.	Estudo para implementação de um sistema de apuração de custos no centro de pesquisas oncológicas – CEPON.	Gestão de custos de serviços hospitalares no INCA: avanços e retrocessos para implementação do Sistema de Apuração de Custos.
<b>Tipo de Estudo</b>	Artigo de periódico	Artigo apresentado no XIX Congresso Brasileiro de Custos	Artigo de revista online	Dissertação (Mestrado) – ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
<b>Objetivos do Estudo</b>	Verificar quais as principais dificuldades para o cálculo de custos por meio do sistema ABC em duas organizações hospitalares.	Identificar quais são as dificuldades encontradas pelas organizações ao implantar um sistema de custos.	Realizar um estudo para a implementação de um sistema de apuração de custos no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON).	Avaliação dos ajustes necessários para implementar o Apurasus no Instituto Nacional de Câncer-INCA, com base no Manual Técnico do Programa Nacional de Gestão de Custos.
<b>Método facilitador implantação</b>	Metodologia desenvolvida por Souza, Guerra e Avelar (2009)	NA	NA	Manual Técnico do Programa Nacional de Gestão de Custos
<b>Método de custeio</b>	ABC	NA	Custeio por Absorção	Custeio por absorção
<b>Unidade de análise</b>	Maternidade Privada e Hospital filantrópico	Diversas instituições	Órgão público estadual. Florianópolis - SC	Instituto Nacional de Câncer (INCA)
<b>Metodologia</b>	Exploratória, qualitativa, baseou-se em estudo de caso.	Exploratório e descritivo, bibliográfica, documental e quantitativa.	Exploratório descritivo	Pesquisa aplicada, exploratória, de abordagem qualitativa

<p><b>Conclusões</b></p>	<p>Para um cálculo mais apurado dos custos, é necessário que os hospitais pesquisados realizem adequadamente alguns controles específicos durante a realização de suas atividades.</p>	<p>Encontrar dados foi a dificuldade mais apontadas dentro dos trinta (30) estudos de casos, mencionados nos 30 artigos analisados, tanto em empresas privadas como nas públicas. As demais dificuldades são heterogêneas em empresas públicas e privadas. Soluções simples e até mais trabalhosas e longas foram apontadas para prevenir ou sanar as oito (08) dificuldades, mencionadas nos estudos de casos, garantido assim um melhor processo de implantação do sistema de custos.</p>	<p>A implementação de um sistema de apuração de custos hospitalares proporcionará importantes informações gerenciais. No atual contexto organizacional, identificou-se que o recomendável é o método de custeio por absorção, por ser o mais tradicional e que demanda menores investimentos para sua implementação.</p>	<p>Com a implementação do sistema de custos é possível identificar os custos diretos e indiretos por centros de custos, assim como os custos dos procedimentos hospitalares. Também torna-se possível gerar relatórios mais refinados que melhorem a qualidade das informações no sentido de prover os gestores nas tomadas de decisões e no uso mais racional dos recursos públicos.</p>
--------------------------	--	---	--	---

Nº	9	10	11
Autor(s) Ano	Grell e Rosa (2015)	Oliveira (2017)	Santos (2017)
<b>Título</b>	Gestão de projetos como agente facilitador na implantação do sistema de custos por departamento em um hospital público.	A implantação de um sistema de gestão de custos no hospital universitário pela EBSEH: Um estudo de caso com utilização do PMBOK.	Processo de institucionalização no sistema informacional de custos e tratamento do desperdício em uma entidade hospitalar.
<b>Tipo de Estudo</b>	Artigo de periódico	Artigo de periódico	Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Contabilidade
<b>Objetivos do Estudo</b>	Avaliar a aplicação do gerenciamento de projetos como metodologia facilitadora para a implantação de um projeto estratégico de centro de custos dentro de uma organização hospitalar pública.	Apresentar o processo de implantação do sistema de gestão de custos no HUPAA pela EBSEH, além de indicadores de desempenho para cada um dos processos internos.	Analisar o processo de institucionalização do sistema de custos e tratamento de desperdícios no Hospital Ministro Costa Cavalcanti do município de Foz do Iguaçu PR sob a ótica do modelo de Burns e Scapens (2000).
<b>Método facilitador de implantação</b>	Gerenciamento de projetos	Project Management Body of Knowledge (PMBOK), (2013)	Modelo de Burns e Scapens, (2000)
<b>Método de custeio</b>	Custeio por Absorção	Custeio por Absorção total	RKW – Custeio por centro de custos
<b>Unidade de análise</b>	Hospital Público. São Paulo - SP	Hospital Universitário. - Maceió - AL	Hospital Filantrópico - Foz do Iguaçu-PR
<b>Metodologia</b>	Descritivo, cujo método foi o estudo de Caso	Descritivo, cujo método foi o estudo de Caso quantitativo e qualitativo.	Descritiva, estudo de caso e abordagem quali-quantitativa.

<p><b>Conclusões</b></p>	<p>Importante do apoio da alta gerência da organização para dar suporte à equipe do projeto, garantir a continuidade das mudanças, intervir em situações mais complexas e facilitar o relacionamento com os stakeholders.</p>	<p>Evidente a importância da implantação do sistema de gestão de custos para o processo de apuração de custos hospitalares e também a importância da informação produzida pela contabilidade na gestão do hospital. Por meio desta pesquisa, tornou-se possível a produção de dados e informações contábeis de grande importância, das quais os gestores da unidade ainda não dispunham.</p>	<p>Presença do SIC desde 2008, porém a utilização das informações geradas por essa ferramenta só foi observada nos últimos anos (Estudo realizado em 2017). Os principais resultados encontrados apontam que o SIC passou pelas etapas de codificação e de incorporação, encontrando-se, portanto, na fase de reprodução, não ocorrendo ainda a institucionalização da ferramenta de gestão.</p>
--------------------------	---	--	--

Quadro 1 – Relação de estudos que abordam implantação da gestão de custos hospitalares – 1999-2019 – cont.

Fonte: Bitencourt (2020).

## 2.1 As dificuldades da implantação da gestão de custos

Quanto às dificuldades e limitações na implantação da gestão de custos em organizações hospitalares, pôde-se identificar em 08 dos 11 estudos analisados na revisão. No estudo de Pompermayer (1999), que apesar de não ser de dados específicos da saúde, mas sim de experiências com distintas empresas, a autora apresenta que existem limitações que dificultam a implantação de um sistema de custos conforme descrito no Quadro 2. De acordo com a autora, a intensidade com que tais questões se manifestam não é uniforme, apresentando diferenças em função de variáveis como: o porte da empresa, a qualificação de seu quadro gerencial, o estágio de maturidade da organização, entre outras (POMPERMAYER, 1999).

Limitação	Descrição
Dificuldades conceituais	A visão monetária dos custos leva as empresas a adotarem ações no sentido de controles e reduções muitas vezes de forma indiscriminada, sem uma análise mais adequada sobre quais os recursos ou benefícios atingidos na forma de produtos ou serviços, não permitindo, ainda, a prática de técnicas de otimização dos recursos.
Dificuldades na definição de objetivos	Este é um dos postos-chave para o sucesso da adoção de um sistema de gestão de custos. Constitui para a empresa um importante fator de integração das pessoas e de unificação do seu entendimento acerca do que significa consumir recursos, atingir objetivos e metas, e da longevidade da empresa no mercado. Exigirá, por parte da empresa, uma revisão de seu planejamento estratégico, de forma que as informações do sistema se liguem com a estratégia de sustentação competitiva determinada por ela.

Limitação	Descrição
Dificuldades na implantação	A tarefa de implantação de um sistema de gestão requer alguns cuidados básicos. Exige abordagem técnica específica, sensibilização das relações humanas e adequação da tecnologia de processamento de dados empregada pela empresa. O sistema de gestão de custos, por sua natureza, não pode prescindir de um patamar mínimo de organização dos subsistemas de apoio, como materiais, recursos humanos, finanças, produção, contabilidade. Portanto, tais subsistemas deverão ser articulados em torno dos dados que fornecerão ao sistema de custos, de forma sistematizada e organizada.

Quadro 2 – Limitações que dificultam a implantação do sistema de controle de custos, de acordo com Pompermayer (1999).

Fonte: Adaptado de Pompermayer (1999, p. 22-26), apud Bitencourt (2020).

Tendo como diretriz a estratificação apresentada no estudo de Pompermayer (1999), estão sintetizadas no Quadro 3 as dificuldades encontradas e retratadas nos demais estudos.

Rocha (2004) afirma que as dificuldades em se implantar um sistema de custos em hospitais não são diferentes das de outras instituições. Elas esbarram nos mesmos problemas, apenas algumas valorizam mais uma dificuldade que outras pelas características particulares de cada ramo de atuação. Em seu estudo, Rocha (2004) concluiu seu objetivo de identificar quais são as principais dificuldades em implantar um sistema de custos na área hospitalar tendo como referência fatores por ele analisados. Inicialmente o autor apresenta a falta de escopo do projeto isto é, dificuldade de definição da abordagem que se pretende adotar para a visão de custos na instituição, a saber: a financeira, correspondente à visão do que aconteceu com os custos no passado; a operacional; que tem como foco o momento atual e de executar a melhoria nos processos ou a estratégica que antecipa o que pode acontecer no futuro, que permitam mudar os custos futuros. Aponta também a falta de adesão da direção no processo de implantação do sistema de custos; a participação de consultores como responsáveis pela implantação e não como facilitadores no processo; a resistência cultural às mudanças necessárias de rotinas e redução de atividades que não agregam valor e a falta de conhecimento para usar as informações após a implantação; a divisão funcional arraigada e sem visão de processo, a necessidade de uso de um *software*; a necessidade de treinamento.

<b>Estudo</b>	<b>Dificuldades conceituais</b>	<b>Dificuldades na definição de objetivos</b>	<b>Dificuldades na implantação</b>
Serra Negra e Serra Negra (2001)	- Desinteresse por parte dos responsáveis pelos hospitais;	- Falta de literatura especializada; - Falta de pessoal técnico e/ou especializado que conheça a dinâmica e a manutenção do sistema; - Falta de supervisão, treinamento e conscientização.	- Dificuldade na obtenção de informações;
Rocha (2004)	- Falta de participação da direção; - Resistência cultural; - Divisão funcional arraigada e sem visão de processo	- Falta de escopo do projeto; - Falta de conhecimento para usar as informações;	- Utilização de consultores; - Necessidade de uso de um software;
Souza et al (2012)			- Incapacidade das organizações em fornecer informações essenciais.
Felipe et al (2012)	- Falta de interesse;	- Adaptação; - Falta de treinamento; - Indeterminação dos direcionadores de custeio;	- Encontrar os dados; - Dados defasados; - Escassez de recursos; - Excesso de micro processos.
Grell e Rosa (2015)	- Falta de apoio efetivo do principal stakeholder;	- Falta de autonomia do gestor responsável;	- Grande número de informações envolvidas; - Equipe não estava 100% envolvida na implantação; - Grande volume de atividades.
Oliveira (2017)	- Controles de gestão superficiais;	- Risco de que os gestores confundirem e misturarem as atividades, não conseguindo apreciar o que pode ser avaliado por esta ferramenta.	- Não utilização dos módulos específicos de contabilidade e de custos;
Santos (2017)		- Incompreensão e dificuldade dos atores envolvidos para a utilizassem as informações repassadas mensalmente através de relatórios.	- Uso heterogêneo dos dados e do próprio sistema pelos setores da instituição.

Quadro 3 - Dificuldades encontradas no momento da implantação dos sistemas de custos hospitalares – 1999-2019

Fonte: Bitencourt (2020).

Felipe *et al.* (2012) utilizando metodologia de metanálise de um total de 3.036 (três mil e trinta e seis) artigos apresentados no Congresso Brasileiro de Custos entre 1994 e 2011, culminou numa amostra total de trinta (30) artigos cujo tema central era a implantação de um sistema de custos em uma organização, identificaram as dificuldades encontradas pelas organizações ao implantar um sistema de custos. Os autores mostraram a existência de oito (08) principais dificuldades identificadas durante a implantação do sistema de custos que são: encontrar os dados, adaptação, dados defasados, falta de treinamento,

indeterminação dos direcionados de custeio, excesso de processos, escassez de recursos, falta de interesse. Os autores destacam a dificuldade de “encontrar dados” por ter sido apontada por aproximadamente um terço das instituições. Destacam também a diferença nas dificuldades encontradas quando da estratificação em organizações públicas ou privadas. De acordo com os autores, as organizações públicas somente apontaram cinco (05) das oito (08) dificuldades encontradas, deixando de apontar: “escassez de recursos”, “falta de treinamento” e “indeterminação dos direcionadores de custeio”. Entretanto, a dificuldade “escassez de recursos” apresentou-se como sendo a segunda dificuldade mais frequente nas instituições privadas. Pode-se concluir que a “escassez de recursos” não é vista como uma dificuldade para a implantação de um sistema de custos em entidades públicas. Em contrapartida, as entidades privadas não apontam o “excesso de micro processos” que incham o macroprocesso como dificuldade para implantação de um sistema de custos, ao contrário das entidades de natureza pública, onde essa foi a segunda mais apontada.

## 2.2 Alternativas às dificuldades

Visando identificar as principais oportunidades para superar as dificuldades à implantação foram levantadas as alternativas apresentadas pelos autores pesquisados. Dos estudos levantados na revisão integrativa que apresentam as dificuldades de implantação da gestão de custos, apenas em dois, os artigos de Rocha (2004) e Felipe *et al.* (2012) foram levantadas propostas de soluções para minimizar o impacto dessas dificuldades

No estudo de Felipe *et al.* (2012) os autores afirmam que nos estudos analisados em sua revisão, alguns trabalhos não propõem soluções para as dificuldades apresentadas, possivelmente por dois motivos: primeiro, em razão de impedimento das organizações, que não autorizam a divulgação de dados dessa natureza, em razão das mesmas revelarem as estratégias adotadas; segundo, pelo fato dos trabalhos analisados não terem por objetivo destacar as soluções utilizadas para reduzir os impactos das dificuldades encontradas durante a implantação do sistema de custo.

O Quadro 4 faz a relação entre a dificuldade apresentada e as respectivas estratégias de soluções apresentadas nestes dois estudos

Dificuldades	Soluções por Felipe et al. (2012)	Soluções por Rocha (2004)
Dificuldades conceituais	<p><b>- Falta de interesse:</b> Realização de <i>workshops</i> Conscientização do comprometimento com o projeto</p>	<p><b>- Falta de participação da direção;</b> <b>- Resistência cultural;</b> <b>- Divisão funcional arraigada e sem visão de processo;</b> Forte decisão da direção em implantar o sistema de custos; O coordenador do projeto deve utilizar-se da competitividade entre os gerentes pode torná-la uma competição saudável.</p>

Dificuldades	Soluções por Felipe et al. (2012)	Soluções por Rocha (2004)
Dificuldade na definição de objetivos	<p><b>- Adaptação:</b> Relatórios mais claros Atividades de conscientização Processo de adaptação progressivo elaboração de uma base de produção ideal para base de tomada de decisão</p> <p><b>- Falta de Treinamento:</b> Mudança do organograma dando sincronia às informações Absorção do modelo à longo prazo (sem treinamento formal) Realização de <i>workshops</i> e treinamentos internos</p> <p><b>- Indeterminação dos direcionadores de custeio:</b> Detalhamento dos números que geraram os direcionadores de custos Uso das informações do sistema de apoio à produção</p>	<p><b>- Falta de escopo do projeto;</b> <b>- Falta de conhecimento para usar as informações;</b> Treinamento de todos para entender e utilizar os relatórios de maneira a facilitar as tomadas de decisão. Envolvimento de todos durante os levantamentos das informações.</p>
Dificuldades na implantação	<p><b>- Encontrar dados:</b> Elaboração de uma base de produção ideal para base de tomada de decisão Integração entre os sistemas Estudo profundo das atividades Reestruturação do método de alocação de custos Previsão de recursos a partir de banco de dados pré-existente Aplicação do custeio ABC Uso da metainformação pelos gestores</p> <p><b>- Dados defasados:</b> Atividades de conscientização Aplicação de teste de confiabilidade de dados Integração dos departamentos Aplicação de novos índices Diagnóstico situacional</p> <p><b>- Escassez de recursos:</b> Ciência prévia dos custos totais da implantação Novos processos para economizar</p> <p><b>- Excesso de microprocessos:</b> Avaliação gerencial da necessidade desses microprocessos Redesenho dos processos</p>	<p><b>- Utilização de consultores;</b> <b>- Necessidade de uso de um software;</b></p>

Quadro 4 - Relação de dificuldades e suas respectivas soluções apresentadas.

Fonte: Bitencourt (2020).

De acordo com os autores, soluções simples, como a realização de workshops e ações de conscientização, até as mais trabalhosas e longas, como o redesenho dos processos da organização e a manutenção periódica dos bancos de dados, foram apontadas para prevenir ou sanar as oito (08) dificuldades, mencionadas nos estudos de



casos. As soluções propostas visam garantir assim um melhor processo de implantação do sistema de custos, fazendo-o atingir seu objetivo: gerar uma informação valiosa (ROCHA, 2004; FELIPE et al, 2012).

De acordo com Rocha (2004) para fugir a essas dificuldades é necessário que haja um real interesse da organização e um coordenador do projeto que saiba integrar todos e respeitar seus medos e dificuldades. Ainda de acordo com a autora, um planejamento realizado com a participação de todos tornará a implementação mais tranquila. A escolha do responsável pela execução do projeto é muito importante, pois deve ser uma pessoa que consiga envolver todos os setores no projeto de maneira a criar um senso de responsabilidade de todos os setores no sucesso da implantação. O conhecimento dos processos executados na organização deve ser o passo inicial já que em uma instituição hospitalar é mais complexo que em outras (ROCHA, 2004).

Pode-se inferir que a revisão bibliográfica realizada neste estudo evidencia duas vertentes do cenário da gestão de custos em organizações de saúde: se por um lado temos como fator limitante a pequena quantidade de casos de implantação de sistemas de custos encontrados para obtenção de informações, temos por outro lado, a percepção da relevância da realização do presente estudo, pois comprova que a temática central ainda é pouco explorada.

### 3 | METODOLOGIA

A pesquisa visou a realização de uma revisão integrativa sobre a implantação da gestão de custos em unidades hospitalares, apontando as dificuldades apontados pelos diversos autores. Acrescenta-se como unidade de análise uma unidade hospitalar de médio porte, situada no sul de Minas Gerais. A instituição, de caráter privado, tem atendimento especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares e conta com parcela importante do seu atendimento ao SUS. Figura como referência em atendimentos na área da cardiologia, neurologia e hemodinâmica para o município onde se situa, cidades do sul de Minas e também do interior paulista.

Para atingir ao objetivo de identificação das dificuldades na implantação da gestão de custos no hospital unidade de análise foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: foi realizada análise documental a partir de documentos contemporâneos e retrospectivos, considerados cientificamente autênticos, abrangendo arquivos privados e dados de registro da unidade de análise, realizada durante a fase inicial de implantação da gestão de custos na instituição.

Foi realizado também o Painel de Especialistas (GIL, 2008; PINHEIROS; FARIA; ABE-LIMA, 2013), sendo utilizada esta ferramenta para o entendimento da percepção dos profissionais de saúde quanto ao processo de implantação da gestão de custos na unidade de análise. Foi aplicado questionário semiestruturado aos grupo de gestores do

hospital. O especialista foi convidado a discutir o tema, a fim de realizar um diagnóstico do seu conhecimento e percepções acerca do assunto (Gestão de Custos). Este questionário foi validado com a realização de pré-teste com dois gestores da instituição, que não fizeram parte da amostra dos participantes do Painel de Especialistas. Estas discussões possibilitaram entender o nível de conhecimento acerca da gestão de custos e quais as dificuldades da sua implantação sob a ótica destes especialistas, sensibilizando a equipe quanto à “Cultura de Custos” e geração de conhecimento prospectivo.

Pela atuação da pesquisadora na instituição foi permitida análise documental de informações e dos processos envolvidos na elaboração da pesquisa. Possibilitou também que a análise dos dados fosse comparada com as observações dos fatos que influenciam em relação às informações adquiridas no painel de especialistas. Além disso, em alguns momentos, foi possível ser interventora, orientando a instituição no sentido de obter melhores resultados das informações, configurando o método de observação participante.

#### 4 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O painel de especialistas foi formado por gestores de nível médio da instituição, responsáveis pela gestão dos principais serviços: Central de Materiais e Esterilização, Departamento de Enfermagem, Hemodinâmica, Laboratório de Análises Clínicas, Pronto-Socorro e Unidade de Terapia Intensiva.

Quanto à caracterização dos especialistas que aceitaram participar da pesquisa, observou-se que 83% da amostra foi composta de enfermeiros e os gestores possuíam formação em nível de pós-graduação. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, um gestor trabalhava a três anos, quatro aproximadamente seis anos e, dois por mais de 10 anos. Em relação ao tempo no cargo de gestão, todos eles ocupavam o cargo há mais de um ano, sendo: um, por um ano; um, por dois anos; dois, por três anos; um, por quatro anos; e um, por cinco anos.

O Quadro 05 apresenta o conhecimento de custos dos gestores da instituição acerca do conceito de gestão de custos.

<b>Especialista</b>	<b>O que é a gestão de custos?</b>
Especialista 01	“A maioria das instituições de saúde enfrenta dificuldades financeiras, por conta do real desconhecimento dos custos de seus serviços prestados. A gestão de custos permite identificar quais componentes precisam ser gerenciados de uma forma mais efetiva, sem perda da qualidade e, a causa dos custos, contribui para a tomada de decisões do gestor.”
Especialista 02	“[...] é na verdade um grupo de pessoas preocupado com resultados positivos atrelado a lucros e redução de gastos que qualidade do serviço [...].”
Especialista 03	“Gestão de custos é parte essencial das empresas, é através dela que decisões são tomadas, define a rentabilidade de determinada operação, produto ou serviço oferecido.”

Especialista 04	“Planejamento e conhecimento de informações obtidas em cada etapa de um processo, afim de gerenciar e controlar o mesmo. Não tenho muito conhecimento sobre o assunto”.
Especialista 05	“[...] forma de gerir tudo aquilo que entra e sai de uma determinada empresa, instituição, setor [...]. Diante da gestão de custo, você conseguirá reduzir gastos, ou ampliar o seu lucro. Para falar verdade, meu primeiro contato foi no âmbito hospitalar durante as visitas da ONA. E, após isso, você me trouxe uma visão mais ampliada do assunto em questão”.
Especialista 06	“Pra mim, gestão de custos, é organizar o que entra e o que sai para conseguir gerir e administrar com eficiência. Conhecimento específico de como funciona e as ferramentas corretas não tenho [...]”.

Quadro 5 – Conceito de gestão de Custos: conhecimento dos especialistas.

Fonte: Bitencourt (2020).

Ao analisar as respostas dos especialistas, observa-se a necessidade da informação de custos na instituição pois os respondentes têm conhecimento parcial sobre a gestão de custos. Por meio dessa análise, verificou-se também as percepções dos entrevistados sobre as potenciais contribuições que a gestão de custos pode proporcionar e que estão relacionadas com a melhoria da qualidade, uso da informação para a tomada de decisões, definição da rentabilidade dos procedimentos realizados e, por conseguinte, otimização do resultado final da organização.

Ao realizar um comparativo dos achados no hospital estudado com as referências obtidas na revisão integrativa, foi alcançado um paralelo sobre as dificuldades na implantação da gestão de custos - pontuadas na revisão integrativa - e as percepções dos gestores da instituição estudada, obtidas por meio do Painel de Especialistas.

<b>Especialista</b>	<b>Dificuldade para a implantação da gestão de custos.</b>
<b>Especialista 01</b>	“A dificuldade na implantação da gestão de custos é devida à centralização do gestor das atividades financeiras em suas mãos. Enquanto isso, não se tem o verdadeiro custo da instituição levantado para poder investir de forma eficaz, prevendo não perder a qualidade na assistência ao cuidado”.
<b>Especialista 02</b>	“Penso que a dificuldade na implantação de gestão de custo está muito relacionada a entender a importância de trabalhar esta questão. É mais do que vocês têm. Um grupo de pessoas que trabalho em cima de cotação. Que trabalha em cima de orçamentos. É maior do que isso. É, na verdade, um grupo de pessoas preocupada com resultados positivos atrelados aos lucros e a redução de gastos do que qualidade do serviço. Isto envolve investimento de gestão de qualidade e profissionais capacitados. As empresas, no geral, têm uma certa resistência na implantação da gestão de custo, devido ao fato de não entender o tamanho do impacto de uma boa gestão de custos dentro da empresa. Isto requer, sim, gasto com pessoal. O retorno vem a médio e longo prazo. É necessário a implantação de equipe especializada na geração de estatística, na resposta e nos resultados. Muitos empresários não conseguem entender o valor do serviço”.
<b>Especialista 03</b>	“Acredito no que mais dificulta um processo de implantação é o custo envolvido, pois, como “pouco foi feito ainda”, o custo tende ser mais alto, gerando dificuldades de aprovação do investimento pelo setor financeiro. Posso citar ainda a dificuldade por parte das pessoas envolvidas em aceitar o processo de implantação, pois este gera mudanças que, muitas vezes, são mal interpretadas pelas pessoas. Isso gera insegurança”.
<b>Especialista 04</b>	“A coleta de informações”.

<b>Especialista 05</b>	“Primeiro: porque é necessário ter acesso a tudo que se refere a dinheiro. Isso pode ser um pouco delicado para a instituição. Segundo: porque é algo lento mesmo. Não é fácil ter ciência dos custos e lucros de cada setor “.
<b>Especialista 06</b>	“Acredito que a dificuldade está em mudança de hábitos e culturas [...]. O velho ditado que diz: “eu sempre fiz assim e deu certo”. Penso que o começo é sempre mais difícil, porém, conseguindo conscientizar da importância e da melhora que pode trazer ao serviço, facilitaria a implementação”.

Quadro 06 – Dificuldades na implantação da gestão de Custos – De acordo com o conhecimento dos especialistas.

Fonte: Bitencourt (2020).

A fala dos especialistas demonstraram a necessidade do desenvolvimento do conhecimento da informação de custos na instituição. Os respondentes não reconheceram as dificuldades da implantação na instituição e, ao realizar o comparativo com a revisão bibliográfica não se percebe alinhamento nas dificuldades apresentadas, demonstrando que a opinião dos especialistas está discrepante do encontrado na revisão integrativa.

As dificuldades percebidas pelos especialistas foram comparadas com as encontradas na revisão integrativa. Para isto, realizou-se uma síntese que é apresentada no Quadro 6, compreendendo as dificuldades comuns descritas pelos diversos autores que compõem o referencial teórico deste estudo.

<b>Dificuldades encontradas na revisão integrativa</b>	<b>Dificuldades encontradas na instituição estudada</b>		<b>Dificuldades relatadas pelos especialistas</b>
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	
<b>Dificuldades conceituais</b>			
- Desinteresse por parte dos responsáveis pelos hospitais.	X		Especialista 2
- Resistência cultural.	X		Especialistas 2, 3 e 6
- Controles de gestão superficiais.		X	
<b>Dificuldades na definição de objetivos</b>			
- Falta de pessoal técnico e/ou especializado que conheça a dinâmica e a manutenção do sistema.	X		Especialista 2
- Falta de treinamento e conscientização.	X		Especialistas 2 e 5
- Falta de escopo do projeto.		X	
- Indeterminação dos direcionadores de custeio.		X	
- Falta de autonomia do gestor responsável.	X		Especialista 1
<b>Dificuldades na implantação</b>			
- Dificuldade na obtenção de informações.	X		Especialistas 4 e 5
- Necessidade de uso de um software.		X	

- Utilização de consultores.		X	
- Escassez de recursos.	X		Especialista 3
- Grande volume de atividades.		X	

Quadro 6 – Comparativo entre as dificuldades descritas na revisão integrativa, o cenário estudado e a opinião dos especialistas.

Fonte: Bitencourt (2020).

#### 4.1 Estratégia para implantação da gestão de custos

Conforme apresentado anteriormente, os gestores da instituição apresentaram uma visão incipiente sobre a implantação da gestão de custos, porém, mesmo nestas condições, perceberam as dificuldades para tal processo, conforme apresentada no Quadro 6.

As três dificuldades descritas pela revisão integrativa que não foram encontradas na instituição estudada foram: Controle de gestão superficial; Grande volume de atividades; e Escassez de recursos. As duas primeiras podem já ter sido excluídas pela instituição, pelo fato de já ter implantado na Gestão por processos que, de acordo com Iritani *et al.* (2015), os benefícios na adoção dessa abordagem incluem:

- Maior velocidade nas melhorias e mudanças de mercado.
- Aumento da satisfação do consumidor.
- Melhor qualidade de produtos.
- Redução de custos e maior compreensão sobre as atividades da organização.

Desta forma a instituição já solucionou alguns dos problemas possíveis.

Assim, as soluções apresentadas na revisão integrativa também podem ser aplicadas nas dificuldades encontradas na instituição objeto de estudo. Se aplicadas, podem permitir a concretização da implantação da gestão de custos nesta instituição. Observou-se ainda, que as atividades planejadas para serem realizadas pelo consultor contratado estavam alinhadas às alternativas descritas na revisão integrativa e, se aplicadas, podem resultar em um processo de implantação mais assertivo.

Frente ao resultados obtidos com a revisão integrativa e as considerações referentes à instituição objeto de estudo, este roteiro foi delineado como instrumento de apoio para a conclusão da implantação da Gestão de Custos, e está organizado em ações estratégicas, táticas e operacionais, alinhado à proposta apresentada por Martins, Chaves, Alemão (2010) e ao Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), conforme apresentado em Brasil (2013).

<b>AÇÕES ESTRATÉGICAS</b>	
<b>O que?</b>	<b>Como?</b>
Ações realizadas junto ao corpo diretivo da instituição para definições estratégicas como a definição do objetivo da utilização das informações de custos, compreensão do envolvimento da direção, definição da metodologia a ser utilizada, definição da solução informatizada de suporte à gestão e alinhamento aos objetivos estratégicos da organização.	Realização de Oficina Técnica para alinhamento semântico do Grupo Diretor da instituição com apresentação conceitos e o entendimento do uso das informações de custos como metainformação, isto é, como sumário de outras informações, podendo ser compreendida como indicador de resultados e indicador de processos.
<b>AÇÕES TÁTICAS</b>	
<b>O que?</b>	<b>Como?</b>
Ações de compreensão situacional e análise diagnóstica da situação atual da implantação da gestão estratégica de custos na instituição, buscando alinhamento junto ao corpo técnico da disponibilização de dados, como e quais são necessários para a implantação da gestão estratégica de custos, além da divulgação da Cultura de Custos aos Gerentes/Técnicos.	Realização de Visitas Técnicas e Treinamentos a serem realizadas junto aos Gestores da instituição. Visitas técnicas realizadas nos diversos setores do hospital para conhecimento e entendimento do envolvimento com a informação de custos e a compreensão das possíveis formas de coleta dos dados, pelo Gestor de Custos da instituição e realizadas ao longo do seu período de trabalho. Os Treinamentos visam a divulgação da “cultura de custos” com o grupo técnico, além de buscar o alinhamento de conceitos e apresentação dos objetivos estratégicos definidos pelo corpo diretivo. Realização de quatro treinamentos, em dias alternados e turnos alternados, para ter a participação dos funcionários que trabalham em regime de plantão.
<b>AÇÕES OPERACIONAIS</b>	
<b>O que?</b>	<b>Como?</b>
As ações operacionais necessárias para a implantação da gestão estratégica de custos pelo Gestor de Custos da instituição.	Acompanhamento e análise das atividades já iniciadas na instituição, buscando, definir as etapas para a implantação da metodologia definida pela Direção. Dentre outras atividades busca-se a definição de conceitos, análise dos sistemas corporativos que fornecerão dados como sistemas clínicos e administrativos, mapeamento de uma estrutura de definição da metodologia a ser utilizada e análise da disponibilização das informações e possíveis futuros modelos de relatórios gerenciais.

Quadro 07 – Roteiro básico para a implantação da gestão de custos em instituições hospitalares.

Fonte: Bitencourt (2020).

## 51 CONCLUSÃO

Visando atender ao objetivo de identificar o estado da arte das dificuldades e limitações na implantação da gestão de custos em organizações hospitalares e identificar as principais oportunidades para superar as dificuldades à implantação, foi realizada uma busca bibliográfica, seguindo as etapas da revisão integrativa, com base no acrônimo PICO: As dificuldades apontadas (C), na implantação de um sistema de custos (I) em uma instituição hospitalar privada de médio porte (P), na qual as variáveis independentes são as dificuldades apresentadas em pesquisas anteriores (O). Nesta revisão foram selecionados

11 estudos que atingiam os objetivos da busca, sendo que os autores destas estudos destacaram que as dificuldades encontradas na fase de implantação da gestão de custos podem ser distintas de acordo com as características da instituição.

Concluiu-se ser positivo para minimizar as dificuldades de implantação da gestão de custos a realização de ações de nível estratégico, tático e operacional destacadas no corpo deste trabalho, e que podem permitir tornar a implantação bem sucedida. Destaca-se as ações de alinhamento do interesse da direção aos objetivos estratégicos da organização, disseminação da cultura de custos a todos os atores da instituição, capacitação e alinhamento de processos.

Concluiu-se que é necessário a realização de um projeto aprofundado e com objetivos bem definidos para que a implantação tenha sucesso em seu percurso. Implantar a gestão de custos exige uma série de adequações. Destaca-se a necessidade de alinhamentos entre diversos setores, entre processos para geração de dados e informações, o que nem sempre se mostra de fácil manejo. O alinhamento entre o objetivo estratégico da organização hospitalar e a gestão de custos é fundamental para a implantação da gestão de custos.

A implantação da gestão de custos pode ser percebida como uma complexa inter-relação de atividades e fatores que permeiam os interesses da alta gestão, o conhecimento da equipe tática e operacional e o levantamento de diversos dados na busca da criação de uma informação de qualidade, utilizada como ferramenta aliada à tomada de decisões de nível gerencial.

## 6 | REFERÊNCIAS

ALEMÃO, M. M. Financiamento do SUS paralelo aos gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: um estudo de caso compreensivo fundamentado na base de conhecimento gerada com metainformação custo. 2012. 186 f. Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em: <[http://www.cepead.face.ufmg.br/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=20](http://www.cepead.face.ufmg.br/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=20)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ALEMÃO, M. M.; MARTINS, A. C. B.; CHAVES, J. G. Implantação do Sistema de Custos na Rede FHEMIG. **RAHIS**, v. 0, n. 4, p. 50–61, 2010. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/957/741>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

GRELL, A. P.; DOBBINS, C. Gestão de Projetos como agente facilitador na implantação de um sistema de informações de custos num Hospital Público. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/300556320\\_GESTAO\\_DE\\_PROJETOS\\_COMO\\_AGENTE\\_FACILITADOR\\_NA\\_IMPLANTACAO\\_DE\\_UM\\_SISTEMA\\_DE\\_INFORMACOES\\_DE\\_CUSTOS\\_NUM\\_HOSPITAL\\_PUBLICO](https://www.researchgate.net/publication/300556320_GESTAO_DE_PROJETOS_COMO_AGENTE_FACILITADOR_NA_IMPLANTACAO_DE_UM_SISTEMA_DE_INFORMACOES_DE_CUSTOS_NUM_HOSPITAL_PUBLICO)>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BANCO\_MUNDIAL. Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil : Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. . Brasília: 2016.05.04, 2007.

BITENCOURT, K. C. B. ESTUDO DOS DESAFIOS E LIMITAÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE MÉDIO PORTE DO SUL DE MINAS GERAIS: Projeto de Intervenção. 2020. 110 f. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) – Departamento de Gestão dos Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

BRASIL. Introdução à gestão de custos em saúde. 1ª Ed. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. v. 2. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-750392>>. Acesso em: 2 maio 2014. (Série Gestão e Economia da Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde - Datasus. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2016.

BRASIL, Presidência da República. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 8 maio 2014. , 1990

BRASIL, Tribunal de Contas da União - TCU. Critérios gerais de controle interno na Administração Pública. , Um estudo dos modelos e das normas disciplinadoras em diversos países. Brasília: [s.n.], 2009.

CALVE, A. et al. Um Estudo De Governança Corporativa Nos Hospitais Filantrópicos Do Espírito Santo. **Revista Universo Contábil**, n. 27, p. 128–143, 2013. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/universocontabil/article/view/3403>>.

SERRA NEGRA, C. A.; SERRA NEGRA, E. M. Custo Hospitalar: Uma Reflexão sobre a Implantação e Necessidades | **Contabilidade Vista & Revista**. Disponível em: <<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/contabilidadevistaerevista/article/view/170>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

CLEMENTS, B.; COADY, D.; GUPTA, S. The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies. 1. ed. Washington, DC: **International Monetary Fund, IMF Publications**, 2012.

DUTTA, S.; ZBARACKI, M. J.; BERGEN, M.. Pricing process as a capability: A resource-based perspective. **Strategic Management Journal**, v. 24, n. 7, p. 615–630, 2003. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/smj.323>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

FELIPE, P. L. N. et al. Dificuldades encontradas durante a implantação de sistema de custos : um estudo realizado com base em artigos do congresso brasileiro de custos. , nº XIX. Bento Gonçalves: [s.n.], 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, M. A.; GONÇALVES, C. A.; ALEMÃO, M. M. Decision making process and modes of governance: A Comparative study between Brazilian and British hospitals. **Corporate Ownership & Control** (Print), v. 8, p. 177–187, 2011. Disponível em: <17279232>.

IRITANI, D. R. et al. Análise sobre os conceitos e práticas de gestão por processos: revisão sistemática e bibliometria. **Gest. Prod.**, São Carlos, v.22, n. 1, p. 164-180, jan./mar. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-530X2015000100164&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2015000100164&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso: 21 de abril de 2020.



LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. SAO PAULO: [s.n.], 2009.

OECD. Value for Money in Health Spending. [S.l: s.n.], 2010.

OLIVEIRA, D. F. A IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PELA EBSEERH: UM ESTUDO DE CASO COM UTILIZAÇÃO DO PMBOK. **RAHIS**, v. 13, n. 3, p. 122–139, 26 jan. 2017.

OMS. Relatório Mundial da Saúde – Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde, nº 2010. Paris: [s.n.], 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf](http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

PINHEIRO, J. Q.; FARIAS, T. M.; ABE-LIMA, J. Y. Painel de especialistas e estratégia multimétodos: reflexões, exemplos, perspectivas. **Psico**, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 184-192, abr./ jun., 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/11216/9635>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

POMPERMAYER, C. B. Sistemas de gestão de custos: dificuldades na implantação. p. 21–28, 1999.

ROCHA, V. L. Dificuldades na implantação de sistemas de custeio em instituições hospitalares: estudo de caso em um hospital de Florianópolis. 2004. UFSC, Florianópolis, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/87037>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

SANTOS, K. P. Processo de institucionalização no sistema informacional de custos e tratamento do desperdício em uma entidade hospitalar. 2017. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2017. Disponível em: <[http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/3440/5/Keila\\_Santos2017.pdf](http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/3440/5/Keila_Santos2017.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2020.

SILVA, E. R. A.; MELLO, S. G.; AQUINO, L. M. C. Os abrigos para crianças e adolescentes e a promoção do direito à convivência familiar e comunitária. Enid Rocha Andrade da Silva (Coordenação) . O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para criança e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA, 2004. p. 209–242.

SOUZA, A. A. et al. Custeio Baseado em Atividades em organizações hospitalares : análise activity-based costing in hospital organizations : an analysis of the costing process. p. 316–331, 2012.

TEIXEIRA, A. P. L. Gestão de custos de serviços hospitalares no INCA: avanços e retrocessos para implementação do Sistema de Apuração de Custos. 2013. vi,88-vi,88 f. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3607>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

VIEIRA, F. S. Produção de informação de custos para a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde: uma questão para a política pública. . Rio de Janeiro: [s.n.], 2017. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_2314.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2314.pdf)>. Acesso em: 17 set. 2017.

ZARDO, M.; HEKIS, H. R. Estudo para implementação de um sistema de apuração de custos no centro de pesquisas oncológicas - CEPON. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde** - ISSN:2236-1103, 5 set. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/3628>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

## PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

*Data de aceite: 01/11/2021*

*Data de submissão: 12/09/2021*

**Maria Tereza Soares Rezende Lopes**

<https://orcid.org/0000-0003-2061-8978>

**Ana Claudia Baladelli Silva Cimardi**

<https://orcid.org/0000-0001-6162-2194>

**Célia Maria Gomes Labegalini**

<https://orcid.org/0000-0001-9469-4872>

**RESUMO:** O desafio atual das instituições de ensino médico é o desenvolvimento de currículos e projetos pedagógicos balizados em estratégias de ensino-aprendizagem que permitam a formação generalista voltada às necessidades atuais do sistema de saúde brasileiro, rompendo com o modelo hegemônico tecnicista e fragmentado. Assim, têm-se como objetivo relatar a experiência de qualificação de profissionais da atenção básica articulada a formação de graduandos em medicina em gestão em saúde. Foram realizadas duas oficinas educativas com profissionais da atenção básica, as mesmas foram organizadas e realizadas por graduandos em medicina e docentes, utilizando o Método Altadir de Planejamento Popular e o Planejamento Estratégico Situacional. No momento Explicativo, foi realizado a seleção, descrição e explicação dos problemas, seguindo para o momento normativo, no qual houve a formulação da imagem-objetivo e operações necessárias para se obterem resultados, no

momento tático-operacional elaborado a Matriz de Intervenção, por fim, no momento estratégico, a seleção de frentes de ataque, desenho das operações e demandas e elaboração da Matriz de Intervenção. A utilização de técnicas participativas para qualificação dos profissionais da atenção básica, mostrou-se eficaz para a organização e condução em todo o processo, o qual contribuiu para além do serviço, mas também para a formação de médicos coadunando com as premissas e necessidades do sistema de saúde. **PALAVRAS-CHAVE:** Apoio ao Planejamento em Saúde. Educação Continuada. Capacitação em Serviço.

### SITUATIONAL STRATEGIC PLANNING: PERMANENT EDUCATION TOOL IN THE TEACHING-SERVICE ARTICULATION

**ABSTRACT:** The current challenge of medical education institutions is the development of curricula and pedagogical projects based on teaching-learning strategies that allow generalist training focused on the current needs of the Brazilian health system, breaking with the technical and fragmented hegemonic model. Thus, the objective is to report the experience of qualification of primary care professionals articulated the training of undergraduate students in health management medicine. Two educational workshops were held with primary care professionals, they were organized and carried out by medical undergraduates and professors, using the Altadir Method of Popular Planning and Situational Strategic Planning. In the explanatory text, the following was the examination, description and explanation of the

problems, following the momento normativo, in which there was the formulation of the objective image and operations necessary to obtain results, in the momento tático-theoperacional elaborated the InterventionMatrix, finally, in the momento andstratégico, the selemofattack fronts, design of operations and demands and elaboration of the InterventionMatrix. The use of participatory techniques for the qualification of primary care professionals proved to be effective for the organization and conduction throughout the process, which contributed beyond the service, but also to the training of physicians in line with the premises and needs of the health system.

**KEYWORDS:** Health Planning Support. Education, Continuing. Inservice Training.

## 1 | INTRODUÇÃO

Atualmente o grande desafio das instituições de ensino médico tem se pautado na construção de currículos e projetos pedagógicos pautados em estratégias de ensino-aprendizagem que permitam a formação generalista voltada às necessidades atuais do sistema de saúde brasileiro. Tal contexto se dá pela necessidade de romper com o modelo hegemônico: tecnicista e centrado na especialidade vigentes no modelo de atenção em saúde brasileiro (CHATKIN; BOAS, 2018).

Dessa forma, em 2014 houve reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Medicina, tendo como uma das suas prioridades preparar profissionais para que sejam capazes de reconhecer e trabalhar as necessidades da população segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, fez-se necessária a readequação na estrutura no curso, especialmente no internato, preconizando nessa fase a integração entre ensino, pesquisa, comunidade e serviço como estratégia para o alcance dos objetivos, competências e habilidades preconizados pelas DCN (BEZERRA, et al., 2015).

Assim, o internato médico representa uma etapa primordial na formação, na qual o estudante, por meio da prática, aprimora e consolida os seus conhecimentos; oportuniza o aperfeiçoamento das técnicas e habilidades médicas e contribui para a profissionalização do estudante, pois desenvolve a responsabilidade e a autonomia na prática da medicina. Além disso, promove a contextualização e a aproximação do aluno com a comunidade e com suas especificidades, especialmente no âmbito da Atenção Básica (CÂNDIDO; BATISTA, 2019).

A integração ensino-serviço desenvolve no aluno olhar crítico e fortalece a compreensão das políticas públicas, promovendo formação que coadune as necessidades do sistema de saúde, como recomendam as DCN. Tal articulação estimula o aprendizado colaborativo e o compartilhamento dos saberes e práticas, contemplando, desta forma, o quadrilátero da formação para a área de saúde, formado por: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social (CECCIM; FEUERWEKER, 2004; BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), se constitui em uma das principais

políticas de saúde brasileiras e é umas das norteadoras da formação médica atual. Desde 2010, o Ministério da Saúde definiu a atenção básica como ordenadora das redes de atenção, ampliando seu protagonismo modelo de atenção à saúde nacional. Contudo, para sua efetivação os profissionais precisam estar preparados, sendo necessárias ações de qualificação profissional, de modo que valorizasse o potencial educativo do trabalho como fonte de conhecimento e local de aprendizagem significativa (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019; MACHADO, et al., 2015).

A PNAB, por meio da Portaria n. 2.436/2017, prevê o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, a fim de estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais de saúde de todas as equipes<sup>8</sup>. Aliada a essa política, o Ministério da Saúde reafirmou a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), implantada em 2004 e republicada em 2014, como uma estratégia educativa fundamental para desenvolvimento dos profissionais (MACHADO, et al., 2015; BRASIL, 2017). A articulação dessas duas políticas é essencial para o fortalecimento e consolidação do SUS, por isso devem ser reforçadas nos currículos médicos, e experienciadas durante o internato.

Coadunando as políticas de formação e de saúde, um curso de medicina de uma instituição de ensino superior (IES) da região noroeste do Estado do Paraná, com proposta de inovar os processos pedagógicos por meio da imersão dos alunos em cenários reais que favorecessem o ensino-aprendizado, tornando-o efetivo, ofertando protagonismo aos acadêmicos na gestão, assistência e educação, no âmbito da atenção básica.

Assim, as atividades no internato de saúde coletiva do sexto ano, eram desenvolvidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município de médio porte do Estado do Paraná, tendo como um dos seus objetivos levar o aluno a compreensão dos problemas e desafios da gestão em saúde, bem como as proposições para a redução destas iniquidades; e desta forma, contribuir para a formação de profissional com qualificação adequada às necessidades do SUS. Nesse sentido, os professores buscavam promover a aprendizagem no contexto do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao processo de trabalho das equipes, baseando-se na aprendizagem significativa (ALMEIDA, et al., 2016).

Tal experiência possibilitou o aprendizado dos alunos, concomitante a um projeto de qualificação dos profissionais da atenção básica, desenvolvido neste município em parceria com a IES, reforçando o papel social da universidade na consolidação e apoio aos campos de práticas, bem como o ensino articulado às políticas vigentes.

Diante deste fato, entende-se que a articulação entre o ensino e o serviço, pode construir um espaço de educação permanente para qualificar o serviço e proporcionar experiências novas aos alunos do curso de medicina, que favoreçam o seu aprendizado. Dessa forma, têm-se como objetivo relatar a experiência de qualificação de profissionais da atenção básica articulada a formação de graduandos em medicina em gestão em saúde.

## 21 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Trata-se de um relato da experiência de uma atividade de qualificação de profissionais da atenção básica de um município do noroeste do Estado do Paraná, que enfrenta inúmeros desafios na gestão da saúde, especialmente na atenção básica, onde a população tem dificuldades no acesso, na atenção integral e na longitudinalidade do cuidado. A gestão não conseguiu ainda qualificar a atenção básica para que a mesma cumpra o papel de centralidade nas Redes de Atenção à Saúde.

As atividades ocorreram por meio de duas oficinas que foram solicitadas pela Secretaria de Saúde do município, a fim de implementar e qualificar os processos de trabalho seguindo as normativas vigentes, e alcançar melhores resultados nos indicadores de saúde da população. Para tanto, formou-se uma equipe para coordenar o trabalho, constituída por: três professores, três gestores da Secretaria de Saúde, um preceptor médico, uma enfermeira da atenção básica e 16 alunos de medicina.

As Oficinas de Trabalho ocorreram em duas etapas, entre os meses de setembro e outubro de 2019. Tiveram duração de aproximadamente oito horas, contaram com participação média de 18 profissionais e versaram sobre as temáticas relacionadas às normativas do processo de trabalho e organização da atenção básica descritas na PNAB.

Para realização das oficinas foi utilizado o Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP), como forma de operacionalizar o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Este é organizado em quatro os momentos, a saber: Explicativo; Normativo; Estratégico e Tático-Operacional (JUNGES, BARBIANI, ZOBOLI, 2015; PEREIRA, et al., 2017). Estes passos foram organizados, de acordo com os momentos do PES, conforme demonstrado no Quadro 1.

<b>MOMENTO DO PES</b>	<b>PASSOS DO MAPP</b>	<b>ATIVIDADES REALIZADAS</b>
Explicativo	Seleção, descrição e explicação dos problemas	Levantamento da realidade a partir da perspectiva dos participantes, por meio de questão norteadora enviada por e-mail e de formulário sobre a realidade da UBS. Fundamentação da realidade por meio do envio de materiais sobre Atenção Básica e seus atributos
Normativo	Formulação da imagem-objetivo e operações necessárias para se obterem resultados	Discussão em pequenos grupos sobre as temáticas-problemas, e fundamentação teórica das mesmas.
Estratégico	Seleção de frentes de ataque, desenho das operações e demandas e elaboração da Matriz de Intervenção	Discussão em pequenos grupos sobre as ações que deveriam ser implementadas, com a finalidade de dar viabilidade às ações elencadas no momento normativo, para a elaboração da Matriz de Intervenção (Quadro 2)

MOMENTO DO PES	PASSOS DO MAPP	ATIVIDADES REALIZADAS
Tático-operacional	Execução e o monitoramento do que foi definido na Matriz de Intervenção	Momento para colocar em prática o que ficou definido na Matriz de Intervenção, dando um prazo de seis meses para avaliar o impacto das ações.

Quadro 1- Organização das atividades educativas segundo os Momentos do PES.

Fonte: As autoras (2020).

Métodos participativos, como o MAPP, são ferramentas que efetivam o processo ensino-aprendizagem articulado a integração ensino-serviço. O planejamento compartilhado (Figura 1), favoreceu a inovação pedagógica para o ensino de gestão em Saúde Coletiva, aproximando o acadêmico da realidade e estimulando a autonomia do mesmo (PEREIRA; MAIA, 2019). O método do MAPP mostrou-se eficaz para a organização dos passos da oficina.

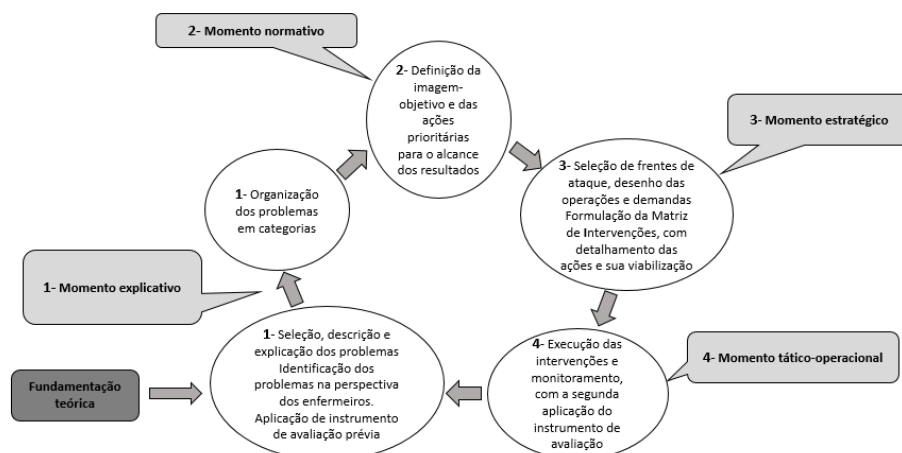


Figura 1- Modelo esquemático da Oficina de Trabalho, segundo método do MAPP e PES.

Fonte: as autoras (2020).

O MAPP é um método de planejamento, que detalha de forma simplificada o PES e foi destinado originalmente ao trabalho com grupos populares. No entanto, pode ser utilizado na organização de grupos e melhoria dos níveis de gestão interna das organizações. É um método de planejamento criativo, participativo e dialógico que pode ser utilizado em nível local em distintos contextos, como uma ferramenta de qualificação, considerando o seu potencial educativo, pois permite e incentiva a reflexão da prática profissional. É constituído por 15 passos, porém, em literaturas recentes, sugere-se a utilização de seis passos: seleção de problemas; descrição dos problemas; explicação dos problemas; formulação da situação objetivo; seleção de frentes de ataque; e desenho de operações e demandas

(TONI; SALERNO; BERTINI, 2008; PEREIRA, et al., 2017).

### 3 I PLANEJAMENTO E REALIZAÇÃO DAS OFICINAS

O presente relato está organizado de forma didática seguindo os momentos do PES, descritos a seguir.

#### 3.1 Momento Explicativo: Seleção, descrição e explicação dos problemas

Este momento propõe estratégias para identificar, descrever e explicar os problemas, considerando informações como dados quantitativos, normas e rotinas, mas também informações subjetivas como a percepção dos diversos atores sobre os problemas analisados (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Portanto, para iniciar o processo com o Momento Explicativo, foi enviado previamente, via *e-mail*, aos participantes a seguinte pergunta disparadora: *Quais são os principais problemas da atenção básica no município, segundo a sua percepção?* As narrativas foram encaminhadas para a equipe coordenadora da oficina, que, em conjunto com os alunos de medicina, fizeram a análise dos materiais enviados.

Junto à pergunta disparadora, foi enviado aos profissionais e alunos participantes dois materiais para leitura: a PNAB e um texto sobre os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, adaptado por uma professora do curso (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017). Esses textos tinham por finalidade fornecer informações atualizadas e importantes para subsidiar as discussões e suscitar a formulação de propostas criativas nos Momentos Normativo e Estratégico.

Antes da primeira etapa da oficina, os participantes também preencheram um formulário de avaliação das condições da UBS. Esse formulário foi adaptado da avaliação do Selo Bronze de Qualidade, criado pelo Estado do Paraná para o Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS), cujos critérios foram organizados de acordo com os atributos da Atenção Primária à Saúde (NOGUEIRA, et al., 2018). Ficou definido pela equipe organizadora da Oficina que esta avaliação seria reaplicada aproximadamente seis meses após a execução das ações definidas na Oficina para analisar os avanços obtidos e as fragilidades que permaneceram.

Assim, a primeira etapa da Oficina, foi iniciada com a realização de uma breve exposição dos dois textos enviados, para melhores esclarecimentos e com a apresentação das respostas categorizadas, relacionadas a pergunta disparadora enviada previamente aos participantes. Dentre os principais problemas levantados, foram citados: a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município, estrutura inadequada de algumas UBS, falta de informatização, insuficiência de profissionais, de insumos, materiais e serviços, filas de espera muito grandes para consultas, exames e terapias, falta de serviços essenciais em algumas UBS do município, dificuldades relacionadas à gestão

do trabalho e do trabalhador, vulnerabilidade da população local, processos de trabalho inadequados, problemas relacionados à atenção aos grupos prioritários, cumprimento das metas estabelecidas e dificuldades na realização de atividades de educação em saúde.

Dessa forma, confirmou-se a necessidade de trabalhar com os profissionais em relação a gestão em saúde, quanto estratégia eficaz para a melhoria de vários dos problemas elencadas. Esta etapa, portanto, foi destinada a explorar os principais problemas relacionados à atenção básica no município do estudo, traçando um diagnóstico que pudesse fundamentar a formulação das ações para o enfrentamento dos mesmos.

Houve alguma dificuldade neste momento, pois foi necessário solicitar algumas vezes que os profissionais enviassem a resposta da pergunta disparadora, mas contou com a participação de todos entrevistados.

### **3.2 Momento Normativo: Formulação da imagem-objetivo e operações necessárias para se obterem resultados**

O Momento Normativo é a definição da situação-objetivo que se quer alcançar e quais são as operações necessárias para se obterem resultados esperados, considerando os nós críticos identificados no Momento Explicativo (JUNGES, BARBIANI, ZOBOLI, 2015).

Na sequência, os participantes foram divididos em quatro grupos para discutirem a situação objetivo e as intervenções que pretendiam implantar para o enfrentamento dos problemas. Cada grupo recebeu uma temática, de acordo com as categorizações dos problemas elencados, a saber: **grupo 1** - infraestrutura, ambiência e funcionamento da atenção básica; do processo de trabalho na atenção básica; **grupo 2** - do processo de trabalho na atenção básica; **grupo 3** - do processo de trabalho na atenção básica; **grupo 4** - do processo de trabalho na atenção básica.

Os grupos tiveram como facilitadores, os alunos de medicina distribuídos, eles mediarão e estimularam os debates e as reflexões, que foram registradas em papel. Esta etapa do planejamento exigiu dos estudantes estudo aprofundado da legislação e das teorias relacionadas a atenção primária à saúde, para que pudessem contribuir nos debates, contribuindo para o aprendizado dos mesmos, mediado pela prática.

Após as discussões, as propostas foram apresentadas em plenária, esta foi realizada com todos os participantes, onde o resultado das discussões foram apresentadas por cada grupo, abrindo para apreciação, discussão e ajustes necessários; e observou-se grande envolvimento e satisfação entre os participantes e alunos nesta etapa.

### **3.3 Momento Estratégico: Seleção de frentes de ataque, desenho das operações e demandas e elaboração da Matriz de Intervenção**

O Momento Estratégico possibilitou a análise das frentes de ataque para dar viabilidade ao plano de operações em suas diferentes dimensões (JUNGES, BARBIANI, ZOBOLI, 2015). Este momento foi realizado na segunda etapa da Oficina, onde foram detalhadas as propostas, dando viabilidade as mesmas, buscando as ações, pessoas e



recursos que pudessem facilitar a realização dos objetivos traçados no momento normativo. As propostas foram organizadas pelos professores e alunos em momento prévio a segunda Oficina, em três categorias: gestão, rede de atenção à saúde e gestão do trabalho/processo de trabalho. Assim, a segunda Oficina iniciou-se com a apresentação das propostas organizadas, para a plenária.

Em seguida procedeu-se a divisão dos participantes em três grupos, com aplicação da técnica do Painel Integrado. Esta propõe um espaço dialógico e estimula a participação das pessoas na emissão de opiniões e construção coletiva de entendimento sobre um tema apresentado. Para viabilizar a realização do Painel Integrado, é necessário estruturar grupos para a discussão dos temas elencados como importantes e construção de ideias e propostas. Uma vez separados em grupos, são destinados aos participantes um tempo para realizarem exposição das suas ideias a respeito dos temas disparadores das rodadas progressivas de diálogo, disponíveis em cada mesa de discussão. Para cada mesa, é escolhido um relator que é indicado como responsável pelo registro das questões mais relevantes discutidas pelo grupo durante o tempo determinado para tal (DIÓGENES, et al., 2020).

Sendo assim, após o período pré-determinado, os relatores trocam de grupo levando consigo o produto das discussões junto com os temas disparadores que foram discutidos pelo grupo anterior, relatando o produto para o grupo novo, para que este dê continuidade às discussões, podendo aprimorar, acrescentar ou até mesmo anular as propostas.

O mais relevante nas técnicas participativas e dialógicas, como o painel integrad e o word café é que haja a circulação das ideias e valorização a preservação do que já fora discutido para que seja utilizado como insumo entre os demais que chegam naquele determinado ponto a ser discutido. Assim, o anfitrião de cada mesa de debate tem um papel fundamental de acolher os novos participantes que reiniciam o debate e de realizar a conexão entre as ideias expostas anteriormente a respeito de um determinado tema. Para que as discussões possam fluir de modo produtivo, é importante que os responsáveis pela sua condução criem um ambiente que seja convidativo para a reflexão e marcado pela segurança e confiança para expor suas visões e posicionamentos (MACHADO; PSSOS, 2018; DIÓGENES, et al., 2020).

Assim, a escolha da técnica para este momento se deu com a intenção de produzir reflexões, compartilhamento de experiências e o entendimento sobre o processo de trabalho dos participantes a partir do conhecimento da PNAB e de outras políticas públicas que propõem diretrizes para as práticas das equipes. Para tal, foram utilizadas as seguintes questões: inserir as questões do Painel Integrado. Observou-se novamente neste momento, uma grande participação e envolvimento dos alunos e dos profissionais, na formulação das propostas para o enfrentamento dos problemas apontados. Foram muitas as propostas apresentadas pelos grupos.

Desta forma, com a aplicação da técnica, foram produzidas novas análises e ações

estratégicas para dar viabilidade as ações propostas no momento normativo. Estas ações foram condensadas, organizadas e detalhadas em uma Matriz de Intervenção (Quadro 2), para orientar as etapas e as operações, configurando-se o Momento Estratégico do planejamento. Também foram definidos os atores envolvidos na execução das tarefas, incluindo as contribuições da IES.

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	OPERAÇÕES NECESSÁRIAS PARA VIABILIZAR AS AÇÕES	METAS
Ampliar a cobertura de ESF	<b>SMS</b> - contratar equipes	Ampliar para 11 equipes
Alimentar o sistema adequadamente para receber o recurso completo do Ministério da Saúde	<b>Equipes</b> - fazer o levantamento das necessidades de capacitação <b>SMS</b> - organizar capacitação para os funcionários que precisarem	Capacitar 100% dos profissionais envolvidos na alimentação dos sistemas
Realizar a delimitação das áreas de abrangência das UBS e o cadastro completo das equipes, considerando a necessidade de organizar as informações e de se adequar às mudanças recentes da forma de financiamento da APS	<b>SMS</b> - realizar reuniões para organizar as áreas de abrangência e microáreas, informar à população das mudanças, por meio da mídia e oficializar o mapeamento. Após a implantação, promover os ajustes necessários <b>Diretores das UBS</b> - capacitar novos profissionais e envolver os antigos na discussão da mudança <b>Equipes</b> - organizar o processo de trabalho para conseguir realizar o cadastro	Organizar 100% das áreas de abrangência das UBS
Melhorar o acesso às UBS	<b>SMS</b> - Proporcionar o pleno funcionamento das atividades executadas pelas UBS (vacina, curativo, farmácia), para evitar deslocamentos da população, promover capacitação da enfermagem para propiciar o rodízio das atividades e avaliar possibilidade de implantar pontos de coleta de exames. Utilizar os protocolos do MS e APSUS para as estratificações de risco <b>Prefeitura</b> - SUS solicitar que a prefeitura negociar com empresa de transporte coletivo local para ampliar o itinerário <b>Equipes</b> - realizar a estratificação de risco da população para priorizar os grupos de médio e alto risco, reduzindo as consultas médicas excessivas de pacientes de baixo risco	Implementar as medidas para ampliação do acesso em até junho/2020
Melhorar o sistema de manutenção das unidades	<b>SMS</b> - ver a possibilidade jurídica de criar mecanismos de auxílio na comunidade para produzir soluções rápidas e de criar fundo de reserva para as UBS. Criar o cargo de técnico de manutenção na prefeitura, solicitar organização de escala de manutenção com outras secretarias	SMS ficou de definir junto ao setor jurídico da prefeitura

<b>DESCRIÇÃO DAS AÇÕES</b>	<b>OPERAÇÕES NECESSÁRIAS PARA VIABILIZAR AS AÇÕES</b>	<b>METAS</b>
Promover a informatização e a unificação dos sistemas	<b>SMS</b> - dar continuidade ao processo iniciado, ampliar os equipamentos de informática das unidades e serviços, Capacitar os profissionais e ver possibilidade de integração dos pontos da Rede de Atenção	Em fase de implantação
Melhorar a segurança da UBS	<b>SMS</b> - levantar a necessidade de instalação das grades, de muros, contratar mais vigias ou ver a possibilidade orçamentária e jurídica de contratar empresa terceirizada	SMS ficou de definir junto ao setor de manutenção
Melhorar o planejamento e a qualidade dos materiais adquiridos por licitação	<b>SMS</b> - Criar comissão de licitação, composta também por profissional da SMS e ver a possibilidade de realizar a licitação pela secretaria de saúde. Criar a comissão de avaliação <b>Profissionais das UBS</b> - fazer levantamento dos materiais que apresentam má qualidade e emitir pareceres dos materiais de má qualidade	A definir junto ao Secretário de Saúde
Qualificar a gestão das UBS	<b>SMS</b> - Permitir seleção interna para coordenações das UBS, desde que cumpra com os requisitos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para não perder o recurso específico. Promover capacitação das gerências das UBS. Dar condições para a implantação do Selo de Qualidade do APSUS	A definir junto ao Secretário de Saúde
Melhorar a gestão, valorização e humanização do trabalho	<b>SMS</b> - Realizar a contratação de profissionais, conforme necessidade, corrigir os desvios de função, implantar serviço de assistência em saúde mental para os trabalhadores, promover a EPS para capacitá-los nas áreas de maior fragilidade, de forma a proporcionar o rodízio dos mesmos em todos os setores, com escala. Implantar Comissão de EPS na SMS, criar critérios objetivos para avaliação de funcionários, com premiação anual. Proporcionar atividades relacionadas às PIC no ambiente de trabalho, criar setor de atendimento à saúde do trabalhador. Viabilizar reunião mensal com a equipe para estimular	A definir junto ao Secretário de Saúde

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	OPERAÇÕES NECESSÁRIAS PARA VIABILIZAR AS AÇÕES	METAS
Ampliar a oferta de medicamentos e realizar a dispensação em todas as UBS	<b>SMS</b> - Promover a dispensação de medicamentos básicos em todas as UBS. Solicitar autorização para abrir as farmácias sem a presença do farmacêutico em período integral, junto ao Conselho Regional de Farmácia, observando que o mesmo será responsável pela supervisão das mesmas, fazer escala de supervisão dos farmacêuticos, caso haja acordo com o CRF e ver a possibilidade de criar mais uma central de dispensação de psicotrópicos	Proporcionar dispensação de medicamentos básicos em 100% das UBS
Ampliar serviços de psicologia e psiquiatria	<b>SMS</b> - Descentralizar os psicólogos do Centro de Especialidades para as UBS. Criar o CAPS 24 horas ou instituição de acolhimento aos pacientes dependentes químicos ou outros com necessidade específica. Pactuar mais leitos psiquiátricos. Melhorar as estratificações de risco em saúde mental. Contratar equipe de Consultório na Rua.	Consultório na Rua- depois que as ESF estiverem organizadas, completas e recebendo os incentivos do MS
Garantir a contra referência do paciente que vai para outro nível de atenção	<b>SMS</b> - Integrar os sistemas de informação para facilitar a contra referência, implantar impresso com espaço para registro das condutas nos serviços de referência, enquanto a informatização não está implantada. Iniciar a implantação no Centro de Especialidades	100% dos profissionais do Centro de Especialidades realizando a contra referência
Ampliar a cota de serviços especializados, exames, consultas e terapias	<b>SMS</b> - Verificar a viabilidade e custo/benefício de implantação de um laboratório municipal, ampliar a compra de serviços especializados, capacitar os médicos para reduzir os encaminhamentos e pedidos dos exames, estabelecer parcerias com universidades para ampliar a oferta de exames e tratamentos <b>IES e profissionais das UBS</b> - Implantar protocolos que orientem os encaminhamentos às especialidades, implantar a clínica ampliada nas UBS que têm maior variedade de categorias profissionais e a presença de estágios, para resolver problemas mais complexos e melhorar a resolutividade	Laboratório municipal- depois de ter implantadas as demais medidas e após estudo de custo benefício

<b>DESCRIÇÃO DAS AÇÕES</b>	<b>OPERAÇÕES NECESSÁRIAS PARA VIABILIZAR AS AÇÕES</b>	<b>METAS</b>
Promover a educação popular, de acordo com as necessidades e orientação à população quanto à utilização dos serviços de saúde	<b>Equipes das UBS e IES</b> - promover atividades de educação em saúde na UBS e comunidade. Utilizar a rede social para alcançar melhor a população mais jovem <b>SMS</b> - Lançar Desafios para incentivar trabalhadores a criarem campanhas, com premiação para a melhor iniciativa. Divulgar na página do município a carta dos direitos e deveres dos usuários e desenvolver aplicativo para informar usuário sobre consultas e serviços do município	A definir junto ao Secretário de Saúde e equipes
Melhorar a gestão compartilhada	<b>Gerências das UBS e IES</b> - elaborar programação e realizar reuniões periódicas nas UBS, para promover o diálogo	Gerentes, IES e equipes deverão definir
Ampliar o foco na promoção da saúde e prevenção das doenças	<b>Equipes das UBS e IES</b> - promover atividades interdisciplinares. Utilizar parcerias com IES nos diversos cursos, as ligas acadêmicas para o desenvolvimento de ações de promoção. Ampliar as atividades de grupos de risco da comunidade, em parceria com as IES. Envolver setores da sociedade para ampliar a resolutividade dos problemas	Gerentes, IES e equipes deverão definir
Elaborar protocolos e fluxos assistenciais e de gestão e cumprir os Protocolos do MS	<b>SMS e IES</b> - estabelecer parcerias com serviços de referência. Implantar o Protocolo de Classificação de Risco nas UBS. Utilizar modelos de outros municípios. Aplicar a estratificação de risco, conforme protocolos já existentes, nos grupos populacionais para organizar a demanda	A definir junto ao Secretário de Saúde e IES
Resgatar e fortalecer o PSE	<b>SMS</b> - atentar-se aos prazos para a adesão ao PSE, quando for possível e avaliar a possibilidade de aplicação do flúor nas escolas e dar condições às UBS para realização desta atividade	Fazer a adesão após a organização da rede
Ampliar o controle social	<b>Conselho Municipal de Saúde</b> - sugerir que incentivem a criação de Conselhos Locais	Imediata, realizada juntamente com gestor e profissionais de saúde

Quadro 2- Matriz de Intervenção resumida, elaborada no momento estratégico, para viabilizar as propostas do momento normativo.

Fonte: as autoras (2020).

Siglas: SMS - Secretaria Municipal de Saúde; IES - Instituição de Ensino Superior; MS - Ministério da Saúde; UBS - Unidade Básica de Saúde; APS - Atenção Primária à Saúde; PIC - Práticas Integrativas Complementares; EPS - Educação Permanente em Saúde; PSE - Programa Saúde na Escola

### **3.4 Momento Tático-Operacional: Execução e o monitoramento do que foi definido na Matriz de Intervenção**

Este momento norteia a orientação programática da execução e da avaliação do plano de ação elaborado pelos participantes. Além disso, a avaliação dos impactos, possibilita a atualização e correção do plano elaborado, para que não se desvie da situação objetivo (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Após a sua formulação, a Matriz de Intervenção foi encaminhada pelos professores da IES à Secretaria de Saúde a fim de ser incorporada as práticas das equipes em suas unidades e na Secretaria de Saúde, com a determinação do prazo de seis meses para a avaliação do impacto das ações implantadas. Prevê-se que a equipe realize uma segunda avaliação, utilizando novamente o formulário que foi aplicado antes da primeira etapa, além da análise das metas estabelecidas.

A IES se propôs a estar envolvida na implantação das novas propostas nas UBS, de forma a contribuir, entre outras atividades, para a construção de protocolos, implementação e qualificação dos processos de trabalho, buscando oportunizar o aprendizado a partir de contato com a realidade local e com as demandas oriundas do processo de trabalho, de forma com que os alunos vivenciem a educação permanente.

Apesar de não ter sido possível realizar a segunda avaliação, pois o processo teve que ser interrompido devido à pandemia do COVID-19, foi relatado pela equipe local alguns avanços produzidos pelas propostas de forma imediata, como por exemplo, a territorialização, com delimitação das áreas de abrangência das UBS e a descentralização dos psicólogos que estavam no Centro de Especialidades para as UBS, favorecendo o acesso da população aos serviços de saúde mental de baixa complexidade.

## **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A utilização do MAPP para a realização da qualificação dos profissionais da atenção básica, mostrou-se eficaz para a organização e condução em todo o processo. As discussões realizadas nas Oficinas foram ricas, contando com a participação ativa dos alunos, professores e profissionais da rede. A técnica do Painel Integrado foi bem aceita pelos participantes, estimulou as reflexões sobre os problemas enfrentados pela atenção básica do município e na construção das propostas para a melhoria dos problemas apontados.

Para a execução das operações, as IES podem sempre contribuir, na construção dos protocolos de especialidades, na realização de EPS com os trabalhadores, na implementação dos processos de trabalho, tais como a implantação da Classificação de Risco, as estratificações de risco, na construção da gestão compartilhada, nas atividades de educação em saúde e de promoção, nas atividades de valorização do trabalho e do trabalhador e em outras atividades, cumprindo o seu papel social.

O resultado das ações propostas conforme pactuado, não foi possível, porque o processo teve que ser interrompido por causa da pandemia do COVID-19. Entretanto, foi relatado pela equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde, que houve avanços no processo de territorialização das UBS e na descentralização dos profissionais psicólogos para a atenção básica.

Por fim, este projeto mostrou que o estreitamento das relações entre instituições formadoras e serviços de saúde, com a participação de estudantes na rede assistencial, oportuniza o processo de aprendizagem a partir de realidades ao mesmo tempo em que se promove a reorientação do processo de trabalho local na direção de um sistema público de saúde mais resolutivo e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.R.S.; BIZERRIL, D.O.; SALDANHA, K.G.H.; ALMEIDA, E.L. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Rev da ABENO**, v.16, n.2, p.7–15, 2016.

BEZERRA, D.F.; ADAMI, F.; REATO, L.F.N.; AKERMAN, M. “A dor e a delícia” do internato de atenção primária em saúde: desafios e tensões. **ABCS Heal Sci**, v.40, n.3, p. 164–170, 2015.

BRANDÃO, E.R.M.; ROCHA, S.V.; SILVA, S.S. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. **Rev Bras Educ Med**, v.37, n.4, p.573–577.

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](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

CÂNDIDO, P.T.S.; BATISTA, N.A. O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Educ Med**, v.43, n.3, p. 36–45, 2019.

CECCIM, R.B.; FEUERWEKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Commun Algebr**, v.14, n.1. p. 687–698, 2004.

CHATKIN, M.; BOAS, D.V. A Percepção do Sistema de Saúde por Estudantes de Medicina através do Uso de Portfólio Reflexivo. **Rev Bras Educ Med**, v.42, n.4, p.46–54, 2018.

DIÓGENES, L.M.M.B.; PINHEIRO, M.C.D.; ROLIM, K.M.C.; ALBUQUERQUE, F.H.S.; FIRMES, M.P.R. Painel integrado: Recurso didático-pedagógico no processo ensino- aprendizagem. **Braz J Dev**, v.6, n.4, p. 20462–20474, 2020.

JUNGES, J.R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E.L.C.P. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface - Comun Saúde, Educ**, v.19, n.53, p.265–274, 2015.

KLEBA, M.E.; KRAUSER, I.M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto e Context Enferm**, v.20, n.1, p. 184–193, 2011.

MACHADO, J.F.F.P.; CARLI, A.D.; KODJAOGLANIAN, V.L.; SANTOS, M.L.M. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. **Saúde em Debate**, v.39, n.104, p. 102–113, 2015.

MACHADO, M.P.M.; PASSOS, M.F.D. O uso do world café como método de pesquisa junto às equipes de saúde. **Rev Bras em Promoção da Saúde**. v. 31, n.2015, p. 1–10, 2018.

MEIRELES, M.A.C.; FERNANDES, C.C.P.; SILVA, L.S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev Bras Educ Med**. v.43, n.2, p.67–78, 2019.

NOGUEIRA, I.S.; LABEGALINI, C.M.G.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V.D.A. Planejamento Local de Saúde: atenção ao idoso versus Educação Permanente em Saúde. **Acta Paul Enferm**. v.31, n.5, p.550–557, 2018.

PEREIRA, D.R.S.; MOIA, L.J.M. O PET-Saúde como referência para a preceptoria da Residência médica em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Exitus**, v.9, n.3, p. 365-394, 2019.

PEREIRA, E.L.C.; LESSA, R.I.; ROMANINI, M.N.S.; ROCHA, R.G.; JAQUES, A.E.; ANTONIASSI, V.D.B. Método Altadir de Planejamento Popular experienciado no planejamento anual do PET-Enfermagem/UEM. **Arq Ciênc Saúde UNIPAR**. v.21, n.3, p.163–168, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TONI, J.; SALERNO, G.; BERTINI, L. Uma abordagem estratégica no planejamento de grupos: o Método Altadir de Planejamento Popular-MAPP. **Relações sociais e ética**. s./v., s./n., p.140–150, 2008.



## SIMBOLOGIAS DO SER GERENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Data de aceite: 01/11/2021*

**Camila da Silveira Santos**

Escola de Enfermagem da Universidade  
Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte, Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/5466932882835791>

**RESUMO:** Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, que teve como cenário a Atenção Primária à Saúde de um município da região metropolitana de Belo Horizonte. Constituíram-se como participantes deste estudo um total de 16 gestores. Foram utilizadas como técnicas de coleta de dados: a entrevista com roteiro semiestruturado, a observação e a Técnica do Gibi. Os dados foram analisados segundo a técnica de Análise Temática de Conteúdo. Todos os aspectos éticos da pesquisa estiveram em consonância com as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Os resultados revelaram segundo as características socioprofissionais dos gerentes predominância de mulheres atuantes em cargos gerenciais, bem como baixa qualificação voltada para a atuação gerencial. Na prática profissional, nota-se como forma de identificação social do gerente, como ato de pertencimento, a sua identificação como o advogado do paciente, como anjo, representando a figura de quem cuida do próximo, como inventor e eterno aprendiz, assim como aquele que faz tudo, o apagador de incêndio e o que é capaz de suportar toda a cobrança, responsabilidade e os problemas do cotidiano de trabalho. No que

se refere a identificação social do gerente pelo outro, como ato de atribuição, muitas vezes a comunidade, assim como os colegas de trabalho, o reconhece na figura de bruxo e de executivo, cuja atribuição representa uma função estritamente burocrática, que confere poder e status. Face ao exposto, em conformidade aos atos de pertença e atribuição no trabalho gerencial, ressalta-se que essas simbologias conferem ao cotidiano de trabalho sentido e significados na (re)configuração da identidade e no ser e agir profissional. A compreensão nos modos de ser do gerente na atenção primária, é capaz de contribuir na reorganização do fazer em saúde, ressignificando assim o modo de agir desse profissional, com vistas a um cuidado em saúde resolutivo e de qualidade.

**PALAVRA-CHAVE:** Administração de Serviços de Saúde; Identificação Social; Prática Profissional; Atenção Primária à Saúde;

### SYMBOLS OF BEING A MANAGER IN PRIMARY HEALTH CARE

**ABSTRACT:** This is a case study with a qualitative approach, which took place in the Primary Health Care of a municipality in the metropolitan region of Belo Horizonte. A total of 16 managers were constituted as participants in this study. The following data collection techniques were used: interview with a semi-structured script, observation and the Comic Book Technique. Data were analyzed according to the Thematic Content Analysis technique. All ethical aspects of the research were in line with the regulatory guidelines for research involving human beings.

The results revealed, according to the socio-professional characteristics of the managers, a predominance of women working in managerial positions, as well as low qualifications aimed at managerial performance. In professional practice, it is noted as a form of social identification of the manager, as an act of belonging, his identification as the patient's advocate, as an angel, representing the figure of those who care for others, as inventor and eternal apprentice, as well as that that does everything, the fire extinguisher and what is capable of supporting all the demands, responsibility and problems of daily work. With regard to the social identification of the manager by the other, as an act of attribution, the community, as well as co-workers, often recognizes him in the figure of a witch and an executive, whose attribution represents a strictly bureaucratic function, which confers power and status. Given the above, in accordance with the acts of belonging and attribution in managerial work, it is emphasized that these symbolologies give meaning and meaning to the daily work in the (re)configuration of identity and in being and acting professionally. The understanding of the manager's ways of being in primary care is able to contribute to the reorganization of health care, thus redefining the way this professional acts, with a view to effective and quality health care.

**KEYWORDS:** Health Services Administration; Social Identification; Professional Practice; Primary Health Care.

## 1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal de 1988 garante acesso à saúde como direito social, pautado por princípios de universalidade, equidade e integralidade, e por diretrizes baseadas na descentralização, regionalização, hierarquização e controle social (PAIM *et al.*, 2011; TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

Na incorporação desses princípios e diretrizes nos modos de se fazer saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS), surge como modelo assistencial capaz de proporcionar um cuidado integral e equânime voltado para as necessidades da população (VIEGAS; PENNA, 2015; FAUSTO *et al.*, 2018).

Principal porta de acesso aos serviços de saúde, a APS tem potencial para proporcionar maior efetividade e eficiência nos cuidados assistenciais, na satisfação dos usuários e promoção de melhores indicadores globais de saúde (MENDES, 2015).

Nesse contexto, destaca-se a participação do gerente que se constitui agente-chave para coordenação da APS, capaz de garantir o trabalho da equipe e direcionar as ações de saúde (BRASIL, 2017).

Fundamental na efetivação de políticas públicas, voltadas para questões sociais, os gerentes são capazes de fortalecer a atenção à saúde, articulando as necessidades da população adscrita com as demandas do serviço. Ademais, direcionam suas ações para o cuidado centrado nos pacientes e para a legitimação da participação e controle social (BRASIL, 2017; FERNANDES; CORDEIRO, 2018).

Ressalta-se a contribuição do gerente para a qualificação do trabalho no contexto da APS, com potencial para fortalecer a organização dos serviços prestados pelos profissionais

da equipe, bem como intervir nas demandas e decisões de saúde (JESUS *et al.*, 2019).

No que tange a sua prática profissional, o gerente possui sentimentos de pertença e identificação social com a equipe e comunidade, reconhece em si e para o outro, contribuindo para a legitimação da profissão e para construção da cidadania social (CORTINA, 2005).

A prática profissional traz significados de um modo de ser e de estar no mundo, articulando a dimensão técnica do trabalho com a dimensão ética, humana e relacional que lhes são inerentes. Mobilizam-se elementos cognitivos, bem como os afetivos e existenciais, uma vez que participa da própria construção identitária dos sujeitos e dos espaços que ele ocupa (CAÇADOR; RAMOS; BRITO, 2016).

Cabe salientar que reflexões teóricas desse tipo, voltadas para o cotidiano de trabalho gerencial, são relevantes para a sensibilização de gestores e trabalhadores, com potencial para ressignificar a prática profissional e alcançar um serviço de qualidade. Por conseguinte, justifica-se compreender o trabalho gerencial nesse cenário de atuação, tomando como parâmetro a subjetividade e singularidade de sua prática profissional, que influenciam como esses sujeitos se percebem e constroem sua identidade no trabalho.

Tem-se como objetivo compreender as simbologias do trabalho gerencial no contexto da Atenção Primária à Saúde.

## 2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso único (YIN, 2015), de abordagem qualitativa, que teve como cenário de estudo a APS de um município da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Foram incluídos na amostra 12 Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS), dentre elas, unidades com equipes de saúde da família e também equipes de estratégias de agentes comunitários de saúde. Participaram da pesquisa 12 gerentes das UAPS e quatro gerentes de nível central, sendo secretário municipal de saúde, secretário adjunto, diretor de gestão estratégica e participativa e diretor operacional de saúde.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que os participantes atuassem no cargo de gestor de uma UAPS ou em um nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), bem como estivessem há pelo menos um ano desempenhando a função gerencial. Os critérios de exclusão por sua vez, foram os participantes que se encontravam em período de férias e/ou licença médica no período de coleta dos dados.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a novembro de 2015 com a utilização das seguintes técnicas de coleta de dados: a entrevista com roteiro semiestruturado, a observação e a Técnica do Gibi.

A Técnica do Gibi uma das fontes de triangulação de dados, foi realizada após a entrevista, na qual os participantes tiveram que representar por meio de uma figura da revista em quadrinhos o seu cotidiano de trabalho e em seguida comentar o motivo que

os levou a eleger aquela figura. Esta técnica surge como uma estratégia lúdica onde os participantes podem retratar o cotidiano de trabalho e experiências de vida por meio de imagens de revista do tipo Gibi, essas imagens podem trazer aspectos subjetivos que permitem investigar em sua essência o comportamento humano (BRITO *et al.*, 2019).

A utilização da revista do tipo gibi proporcionou reflexão e aproximação do participante ao objeto de estudo, e os fez trazer questões muito subjetivas sobre sua realidade de trabalho, experiências de vida e seus significados e simbologias atribuídas ao trabalho gerencial. Foi utilizado para essa técnica a última edição da revista em quadrinhos da Turma da Mônica, número 4, publicada em agosto de 2015, mês anterior ao início da coleta de dados. Vale lembrar que apenas os depoimentos dos entrevistados foram levados em consideração e incorporados à análise dos dados como parte da entrevista com roteiro semiestruturado.

Os depoimentos advindos da técnica do Gibi e entrevistas individuais com roteiro semiestruturado foram gravados, transcritos na íntegra e analisados segundo Análise Temática de Conteúdo (ATC) proposta por Bardin (2011).

A análise dos dados seguiu os três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise refere-se à fase de organização do material em que é realizada a leitura flutuante e exaustiva das entrevistas para assimilação do material. A exploração do material consiste na codificação e na categorização do corpus. O tratamento dos resultados, inferência e interpretação consiste na fase em que a análise será aprofundada, estabelecendo reflexões a partir da literatura (BARDIN, 2011).

Vale destacar que a ATC propicia a realização de deduções lógicas a partir das falas dos participantes e do seu contexto, permitindo fazer inferências sobre a realidade que se transpõe além das falas propriamente ditas. Uma vez considerado um conjunto de técnicas de análise das comunicações, a análise de conteúdo tem por interesse compreender por meio dos discursos, bem como das imagens, as interpretações das opiniões e representações dos participantes (BARDIN, 2011).

Ressalta-se que todos os aspectos éticos da pesquisa foram atendidos e estiveram em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 que discorre sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e do município coparticipante, pareceres número: 1.174.603 e 1.192.060. Foi contemplado toda privacidade, sigilo e anonimato aos participantes, esses foram designados pela letra G seguido pelo número da entrevista.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 3.1 Perfil Socioprofissional dos participantes

Com relação ao perfil dos participantes, ressalta-se que foram entrevistados 16 gerentes que atuam na APS, conforme TABELA 1.

<b>Variáveis</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	11	68,75
Masculino	05	31,25
<b>Escolaridade</b>		
Superior completo	11	68,75
Superior Incompleto	01	6,25
Nível médio	04	25,0
<b>Formação profissional</b>		
Enfermagem	06	37,5
Técnico de Enfermagem	02	12,5
Medicina	01	6,25
Administração	03	18,75
Outros	04	25,0
<b>Pós-Graduação/Especialização</b>		
Sim	06	37,5
Não	10	62,5
<b>Qualificação em gerência</b>		
Sim	06	37,5
Não	10	62,5

Tabela 1 – perfil dos gerentes

Fonte: Elaborada com base nos dados da pesquisa para fins deste estudo, 2021.

As características socioprofissionais dos gerentes revelam predominância de mulheres atuantes em cargos gerenciais no contexto da APS. A feminilização da força de trabalho nesse contexto de atuação corrobora com outros estudos (CELEDÔNIO *et al.*, 2017; JESUS; SERVO, 2019) e reforça uma prática com potencial para o cuidado em saúde.

Tendo em vista que 50% (n=8) dos entrevistados são enfermeiras e técnicas de enfermagem, ressaltamos a feminilização da gerência intrinsecamente relacionada à formação profissional da enfermagem, o que evidencia a herança histórica que essa profissão carrega no contexto de formação (RUBIO *et al.*, 2015).

Além disso, o curso de graduação em Enfermagem possui conteúdos de administração na sua estrutura curricular, fazendo com que os enfermeiros possuam maior preparo e competência técnico-administrativa, por isso sejam mais designados a assumirem o cargo de gestor (CELEDÔNIO *et al.*, 2017).

Com relação a escolaridade 68,75% (n=11) dos participantes possuem ensino superior completo, no entanto 31,25% (n=5) dos participantes apresentam ensino médio e/ou curso técnico, o que vai na contramão do preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde o gerente deve ser um profissional qualificado, com experiência na APS e com ensino superior (BRASIL, 2017).

Quanto a formação complementar dos gerentes, os dados reforçam a baixa qualificação gerencial dos indivíduos que ocupam tal função, com apenas 37,5% (n=6) dos participantes com pós graduação/especialização e formação voltada para a gestão. Esses dados tendem a refletir na qualidade das ações do trabalho gerencial, condução do processo de trabalho na APS e inserção no cargo (JESUS; SERVO, 2019).

### 3.2 Simbologias da prática gerencial

A prática profissional é uma atividade social pautada por princípios de cooperação entre sujeitos, envolve identificação social e pessoal e mobiliza valores atribuídos ao longo da vida do indivíduo ou advindos da própria profissão. A prática é parte integrante da cidadania, onde o indivíduo possui sentimentos de pertença e identificação social com a comunidade, constitui e é constituída por valores que moldam o profissional para que ele defenda a sua profissão, atribua significado ao seu fazer cotidiano e preste um bom serviço à comunidade (CORTINA, 2005).

Nessa perspectiva, a prática profissional do gerente da APS é configurada por um processo identitário que transita no reconhecimento de si pelo próprio indivíduo, bem como do modo que é reconhecido pelo outro (CORTINA, 2005; DUBAR, 2005).

Os atos de pertencimento dos gerentes trazem simbologias singulares para seu fazer cotidiano, embora de caráter individual as simbologias reforçam a construção coletiva desses sujeitos. Já os atos de atribuição, aqueles em que o gerente é reconhecido pelo outro, endossam o processo de configuração identitária, e muitas vezes perpassam por momentos de rejeição por parte do gerente (DUBAR, 2005).

Para Dubar (2005), a identidade representa o processo de socialização ao longo da vida do sujeito, onde o indivíduo constrói socialmente sua trajetória histórica, iniciando na infância e se refazendo com o passar do tempo. Para tanto, a identidade é um fenômeno complexo e em constante movimento, que compõe o indivíduo mediante mecanismos de identificação e de reconhecimento do processo de construção do “eu”.

A configuração identitária ocorre por meio de processos relacionais, comunicativos e interacionais do sujeito com a sociedade, nesse sentido Dubar (2005), imprime a dualidade entre a “identidade social real” e “identidade social virtual”. A primeira, representa o ato de pertencimento do indivíduo, aquilo que ele percebe de si próprio, já a “identidade social virtual” consiste na capacidade do indivíduo elaborar em si aquilo que ele pensa que o outro acha dele, uma identidade atribuída pelo outro.

Nessa perspectiva o reconhecimento do indivíduo ou de sua prática, encontra-se

ligado à construção da identidade social onde o profissional se reconhece em si e para o outro, e assim configura sua imagem atrelada a símbolos e metáforas relacionadas ao exercício da função gerencial.

No ato de pertencimento nota-se a identificação do gerente como o **advogado do paciente**. Para ele o paciente encontra-se no centro do cuidado, e por isso deve ter seus direitos defendidos e assegurados.

*Olho o paciente em primeiro lugar. Me coloco no lugar dele. Se eu estivesse aí desse lado como que seria, então? Me desdubro mesmo, ligo para a secretária, se for preciso ligo para o vereador, ligo para todo mundo, pois quero resolver o problema do paciente. (G5).*

O gerente exerce em sua prática cotidiana a advocacia em saúde, busca defender os direitos básicos e legitimar ações que coloquem as necessidades do paciente em foco. Os gerentes direcionam sua atenção centrada no paciente, visando um cuidado integral e de qualidade.

*Funcionar com foco nos pacientes, para que todos tenham seus interesses atendidos. Não é uma tarefa fácil né? É uma tarefa que exige muita dedicação, muito compromisso, e muito se colocar no lugar do outro. (G16).*

Segundo relatos os gerentes buscam a coordenação do cuidado de modo a atender com qualidade às necessidades e preferências dos usuários nos serviços prestados. Em especial favorece a integração desses atores sociais com os profissionais e serviços de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Além da necessidade de suprir as demandas do paciente, os gerentes expressam a importância de inseri-los na tomada de decisões, utilizando como ferramenta de articulação entre o serviço e a comunidade, os conselhos de saúde. Esses dispositivos de participação social permitem ouvir as queixas, sugestões e dar voz aos pacientes, incorporando-os nas ações e decisões em saúde.

*O conselho local é uma ferramenta muito boa, porque são as demandas da comunidade que chegam até mim, e eu falo que é muito bom, porque eu vejo com outros olhos e ouço outras opiniões, a comunidade ela tem que ficar sabendo o que que está acontecendo, e o conselho local é uma das partes melhores que nós temos para estar articulando com a população. (G10).*

Ao advogar pelo paciente o gerente reforça uma competência central da prática profissional, que não visa apenas mobilizar ações de defesa dos direitos e melhores interesses dos usuários, mas sobretudo em incorporar o paciente, a família, a comunidade e demais atores sociais em uma prática voltada para cidadania, que permite dar voz a esses atores e conduzir a novos modos de fazer saúde (NETTO; SILVA; RUA, 2016).

A visão de si emitida pelo gerente também o configura como um **anjo, aquele que cuida**. O gerente é quem cuida do paciente de forma holística, ele está preocupado com o paciente e também com seus funcionários, nesse sentido de cuidar, ele se reconhece na figura do anjo da guarda, aquele que “*tenta fazer o melhor para o coletivo*”, “*que está*

salvando vidas a todo minuto” (G13).

Por meio da técnica do gibi os participantes expressam a figura do gerente atrelada a de um anjo, que protege, que se preocupa e que cuida das pessoas.


	<p>Descrição da imagem: O anjo zelando pelo sono da Mônica (revista Turma da Mônica, nº 4, agosto de 2015).</p>
<p>Discursos: <i>Esse anjo está o tempo todo cuidando de alguém. Ele está preocupado com alguém, está preocupado com o paciente, com o exame que não veio, com o funcionário que não veio. É no sentido de cuidar mesmo (G3).</i></p>	
<p><i>Estamos aqui para cuidar né? Cuidar das pessoas. Nós da saúde temos essa questão de estar cuidando. E o anjo, é uma figura que está ali para tentar fazer o melhor para o coletivo (G13).</i></p>	

Figura 1 – Figura originada da Técnica do Gibi.

Fonte: Sousa (2015).

Diante do exposto, os gerentes que atuam no contexto da APS, constituem importante instrumento no cuidado em saúde, tendo em vista seu caráter articulador e integrativo. Os gerentes tem a capacidade em possibilitar certa direcionalidade ao processo de trabalho em saúde, coordenando a equipe, o serviço e buscando uma atenção de qualidade para o paciente (CELEDÔNIO *et al.*, 2017; FERNANDES; CORDEIRO, 2018).

De anjo a **inventor/aprendiz**, o gerente se reconhece como aquele que está em constante aprendizado e sempre reinventando o modo de agir no serviço:

*A cada dia aprendo um pouco. Tem pessoas que pensam que já sei tudo. Não! No final do dia, uma demanda que aparece, ou algo que um paciente me passa, é que vejo que tenho que aprender mais e mais. (G10).*

*A gente parece que está aqui sempre reinventando. Todos os dias a gente tem que reinventar. Tem que reinventar a forma de trabalhar, a forma de lidar com os outros. E é reinventar com o que a gente tem, improvisar. (G1).*

O gerente relaciona seu trabalho a um constante aprendizado, diante da diversidade de funções do cargo gerencial, o profissional se encontra aprendendo dia a dia, sendo desafiado pelas exigências do serviço e dificuldades que lhe são impostas.

Quando G1 expressa estar sempre reinventando o modo de trabalhar, reforça além da ressignificação do trabalho, do modo de ser e agir com outro, denota também os fatores dificultadores do serviço que fazem com que ele tenha que improvisar alguma ação, na falta de recursos materiais, equipamentos, recursos físicos e sobretudo humanos. Nesse sentido o ato de pertença do gerente traz uma conotação negativa para o cotidiano de



atuação, tendo em vista que destaca as dificuldades da profissão e a necessidade de improvisar para conseguir realizar um atendimento de saúde para a população.

Segundo Peruhype e colaboradores (2018), o ato de improvisar pode simbolizar duas distintas perspectivas, uma delas demonstra como fator positivo para o trabalho, no sentido de trazer inovação e criatividade, no entanto, outro significativo para o improvisado está associado de forma negativa, ao excesso de demandas e escassez de recursos dos serviços de saúde, prejudicando assim o planejamento das ações.

Diante dessas condições de trabalho, depara-se também com sobrecarga de atividades, excesso de responsabilidade e cobrança por parte da equipe, usuários e diretoria. Nota-se essas e outras situações atreladas a identificação do gerente como uma **máquina de ferro**, como aquele capaz de suportar todas as demandas e exigências. Como demonstram nos relatos de G6 e G3:

	<p>Descrição: A figura apresenta uma máquina de ferro e outros dois personagens.</p>
<p><i>O gerente se sente assim, uma máquina de ferro. Porque o gerente não pode se sentir mal, não pode ficar doente. O gerente tem que ser forte o tempo todo. Tem que ser forte, porque é muita pancada que vem. Porque realmente tudo é o gerente. (G6)</i></p>	

Figura 2 - Figura originada da Técnica do Gibi

Fonte: Sousa(2015).

A relação descrita como ser uma máquina de ferro, traduz também a perspectiva do gerente ser responsabilizado por tudo da unidade de saúde. A centralidade do serviço imposta a ele, reforça a insatisfação por sentirem um excesso de cobrança e imposição de responsabilidade única no processo de trabalho.

*O gerente é responsável por tudo da unidade, tudo é o gerente, se der certo é o gerente, se der errado é o gerente. Então a gente fica aqui no centro e é cobrado de todos os lados, né? É da diretoria operacional, do município, do secretário, da população, do paciente, do funcionário. Então o gerente fica aqui centralizado, e vem tudo, de todos os lados para cima dele entendeu? (G3).*

Se sentir uma máquina de ferro, reverbera a insatisfação e a tensão da atuação gerencial no contexto da APS. Além disso, metaforicamente associa a essa figura a capacidade de suportar toda a cobrança, responsabilidade e os problemas do cotidiano de trabalho. Essa realidade também se faz presente no estudo de Porciuncula, Venâncio e Silva (2020), onde a pressão por resultados, as cobranças, altas demandas e a excessiva

responsabilidade para com o serviço, acabam por se tornarem em frustração, angústia e esgotamento físico e mental desses profissionais.

No sentido de atribuir toda a responsabilidade para a figura do gerente, esse assume uma visão de si, enquanto responsável por tudo da unidade, o chamado **faz tudo**. Segundo relato, G4 é requisitado para todas as demandas da unidade, desde organização do serviço à marcação de consultas.

*Faço 1001 coisas (...)o gerente tem que estar com tudo isso na ponta da língua'. Então você tem que saber tudo, porque tudo as pessoas vão vir no gerente para resolver. É consulta especializada, marcação de cirurgia, exames, tudo, tudo, tudo é assim, vem para a gente primeiro. (G4).*

A execução de múltiplas atividades ao longo do dia faz do gerente um profissional sobrecarregado, seja por falta de recursos humanos ou equipe competente, acaba assumindo funções de outras categorias profissionais, o que repercute diretamente na legitimação do seu trabalho.

*Com a falta de funcionários o gerente acaba assumindo também vários papéis. É o papel do enfermeiro que não tem lá, como sou enfermeira a gente corre lá para dar uma mão. Então a gente acaba assumindo vários papéis, e aí complica a coisa. (G1).*

*Não tem o específico para o gerente. O que minha equipe está precisando eu estou junto. Se está sem recepcionista à tarde, eu vou para a recepção. Então não é o papel do gerente. (G6).*

A escassez de recursos humanos é um potencializador da sobrecarga de serviço atribuída ao gerente, como referem outros estudos (OHIRA; CORDONI; NUNES, 2014; FERNANDES; CORDEIRO, 2018; JESUS; SERVO, 2019), a falta de profissionais no serviço faz com que o gerente assuma múltiplas atividades, muitas delas escapam do que preconiza seu cargo/função.

Nesse sentido, o gerente acaba assumindo atividades que não correspondem a seu escopo de atuação, fazendo com que a prática gerencial seja negligenciada.

*O meu papel mesmo, gerencial, eu não consigo fazer. Consigo às vezes atender usuário, resolver algum problema. Mas organização interna, às vezes isso deixa um pouco a desejar. Por não ter um número de funcionários adequados, se eu não atender recepção à tarde, quem é que vai atender? (...) Queria mudar, sentir esse papel gerencial de realmente ser gerente. (G7).*

As atividades assistenciais privilegiadas em detrimento das ações gerenciais, intensificam uma realidade também presente em outros contextos de atuação, em que o gerente assume um excesso de incumbências que prejudicam a qualidade do serviço prestado (FERNANDES; CORDEIRO, 2018; JESUS; SERVO, 2019).

Para além da negligência do trabalho gerencial, o excesso de atribuições confere um cotidiano de trabalho marcado por um constante trefismo. Esse ato de pertença faz

desse profissional se reconhecer como o **Apagador de incêndio**:

	<p>Descrição: A figura apresenta quatro personagens que estão em um jardim. Na cena um deles joga água com uma mangueira no Cascão, sob incentivo dos outros personagens, mas o Cascão abre um guarda-chuva para se proteger da água.</p>
<p><i>A gente está aqui para apagar incêndio, porque tem incêndio toda hora. Tem hora que a gente está aqui tranquila, e tem gente que chega e fala que isso é para ontem. (G13)</i></p>	

Figura 3 - Figura originada da Técnica do Gibi.

Fonte: Sousa(2015).

Metaforicamente o apagar incêndio denota uma prática profissional que prioriza a resolução de demandas do momento, em detrimento do planejamento das ações de saúde. Fato esse que se associa ao improvisar de ações no cotidiano do serviço, marcado por uma perspectiva negativa do improvisar, que retrata um automatismo nas ações gerenciais, que por sua vez não são sistematizadas e tão pouco planejadas (PERUHYPE *et al.*, 2018).

A falta de planejamento no serviço traz grandes prejuízos para a função gerencial, como importante ferramenta administrativa, permite ao gerente melhor controle do trabalho e acompanhamento dos profissionais sob sua responsabilidade, garante direcionalidade às ações realizadas buscando romper com imprevistos, achimetria, e os chamados “incêndios” muito comuns nos serviços de saúde (PERUHYPE *et al.*, 2018). Ademais, planejar as ações permite alcançar os objetivos almejados com base no critério de prioridades estabelecidos (SANCHEZ *et al.*, 2019).

Na perspectiva da identidade virtual do gerente, observa-se que este possui como ato de atribuição metáforas que os associam a um **Executivo**, tendo em vista que a comunidade reconhece a função gerencial como uma função estritamente burocrática, que lhes confere poder e status.

As pessoas falam assim: ‘agora você vai trabalhar de terninho né, de salto’ (G4).

Essa imagem emblemática do gerente de terno repercute como a imagem do “homem organizacional” (STRANNEGARD, 2005), um homem clássico, que representa por meio de seu modo de vestir uma sociedade organizada, que prioriza a racionalidade, a estrutura e a eficiência. Ademais, essa imagem coaduna com uma simbologia de *status*, que muitas vezes é afirmada pelo imaginário popular, onde o gerente assume a função que lhe confere poder e superioridade.

Outra imagem atribuída ao gerente que lhe confere uma identidade virtual é a de **Bruxa**. O gerente tem sua imagem associada à de uma bruxa por outros indivíduos, sejam pelos colegas de trabalho ou pela própria comunidade.

*Tem gente que me vê como bruxa. Quando não resolve o caso dele, é a bruxa, né? Agora quando resolve, é um santo. Quando a gente dá conta a gente resolve, resolve o que está na governabilidade da gente, né? (G5).*

*Eu acho que as pessoas me veem como uma bruxa, mas não me sinto assim. Faço o meu trabalho, faço o que tem que ser feito. Faço o máximo possível para fazer tudo dentro da lei, das diretrizes, e do que me é proposto. (G11).*

A imagem de bruxa refere à insatisfação do indivíduo, trabalhador ou usuário, com relação a alguma atitude do gerente, seja por ele não atender às expectativas ou demandas dos usuários, por não fazer concessões ou até advertir o trabalhador por algum motivo.

Essas e outras simbologias conferem ao cotidiano de trabalho do gerente da APS sentido e significados na (re)configuração da identidade e no ser e agir profissional.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou contribuir para a construção do conhecimento no que tange o trabalho gerencial, compreendendo as simbologias impostas a esta prática profissional e o que elas representam na configuração identitária do gerente da APS.

Destaca-se que as características do perfil desse profissional corroboram com a imagem de um gerente tarefeiro, responsável por multi funções e sobrecarregado no trabalho, mas que busca direcionar o cuidado centrado no paciente e voltado para a prestação do serviço de saúde o qual gerencia. Nesse sentido sua prática profissional é marcada pelo imprevisto, em apagar incêndio, em ser o faz tudo, mas sobretudo o gerente se reconhece como defensor do paciente e anjo da guarda da sua equipe e população.

Nesse sentido, nos atos de pertença e atribuição no trabalho gerencial, podemos ressaltar a compreensão nos modos de ser do gerente na atenção primária, capaz de contribuir na reorganização do fazer em saúde, resignificando assim o modo de agir desse profissional no serviço, com vistas a um cuidado em saúde resolutivo e de qualidade.

#### REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDON, A. M. H. M. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 244-260, set. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)> Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRITO, M. J. M.; CARAM, C. S.; MOREIRA, D. A.; REZENDE, L. C.; CARDOSO, C. M. L.; CAÇADOR, B. S. Técnica do Gibi como recurso metodológico aplicado na enfermagem. **Rev. baiana enferm.** 2019;33:e29895.

CAÇADOR, B. S.; RAMOS, F. R. S.; BRITO, M. J. M. Processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros da estratégia saúde da família. **Enferm. Foco** 2016; 7 (3/4): 22-26.

CELEDÔNIO, R. M.; FÉ, M. C. M.; MENDES, A. H. L.; MENDES, A. H. L.; CHAVES, T. L. F. Management of work in Basic Health Units. **J Nurs UFPE on line** [Internet]. 2017 [cited 2020 July 01];11(Suppl 1):341-50. Doi: 0.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201713.

CORTINA, A. **Cidadãos do mundo**: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Edições Loyola, 2005, 210p.

DUBAR C. **A crise das identidades: interpretação de uma mutação**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo; 2005.

FAUSTO, M. C. R.; RIZZOTO, M. L. F.; GIOVANELLA, L.; SEIDL, H.; BOUSQUAT, A.; ALMEIDA, P. F.; TOMASI, E. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 42, n. especial 1, p. 12-17, set 2018.

FERNANDES, J.C.; CORDEIRO, B.C. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 194-202, jan., 2018.

JESUS, M. A.; SERVO, M. L. S. Contexto técnico do trabalho de gerentes na atenção primária à saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.13, n. 3, p. 614-623, mar., 2019.

MENDES E. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS; 2015.

NETTO, L.; SILVA, K. L.; RUA, M. S. Desenvolvimento de competências para promoção da saúde e mudança no modelo assistencial. **Texto Contexto Enferm.** 2016[citado em 2020 maio 25];25(2):e2150015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt\\_0104-0707-tce-25-02-2150015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-2150015.pdf).

OHIRA, R. H. F.; CORDONI, L. J.; NUNES, E. F. P.A. Perfil dos gerentes de atenção primária à saúde de municípios de pequeno porte do Norte do Paraná, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva** [Internet]. 2014 Feb [cited 2020 Apr 12]; v.19, n.2, p. 393-400. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00393.pdf>.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **TheLancet.com.** p. 11 -31, maio, 2011.

PERUHYPE, R. C.; COSTA, S. G.; HOFFMANN, J. F.; BISSELL, K.; MITANO, F.; SÁ, L. D.; et al. Directly Observed Treatment: practices perspectives, improvisation and transfer of policy. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018; v. 71, n.4, p. 1940-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0493>.

PORCIUNCULA, A. M.; VENÂNCIO, S. A.; SILVA, C. M. F. P. Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1555-1565, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.22072018.

RUBIO, V. B.; LINÁS, M. J. B.; HAMBURGEN, A. J. MENDOZA, L. M.; BARRIOS, I. S.; MOLINA, R. T. Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades. Barranquilla (Colombia). **Salud Uninorte**. Barranquilla (Col.), v. 31, n. 2, p. 295-308, 2015.

SANCHEZ, M. C. O.; SANTOS, C. L.; XAVIER, M. L.; CHRIZOSTIMO, M. M.; BRAGA, A. L. S.; NASSAR, P. R. B. Planning process performed by nurses: primary health care el proceso de planificación realizado por enfermeras: atención primaria de la salud. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1437-43, maio., 2019.

SOUSA, M. **Turma da Mônica**: Uma pequena aventura do Doutor Spam. Panini, São Paulo, n. 4, p. 1-68, ago 2015.

STRANNEGARD, L. **Sobre a foto da capa**: “Quase lá”. In: DAVEL, E. MELO, M.C.O.L. Gerência em Ação: Singularidades e dilemas do trabalho gerencial. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

TETEMANN, E. C.; TRUGILHOSM, S. L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 15, n. 2, p. 356, 2016. <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2016.2.25456>.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. Integrality: life principle and right to health. **Invest Educ Enferm**, v. 33, n. 2, p. 237-247, 2015.

Yin RK. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

## INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E O USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS

Data de aceite: 01/11/2021

### Rosiléia Silva Argolo

Centro Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus – Bahia/Brazil  
<https://orcid.org/0000-0002-8747-5433>

### Joseneide Santos Queiroz

Centro Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus – Bahia/Brazil  
<https://orcid.org/0000-0001-9938-5067>

### Marcus Fernando da Silva Praxedes

Centro Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus – Bahia/Brazil  
<https://orcid.org/0000-0003-4226-6926>

**RESUMO: Objetivo:** Analisar a prevalência do uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). **Introdução:** Os idosos são vulneráveis aos problemas relacionados aos medicamentos, principalmente devido às alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas, próprias do envelhecimento. Nesse sentido, destacam-se os MPI para idosos que, apesar de serem associados aos desfechos negativos, continuam sendo prescritos e utilizados sem cautela em ILPIs. **Método:** Revisão integrativa da literatura foi usada para obter artigos de bases de dados online relevantes, tendo como pergunta norteadora: “Qual a prevalência do uso de medicamentos

potencialmente inapropriados para idosos em Instituições de Longa Permanência?”. O processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações PRISMA 2020. Os critérios de elegibilidade foram estudos observacionais e experimentais, nos idiomas inglês e português, realizados nos últimos 10 anos com pacientes idosos  $\geq 60$  anos e estudos de prevalência de uso de MPI em idosos residentes em ILPIs.

**Resultados:** A amostra final foi composta por 11 artigos, dos quais, seis (54,54%) foram publicados no Brasil, dois (18,18%) na Malásia e um na Austrália, Irlanda e Espanha, respectivamente. O principal tipo de estudo foi o transversal com 10 (90,90%) artigos, publicados entre 2012 e 2019, sendo predominante o ano de 2012 (36,36%). A média de prevalência de uso de MPI foi de 43,86% (7,8%-80%), destacando-se maior relação com o sexo feminino (58,5%) e a polifarmácia (58,7%). os profissionais de saúde para o uso racional de medicamentos e maior segurança da farmacoterapia proposta para a população idosa. **Implicações para a pesquisa, política e prática:** Pesquisas futuras nesta temática são necessárias para reforçar a necessidade da diminuição das prescrições inadequadas e a importância do uso racional de medicamentos para residentes em ILPIs.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Prescrição Inadequada; Instituições de Longa Permanência para idosos; Medicamento potencialmente inapropriado.

**ABSTRACT: Objective:** To analyse the prevalence of the use of potentially inappropriate medications (PIM) in Long Stay Institutions for

the Elderly (LSIE).

**Background:** The elderly is vulnerable to drug-related problems, mainly due to pharmacodynamic and pharmacokinetic alterations, proper of aging. In this perspective, it is important to highlight the PIM for the elderly that, despite being associated with negative outcomes, continue to be prescribed and used without caution in LSIE. **Method:** Integrative literature review was used to obtain articles from relevant online databases, having as guiding question: "What is the prevalence of the use of potentially inappropriate medications for the elderly in Long Stay Institutions?". The search and selection process of the studies followed the PRISMA 2020 recommendations. The eligibility criteria were observational and experimental studies, in English and Portuguese languages, conducted in the last 10 years with elderly patients  $\geq 60$  years and studies of the prevalence of PIM use in elderly residents in LSIE. **Results:** The final sample comprised 11 articles, of which, six (54.54%) were published in Brazil, two (18.18%) in Malaysia and one each in Australia, Ireland, and Spain, respectively. The main type of study was cross-sectional with 10 (90.90%) articles, published between 2012 and 2019, with 2012 being predominant (36.36%). The mean prevalence of PIM use was 43.86% (7.8%-80%), highlighting greater relationship with female gender (58.5%) and polypharmacy (58.7%). **Conclusion:** The results of this study highlight the importance of raising awareness among health professionals for the rational use of medicines and greater safety of the pharmacotherapy proposed for the elderly population.

**KEYWORDS:** Drug Therapy, Elderly, Inappropriate Prescription, Long Stay Institutions for the Elderly, Nursing Home, Potentially Inappropriate Medication.

## INTRODUÇÃO

As mudanças na sociedade repercutem no cuidado da pessoa idosa. A diminuição do número de filhos e a inserção da mulher no mercado de trabalho fazem com que as atribuições do cuidado aos idosos deixem de ser exclusivas da família e passem a ser também das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).<sup>1</sup> Assim, observa-se uma crescente demanda por essas instituições, visto que se configuram como espaços alternativos de cuidado de pessoas que não vivem mais em suas residências em função de motivos diversos relacionados a questões sociais e de saúde.<sup>2</sup>

Estudos apontam uma maior prevalência de doenças crônicas entre idosos residentes em ILPIs, além de uma maior média de utilização de medicamentos quando comparada à de idosos que vivem em comunidade.<sup>3,4</sup> Destaca-se que, ao mesmo tempo em que a farmacoterapia possibilita benefícios à saúde desses indivíduos, observa-se que eles estão mais vulneráveis aos problemas relacionados aos medicamentos, principalmente devido às alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas, próprias do envelhecimento. Ademais, o uso de diversas fórmulas farmacológicas, favorecem interações e reações adversas aos medicamentos (RAM).<sup>4,5</sup>

Nesse sentido, a inadequação das prescrições para pacientes idosos é um problema de saúde pública dada a sua associação com morbimortalidade, além dos custos aos serviços de saúde decorrentes das reações adversas. Destacam-se os medicamentos



potencialmente inapropriados (MPI) para idosos, em que os riscos associados à sua utilização podem ser superiores aos benefícios terapêuticos.<sup>6</sup> Apesar dos MPI serem associados aos desfechos negativos neste grupo, continuam sendo prescritos e utilizados sem cautela como tratamentos de primeira linha na população idosa, mesmo em situações em que os mesmos podem ser evitados ou substituídos.<sup>7</sup>

Diante desse panorama foram desenvolvidas e publicadas listas de MPI e instrumentos para identificação dos mesmos. Destacam-se os Critérios de Beers<sup>8</sup>, os critérios *Screening Tool of Older Person's Prescriptions* (STOPP)<sup>9</sup> e *Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment* (START)<sup>9</sup>, que objetivam facilitar a adaptação da farmacoterapia para os idosos e auxiliar os profissionais de saúde a prescreverem de forma mais segura. Reafirma-se a importância desses critérios como importantes ferramentas utilizadas na avaliação geriátrica específicas na escolha da utilização do uso de medicamentos.<sup>10</sup>

Percebe-se a importância da realização de pesquisas que analisem a farmacoterapia prescrita aos idosos residentes em ILPIs, visto ser este um ambiente com alto índice de uso de medicamentos e propenso a ocorrências envolvendo os mesmos. Tais pesquisas permitem uma visão geral do uso de MPI, podendo fornecer dados importantes às equipes de saúde, para que estas possam promover o uso racional de medicamentos, ponderando os riscos e benefícios resultantes da terapia proposta. Nessa perspectiva, o presente estudo tem por objetivo analisar a prevalência do uso de MPI em ILPIs.

## MÉTODOS

Trata-se uma revisão integrativa (RI) de literatura, que visa a análise da produção bibliográfica em determinada área temática e que compila estudos desenvolvidos por meio de várias metodologias, o que permite ao pesquisador uma síntese de resultados, com possibilidade de aprofundamento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.<sup>11</sup>

Para o desenvolvimento dessa RI de literatura, optou-se por um planejamento<sup>12</sup>, que é composto por uma sequência de etapas que organizam e fundamentam a pesquisa: elaboração da questão de pesquisa; busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Para a construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC), a fim de orientar na busca da RI.<sup>13</sup> Foram definidos: P- idosos, C- prevalência do uso de MPI e C- instituições de longa permanência para idosos. Com base nessas definições foi estabelecida a pergunta norteadora: “Qual a prevalência do uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em Instituições de Longa Permanência?”

Para a seleção dos artigos foi realizado um levantamento nas bases eletrônicas de dados Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS/MS), *Google Scholar*,

*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, *SciELO (Scientific Electronic Library Online)* e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*. Utilizou-se a combinação dos descritores de saúde nos idiomas inglês e português, com pequenas adaptações, de acordo as especificidades de cada base de dados: (“Inappropriate Prescribing” OR “Potentially Inappropriate Medication List”) AND (“Homes for the Aged” OR “Nursing Homes”), e (“Prescrição inadequada” OR “Lista de medicamentos potencialmente inadequados”) AND (“Instituição de Longa Permanência” OR “Asilo”). A busca foi realizada entre 25/01 a 10/08/2021.

Os critérios de elegibilidade foram estudos observacionais e experimentais, realizados nos últimos 10 anos com pacientes idosos  $\geq 60$  anos; estudos que analisaram o uso de medicamentos utilizados por idosos residentes em ILPIs e que definiram a prevalência do uso de MPI. Foram excluídos os artigos que não puderam contribuir de forma efetiva para a edificação deste trabalho e que se encontravam duplicados, sem respaldo científico, artigos de revisão, estudos de caso, estudos com animais, carta ao editor e aqueles que não estivessem nos idiomas inglês ou português.

Para a seleção dos artigos foram estabelecidos os seguintes passos: 1) dois revisores treinados (R1 e R2) fizeram a leitura e avaliação dos títulos e resumos de forma independente e de acordo com os critérios de elegibilidade; 2) os artigos selecionados foram lidos na íntegra e feita a seleção final. Diante de qualquer divergência entre os dois revisores, foi considerada a opinião de um terceiro revisor (R3).

Para sistematização da extração dos dados foi utilizado um formulário específico contendo: autor, ano, país, tipo de estudo, número da amostra, média de idade, uso de instrumentos e prevalência do uso de MPI. O processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020)*.<sup>14</sup> Os dados extraídos foram identificados, explorados e sintetizados de forma narrativa com a tabulação dos resultados dos estudos incluídos, sendo estes conduzidos a partir da análise descritiva.

Por se tratar de uma pesquisa que não envolve coleta de dados primários e o contato direto com seres humanos, de qualquer natureza, não foi necessário submetê-la ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), de acordo com a resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>15</sup> Porém, por se tratar de uma revisão integrativa, os aspectos éticos foram considerados, sendo referidas e mantidas as ideias e conceitos originais dos autores pesquisados e respeitando os critérios de elegibilidade.

## RESULTADOS

O processo de busca resultou na identificação de 1.624 estudos e após as etapas de seleção, 11 estudos observacionais foram incluídos. Dentre os estudos incluídos, seis (54,54%) foram publicados no Brasil, dois (18,18%) na Malásia e um na Austrália, Irlanda e

Espanha, respectivamente. Nesta seleção, o principal tipo de estudo foi o transversal com 10 (90,90%) artigos publicados entre 2012 e 2019, sendo predominante o ano de 2012 (36,36%). O tamanho amostral, pela soma de todos os estudos, foi de 1.999 idosos. A média de idade foi de 79,9 anos (dos estudos que apresentaram tal variável como contínua). O critério mais utilizado para identificação dos MPI para idosos foi o Critério Beers, presente em 7 (63,6%) artigos. As características gerais dos estudos estão sumarizadas na Tabela 1.

<b>Autor/Ano</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Amostra (n)</b>	<b>Média de Idade (anos)</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Prevalência de MPI</b>
<b>Fochat et al.<sup>16</sup></b>	Brasil	Transversal	122	80,3	Critérios de Beers (2003)	7,8%
<b>Garbin et al.<sup>17</sup></b>	Brasil	Transversal	261	≥60	Critérios de Beers (2003)	50,6%
<b>García-Gollarte et al.<sup>18</sup></b>	Austrália	Transversal	100	84,7	STOPP-START (2008)	79%
<b>Gautério-Abreu et al.<sup>19</sup></b>	Brasil	Transversal	39	80-89	Critérios de Beers (2003)	33,33%
<b>Liew et al.<sup>20</sup></b>	Malásia	Transversal	155	75,01	STOPP / START e os critérios de Beers (2015)	21,3%
<b>Lima et al.<sup>21</sup></b>	Brasil	Transversal	253	77	Critérios de Beers (2015)	80%
<b>Lima; Garbin; Garbin.<sup>22</sup></b>	Brasil	Transversal	261	≥60	Critérios de Beers (2003)	32,4%
<b>Ryan et al.<sup>23</sup></b>	Irlanda	Coorte	313	84,4	STOPP-START (2009)	59,8%
<b>Al Aqqad et al.<sup>24</sup></b>	Malásia	Transversal	211	77,7	STOPP-START (2008)	23,7%
<b>Smanioto; Haddad.<sup>25</sup></b>	Brasil	Transversal	203	76,4	Critérios canadenses de Mcleod, (1997)	58,1%
<b>Ubeda et al.<sup>26</sup></b>	Espanha	Transversal	81	84	Critérios de Beers 2003 e STOPP-START 2010	36,5%

Tabela 01. Características gerais dos estudos incluídos na revisão integrativa, 2021.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da análise dos dados, observou-se que a média de prevalência de uso de MPI foi de 43,86% (7,8%-80%). Destacou-se a prescrição para o sistema gastrointestinal

(34,5%), medicamentos para dor (15,1%) e sistema nervoso central (14,9%). Os principais foram inibidores da bomba de prótons (IBP) (34,5%), benzodiazepínicos (30,4%) e antipsicóticos (26,3%).

## DISCUSSÃO

Após leituras sucessivas dos estudos selecionados para a presente revisão e o agrupamento de informações foi possível identificar três categorias para discussão: Uso de medicamentos potencialmente inapropriados; Fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados e Estratégias para a diminuição do uso de medicamentos potencialmente inapropriados.

### Uso de medicamentos potencialmente inapropriados

O uso de MPI é um problema frequente e sério entre os idosos. A presente RI identificou alta prevalência (43,86%) do uso de medicamentos inadequados para residentes em ILPIs. Estudos realizados apontaram diferentes prevalências, chegando a 80% no Brasil<sup>21</sup> e a 79% na Austrália.<sup>18</sup> Tais achados apontam a magnitude do problema e a necessidade de maior atenção por parte dos gestores de políticas públicas de saúde e profissionais de saúde.

A comparação dos resultados de estudos realizados em todo o mundo não é simples. Assim, observa-se que as desigualdades na prevalência do uso de medicamentos podem refletir diferenças entre populações quanto ao estado de saúde e modelo de atenção à saúde específico em cada país, além de traços demográficos e culturais diferentes, relacionados ao consumo de medicamentos.<sup>17</sup>

Os estudos analisados demonstram que alguns medicamentos têm maior prevalência de utilização nas ILPIs, como os IBP, benzodiazepínicos e antipsicóticos. Os IBP foram os MPI mais prescritos. Os medicamentos dessa classe estão entre os mais usados em todo o mundo e sua utilização aumenta com a idade, pois são eficazes na redução da secreção de ácido gástrico e considerados a melhor opção terapêutica contra doença do refluxo gastroesofágico, esofagite, dispepsia, tratamento sintomático de úlcera péptica, além de serem utilizados para reduzir o risco de sangramento gastrointestinal relacionado ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e aspirina em baixas doses.<sup>27</sup> Sua utilização inadequada e prolongada compromete a segurança do idoso e pode ocasionar outros problemas mais importantes, como aumento de fraturas ósseas, diarreia associada ao *Clostridium difficile* e risco aumentado de infecção respiratória. Vale salientar que se deve evitar o uso desnecessário de IBP em longo prazo na população idosa e, quando necessária, deve ser considerada a individualização e adequação de doses, de acordo com parâmetros bem definidos.<sup>28</sup> Estudos observaram que na Austrália a maioria dos IBP eram utilizados sem indicação clara (52,0%), ou seja, sem patologia associada ou em associação

com outro medicamento<sup>18</sup> e, na Irlanda, com superdosagem (17,0%)<sup>23</sup>, que pode levar a intoxicação e/ou a morte.

Os benzodiazepínicos também apresentaram expressiva prevalência de uso. Sua utilização está associada a um maior risco de quedas, fraturas ósseas, *delirium* e contribuição para a deterioração mental na população idosa.<sup>26</sup> Com o envelhecimento, mais idosos sofrem com dor crônica, insônia e depressão, e conseqüentemente utilizam desses medicamentos com maior frequência.<sup>29</sup> Há ampla variação na prescrição dos benzodiazepínicos, como na Austrália (35%)<sup>18</sup>, Irlanda (25,8%)<sup>23</sup>, Brasil (21,1%)<sup>29</sup> e Espanha (12,5%).<sup>26</sup> Para diminuição da prevalência desses fármacos, recomenda-se a terapia não medicamentosa como método de primeira linha para tratamento de dor crônica ou insônia, pois estimula mudanças no estilo de vida e a adoção de hábitos mais saudáveis, assim garantindo maior qualidade de vida dos residentes em ILPIs.<sup>30</sup> No entanto, quando medidas não farmacológicas não forem possíveis, é de suma importância o acompanhamento das possíveis RAM.<sup>28</sup>

Além dos medicamentos já citados, os antipsicóticos são comumente prescritos de forma imprópria para idosos institucionalizados, demonstrando alta prevalência em alguns estudos. Na população estadunidense foi de 31,63%<sup>31</sup>, já na população brasileira 26,5%<sup>21</sup> e nos australianos 26%.<sup>18</sup> A utilização desses medicamentos entre os residentes de ILPIs, reflete o alto número de idosos afetados por transtornos mentais ou comportamentais.<sup>32,33</sup> Assim, recomenda-se a otimização do seu uso, à luz da eficácia, das possíveis reações adversas e segurança.

## **Fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados**

Os estudos selecionados para análise também observaram algumas variáveis em relação a utilização de MPI, dentre elas destacam-se o sexo feminino e a polifarmácia. Observou-se maior prevalência do uso de MPI em pessoas do sexo feminino, com média de 58,5%.<sup>17-20,24,26</sup> É necessário compreender que existem diferenças biológicas claras em termos anatômicos e fisiológicos entre pessoas do sexo feminino e masculino e, portanto, diferenças no efeito do envelhecimento nas funções orgânicas, que não se reduzem ao sistema reprodutivo, mas abrangem diversos outros aspectos, como os musculoesqueléticos e cardiovasculares, ocasionando reações diversas em resposta aos medicamentos utilizados.<sup>34</sup>

Diante desse panorama, percebe-se que além de preocupar-se com a utilização de MPI é importante e necessário analisar aspectos relacionados ao sexo biológico, buscando atentar para as especificidades e não universalizar os tratamentos, pois as alterações anatomofisiológicas têm conseqüências farmacocinéticas e farmacodinâmicas, determinando grande variabilidade individual na resposta aos medicamentos.<sup>35</sup> Tal atitude possibilitará intervenções medicamentosas mais eficazes, diminuindo as possíveis RAM e

garantindo a segurança dos pacientes residentes em ILPIs.

A alta prevalência da polifarmácia em idosos, identificada em alguns estudos, com média de 58,7%<sup>17,18,20,21,24-26</sup>, está associada diretamente com polimorbidade (42,35%)<sup>17,21</sup> o que, por sua vez, ocasiona maior consumo de medicamentos e aumenta a probabilidade de prescrição inadequada. Em estudo realizado observou-se que o uso de múltiplos medicamentos (5+) foi fator de risco para o uso de medicamentos inadequados (*odds ratio* 4,81; Intervalo de confiança de 95% 2,31–10,0;  $p < 0,001$ ).<sup>20</sup> Ademais, a complexidade da farmacoterapia gerada pela polifarmácia, com a existência de vários horários, formas de administração, diferentes dosagens e instruções especiais de uso, pode colocar os residentes em risco de incidentes clínicos e piores resultados de saúde.<sup>36</sup>

Diante do exposto, é possível adotar algumas medidas para redução da polifarmácia tais como: manter o registro atualizado dos medicamentos, revisando-os a cada consulta; identificar o nome dos medicamentos pelo nome genérico e grupo terapêutico; certificar-se da indicação adequada; ter conhecimento dos efeitos secundários; conhecer as alterações promovidas pelo envelhecimento e evitar redundâncias farmacológicas.<sup>25</sup>

Portanto, faz-se necessário ressaltar a importância do cuidado na administração simultânea de fármacos que possam interagir entre si e o monitoramento das RAM implicadas em desfechos negativos. Quando estas questões não são levadas em consideração gera-se um ciclo vicioso, no qual a polimorbidade associada a polifarmácia tendem a intensificar a utilização dos MPI e estes por sua vez tendem a aumentar o índice de outras/novas complicações, fazendo com que a saúde dos idosos residentes em ILPIs fique cada vez mais comprometida.<sup>37</sup>

## **Estratégias para diminuição do uso de medicamentos potencialmente inapropriados**

Diante das altas taxas de prevalência apontadas pelos estudos selecionados, torna-se essencial a identificação e estímulo ao uso de estratégias com foco na diminuição do uso de MPI para idosos. Dentre algumas estratégias, tem-se as intervenções educativas, que podem auxiliar na divulgação e uso de instrumentos capazes de identificar os MPI, a exemplo dos critérios Beers<sup>8</sup> e STOOD-START.<sup>9</sup> Um estudo na Espanha<sup>26</sup> obteve modificação das prescrições médicas em 53% dos pacientes, com a utilização do critério STOOD-START.<sup>9</sup> Intervenções utilizando os critérios de Beers colaboram para a redução do uso de MPI, de 61% para 29,5%.<sup>38</sup>

Resultados apontam que os Critérios de Beers<sup>8</sup> e STOOD-START<sup>9</sup> devem ser utilizados pelos profissionais de saúde como guia de apoio, a fim de se garantir maior segurança no uso dos medicamentos, pois a utilização de fármacos no tratamento de pacientes idosos deve ser cuidadosa, baseada em julgamento clínico individualizado no que diz respeito aos idosos institucionalizados.<sup>17,39</sup> Dessa forma, demonstra-se que tais instrumentos podem ser utilizados em processos educativos e contribuir para a redução de

prescrições inadequadas em ILPIs. No entanto, para que tais processos tenham êxito, é fundamental o envolvimento e aceitação do prescritor em mudar sua prática e a participação de uma equipe multidisciplinar, em específico médico, farmacêutico e enfermeiro.

Nesse sentido, a capacitação profissional pode contribuir de forma efetiva para a redução de danos e influenciar positivamente a segurança do paciente idoso.<sup>40</sup> Destaca-se o papel do enfermeiro, que é a última barreira de proteção para o uso adequado do medicamento. Tal profissional deve ser capacitado a identificar os MPI e, através de evidências científicas, discutir junto à equipe multidisciplinar a necessidade de manutenção, modificação ou exclusão da terapia proposta. Estudo realizado demonstrou que ações de capacitação aos enfermeiros que estão à frente no cuidado integral a pessoa idosa, pode reduzir o uso de MPI. Observou-se que a prevalência do uso de MPI diminuiu significativamente no grupo de intervenção (11,7, intervalo de confiança de 95% (IC) 95% 20,5 a 2,9;  $P < 0.009$ ).<sup>41</sup> Demonstra-se assim, a importância da capacitação do enfermeiro nesse processo de adequação da farmacoterapia proposta, visando a redução do número de MPI a idosos institucionalizados.

As intervenções mencionadas acima não podem afirmar os benefícios clínicos alcançados, que muitas vezes não foram avaliados clinicamente de forma significativa, não considerando fatores como a mortalidade e qualidade de vida. No entanto, a implementação eficaz das intervenções educativas tende a melhorar a prescrição medicamentosa e aumentar a segurança no uso de medicamentos.<sup>28</sup>

Vale ressaltar que existem outras importantes iniciativas para a redução do uso de MPI, como a revisão da prescrição com desprescrição medicamentosa e sistemas informatizados. A desprescrição é o processo planejado e supervisionado de interrupção ou redução de dose de um tratamento farmacoterapêutico que não está sendo benéfico ao paciente, causando algum evento adverso ou sintomas de rebote em decorrência de uma interação medicamentosa.<sup>42</sup> Esta atitude demonstra uma ação efetiva na diminuição da polifarmácia inadequada e redução de danos ao paciente.<sup>43</sup> Em estudo realizado na Austrália, com pessoas idosas que vivem em ILPIs, as revisões individualizadas de medicamentos reduziram significativamente o número de medicamentos regulares em  $2,0 \pm 0,9$  (intervalo de confiança de 95% 0,08–3,8,  $p = 0,04$ ).<sup>44</sup> Ademais, em revisão sistemática realizada, observou-se que a desprescrição possibilitou a revisão abrangente da medicação, com redução da mortalidade por todas as causas (*odds ratio* 0,74, IC 95%: 0,58 a 0,95) e da prescrição de MPI.<sup>45</sup>

Destaca-se também a tomada de decisão baseada nos sistemas informatizados que possibilitam a prescrição eletrônica e o registro dos medicamentos utilizados pelo paciente, os quais emitem alertas de risco e fornecem informações sobre interações medicamentosas.<sup>46</sup> Observou-se que a informatização do sistema de prescrição, em apoio à tomada de decisão, foi capaz de reduzir significativamente ( $p = 0,02$ ) a prescrição de MPI para idosos (*odds ratio* = 0,55, IC 95% = 0,34 - 0,89).<sup>47</sup> Revisão sistemática também

observou que tais sistemas foram capazes de reduzir o número médio de prescrições potencialmente inadequadas por paciente, bem como aumentaram a descontinuação das mesmas.<sup>48</sup> Assim, destaca-se a necessidade do aumento do uso de sistemas eletrônicos que permitam o compartilhamento de informações e a interoperabilidade aprimorada de informações clínicas de residentes de ILPIs.<sup>49</sup>

Outra estratégia identificada para o uso adequado de medicamento, foi a utilização de protocolos de saúde, considerados estratégicos para a minimização de eventos adversos evitáveis na assistência à saúde<sup>50</sup>. Protocolos voltados para a prescrição, uso e administração de medicamentos garantem maior segurança à farmacoterapia proposta, além de possibilitarem a implementação de indicadores de saúde que irão subsidiar as ações dos gestores para melhorias na assistência prestada.

Os idosos que residem em instituições de longa permanência são mais propensos à iatrogenia medicamentosa, que contribui para desfechos clínicos negativos, comprometendo seu estado de saúde. Neste sentido, a prevenção dos erros e do risco de dano em função da sua ocorrência, deve ser identificada precocemente, como forma de traçar estratégias para a sua prevenção.<sup>51</sup> A compreensão do processo de envelhecimento e da farmacoterapia proposta é fundamental para a proposição e implementação de estratégias que visem maior segurança à população idosa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das evidências encontradas foi possível identificar alta e preocupante prevalência de MPI, bem como dos medicamentos mais utilizados por residentes de ILPIs. Os resultados tendem a sensibilizar os profissionais da saúde, para que possam realizar a revisão da farmacoterapia proposta aos idosos, no intuito de evitar ou diminuir a prescrição dos MPI e propor melhores práticas que garantam a segurança, assim fazendo uso racional e cuidadoso de medicamentos.

Foram destacadas algumas estratégias para diminuição do uso de MPI, em que se ressalta a importância da equipe multidisciplinar envolvida no processo medicamentoso para a redução de prescrições inadequadas e ocorrência de eventos adversos, com destaque para equipe de enfermagem, pois está na linha de frente, ocupando algumas etapas como o aprazamento da prescrição médica, preparo e monitoramento do uso de medicação na população idosa. Assim, os enfermeiros poderão participar de forma interdisciplinar no cuidado direcionado à população supracitada a fim de promover a saúde, prevenção e implementar estratégias para redução da prescrição de MPI.

Diante do exposto e do baixo número de artigos identificados, é indicado que novas pesquisas sejam realizadas acerca dessa temática, o qual poderá contribuir para as atividades educativas aos profissionais de saúde e, conseqüentemente, para a redução das taxas de prevalência dos MPI.



## REFERÊNCIAS

1. Oliveira JM de, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 28]; 67(5):773–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670515>.
2. Gerlack LF, Cuentro VDS, Estrela MFB, Karnikowski MG de O, Pinho DLM, Bós ÂJG. Interações Medicamentosas Na Farmacoterapia Prescrita a Idosos Residentes Em Uma Instituição De Longa Permanência Brasileira. *Estud Interdiscip sobre o Envelhec* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 28];19(2). Available from: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.43273>.
3. Shah SM, Carey IM, Harris T, DeWilde S, Cook DG. Quality of prescribing in care homes and the community in England and Wales. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jan 28]; 62(598):e329–e336. Available from: <https://doi.org/10.3399/bjgp12X641447>.
4. Salcher EBG, Dellani MP, Portella MR, Doring M. Factors Associated With the Use of Medicines Potentially Inadequate for Urban and Rural. *Rev Saúde e Pesqui* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 29];11(1):139–49. Available from: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p139-149>.
5. Krause O, Wiese B, Doyle IM, et al. Multidisciplinary intervention to improve medication safety in nursing home residents: protocol of a cluster randomised controlled trial (HIOPP-3-iTBX study). *BMC Geriatr* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 29];19(1):24. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1027-0>
6. Lutz BH, Miranda VIA, Bertoldi AD. Potentially inappropriate medications among older adults in Pelotas, Southern Brazil. *Rev de Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 29], v. 51, p. 52.. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006556>.
7. Endres HG, Kaufmann-Kolle P, Steeb V, Bauer E, Bottner C, Thurmann P. Association between potentially inappropriate medication (PIM) use and risk of hospitalization in older adults: an observational study based on routine data comparing PIM use with use of PIM alternatives. *PLoS One* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 29];11(2):e0146811. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146811>.
8. American Geriatrics Society 2019. Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 29]; 67: 674-694. Available from: <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>.
9. O'mahony D, O'sullivan D, Byrne S, O'connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age Ageing* [Internet]. 2015[cited 2021 Jan 29]; 44(2):213–8. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afu145>.
10. Moreira FSM, Jerez-Roig J, Ferreira LM de BM, Dantas AP de QM, Lima KC, Ferreira MÂF. Use of potentially inappropriate medications in institutionalized elderly: Prevalence and associated factors. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 29]; 25(6):2073–82. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26752018>.
11. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 28];48(2):335–45. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>.

12. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2021 Jan 28];17(4):758–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
13. Hortelan M dos S, Almeida M de L de, Fumincelli L, Zilly A, Nihei OK, Peres AM, et al. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 28]; 32(2):229–36. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900031>.
14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ* [Internet]. 2021[cited 2021 Fev 03]; v. 372. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2012 [cited 2021 Fev 03]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
16. Fochat RC, de Oliveira Horsth RB, Sette MS, Barbosa Raposo NR, Chicourel EL. Perfil de utilização de medicamentos por idosos frágeis institucionalizados na Zona da Mata Mineira, Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 05]; 33(3): 447-454. Available from: <http://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/283/281>.
17. Garbin CAS, Lima TJV de, Araújo PC, Garbin AJÍ, Arcieri RM, Saliba O. Perfil da farmacoterapia utilizada por idosos institucionalizados. *Arch Heal Investig* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 05]; 6(7):322–7. Available from: <https://doi.org/10.21270/archi.v6i7.2083>.
18. García-Gollarte F, Baleriola-Júlvez J, Ferrero-López I, Cruz-Jentoft AJ. Inappropriate drug prescription at nursing home admission. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 05];13(1):83.e9-83.e15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.02.009>.
19. Gautério-Abreu DP, Santos SSC, Ilha, S, Piexak DR. Uso de medicamentos inapropriados por pessoas idosas residentes em instituição de longa permanência. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 05]; p. 608-614. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a10996p608-614-2016>.
20. Liew NY, Chong YY, Yeow SH, Kua KP, Saw PS, Lee SWH. Prevalence of potentially inappropriate medications among geriatric residents in nursing care homes in Malaysia: a cross-sectional study. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 05];41(4):895–902. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11096-019-00843-1>.
21. Lima TJV de, Garbin CAS, Araújo PC, Garbin AJÍ, Roviada TAS, Saliba O. Reações adversas a medicamentos entre idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Arch Heal Investig* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 05];6(3):129–35. Available from: <https://doi.org/10.21270/archi.v6i3.1921>.
22. Lima TJV de, Garbin C, Garbin A, Sumida DH. Potentially inappropriate medications used by the elderly: Prevalence and risk factors in Brazilian care homes. *Bmc* [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 05];1–7. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-52>.

23. Ryan C, O'Mahony D, Kennedy J, Weedle P, Cottrell E, Heffernan M et al. Potentially inappropriate prescribing in older residents in Irish nursing homes. *Age and Aging* [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 05]; v. 42, n. 1, pág. 116-120. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afs068>.
24. Al Aqqad SM, Chen LL, Shafie AA, Hassali MA, Tangiisuran B. The use of potentially inappropriate medications and changes in quality of life among older nursing home residents. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 05]; 22;9:201-7. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S52356>
25. Smanioto FN, Haddad M do CL. Evaluation of pharmacotherapy prescribed to institutionalized elderly. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 05]; v. 66, p. 523-527. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400009>.
26. Ubeda A, Ferrándiz ML, Maicas N, Gomez C, Bonet M, Peris JE. Potentially inappropriate prescribing in institutionalised older patients in Spain: the STOPP-START criteria compared with the Beers criteria. *Pharmacy Practice* [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 05];10(2):83-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3780483/pdf/pharmpract-10-083.pdf>.
27. Costa S de AL, Marques LF, Aleixo AG, Silva LF da, Santos NVP, Caramalac Junior AR de, et al. Effects of prolonged use of Proton Pump Inhibitors in the elderly. *Brazilian J Heal Ver* [Internet]. 2021[cited 2021 Jun 05];4(2):4248–65. Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-023>.
28. Praxedes MFS, Pereira GCS, Lima CFM, Santos DS, Berhends JS. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos segundo os Critérios de Beers: Revisão sistemática. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020. [cited 2021 Jun 05]. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prescricao-de-medicamentos-potencialmente-inapropriados-para-idosos-segundo-os-criterios-de-beers-revisao-sistemica/17615?id=17615>.
29. Gatto CM, Jorge MSG, Wibelinger LM, Bertolin TE, Portella MR, Doring M. Prevalência de polifarmácia, benzodiazepínicos e fatores associados em idosos institucionalizados. *Rev Bras Ciências do Envelhec Hum* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 06];16(3):47–58. Available from: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v16i3.7797>.
30. Li H, Pu S, Liu Q, Huang X, Kuang J, Chen L et al. Potentially inappropriate medications in Chinese older adults: The beers criteria compared with the screening tool of older persons' prescriptions criteria. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 06];17(11):1951–8. Available from: <https://doi.org/10.1111/ggi.12999>.
31. Kamble P, Chen H, Sherer JT, Aparasu RR. Use of antipsychotics among elderly nursing home residents with dementia in the US: An analysis of national survey data. *Drugs and Aging* [Internet]. 2009 [cited 2021 Mar 06]; 26(6):483–92. Available from: <https://doi.org/10.2165/00002512-200926060-00005>.
32. Converso MER, Iartelli I. Analysis and characterization of functional capacity and mental state in residents in old folk's home. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2007[cited 2021 Mar 07]; 56: 267 - 272. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000400005>.
33. Lenardt MH, Michel T, Wachholz PA, Borghi AS, Seima MD: O desempenho de idosas institucionalizadas no miniteste do estado mental. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2021 Mar 07]. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000500007>.

34. Santalucia P, Franchi C, Djade CD, Tettamanti M, Pasina L, Corrao S et al. Gender difference in drug use in hospitalized elderly patients. *European journal of internal medicine* [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 07]; v. 26, n. 7, p. 483-490. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.07.006>.
35. Mosca C, Correia P. O medicamento no doente idoso. *Acta Farmacêutica Portuguesa* [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 07]; v. 1, n. 2, p. 75-8. Available from: <http://www.actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/23>.
36. Sluggett JK, Hopkins RE, Chen EY, et al. Impact of Medication Regimen Simplification on Medication Administration Times and Health Outcomes in Residential Aged Care: 12 Month Follow Up of the SIMPLER Randomized Controlled Trial. *J Clin Med* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 07];9(4):1053. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm9041053>.
37. SECOLI SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. bras. Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2021 Mar 07]; v. 63, n. 1, p. 136-40. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>.
38. Najjar MF, Sulaiman SAS, Jeraisy AIM, Balubaid H. The impact of a combined intervention program: an educational and clinical pharmacist's intervention to improve prescribing pattern in hospitalized geriatric patients at King Abdulaziz Medical City in Riyadh, Saudi Arabia. *Ther Clin Risk Manag* [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 08]; v. 14, p. 557. Available from: <https://doi.org/10.2147/TCRM.S157469>.
39. Praxedes MFDS, Telles Filho PCP, Pinheiro MLP. Identificação e análise de prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em uma instituição hospitalar. *Ciênc cuid saúde* [Internet]. 2011 [cited 2021 Mar 08];10(2):338–44. Available from: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v10i2.10214>.
40. Souza AAL, Néri EDR, Gomes GC, Lopes EM, Fonteles MDF, Meira AS et al. Avaliação do autoconhecimento da equipe médica, de enfermagem e farmácia sobre medicamentos potencialmente perigosos. *Rev de Med da UFC* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 08];v. 59 n. 1. Available from: <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2019v59n1p21-29>.
41. Pitkälä KH, Juola AL, Kautiainen H, Soini H, Finne-Soveri UH, Bell JS, Björkman M. Education to reduce potentially harmful medication use among residents of assisted living facilities: a randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 08];15(12):892-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.002>.
42. Da Silva EF, Roderjan JG, Domingues JPF, De Oliveira W. Desprescrição/Description. *Brazilian Journal of Development* [Internet]. 2021 [cited 2021 Ago 20]; v. 7, n. 8, p. 80660-80665. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-332>.
43. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA internal medicine* [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 08];175(5):827-34. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324>.
44. Potter K, Flicker L, Páquina A, Etherton-Ber C. Deprescribing in Frail Older People: A Randomised Controlled Trial. *PLoS One* [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 10]; 11: e0149984. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149984>.

45. Bloomfield HE, Greer N, Linsky AM, et al. Deprescribing for Community-Dwelling Older Adults: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 10]; 35(11):3323-3332. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06089-2>.
46. Santos NS dos, Marengo LL, Moraes F da S, Barberato-Filho S. Intervenções para reduzir a prescrição de medicamentos inadequados em pacientes idosos. *Rev. saúde pública* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 10]; 53(0): 7. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000781>.
47. Terrell K M, Perkins A J, Dexter P R, Hui S L, Callahan C M, Miller D K. Computerized decision support to reduce potentially inappropriate prescribing to older emergency department patients: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. 2009 [cited 2021 Mar 10] 57:1388-1394. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02352.x>.
48. Monteiro L, Maricoto T, Solha I, Ribeiro-Vaz I, Martins C, Monteiro-Soares M. Reducing Potentially Inappropriate Prescriptions for Older Patients Using Computerized Decision Support Tools: Systematic Review. *J Med Internet Res* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 11]; 21(11):e15385. Available from: <https://doi.org/10.2196/15385>.
49. Makeham M, Pont L, Verdult C, et al. The General Practice and Residential Aged Care Facility Concordance of Medication (GRACEMED) study. *Int J Med Inform* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 11];143:104264. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104264>.
50. ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. [cited 2021 Mar 12]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html).
51. Cavalcante MLSN, Borges CL, Moura AMFTDM, Carvalho REFLD. Indicators of health and safety among institutionalized older adults. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 11]; v. 50, p. 0602-0609. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>.

## OS IMPACTOS DA UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 05/12/2021

### Lúcio Mauro Bisinotto Júnior

Residente de ginecologia e obstetrícia pela Unievangelica (UNIEVA), Goiás, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/4365051879522973>

### Silvério Godoy Del Fiacco

Médico pelo Centro Universitario Alfredo Nasser (UNIFAN), Aparecida de Goiânia, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/4001546317348710>

### Isadora Godoy Brambilla Bezzan

Graduanda de Medicina na Universidade de Rio Verde (Unirv), Aparecida de Goiânia, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/0392875510748869>

### Ana Luiza Corrêa Ribeiro Godoy

Residente de pediatria - Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Anápolis, Brasília  
<http://lattes.cnpq.br/8776076655033887>

**RESUMO:** Atualmente, crianças e adolescentes estão crescendo expostos à tecnologia tradicional e moderna. Enquanto estudos indicam que o aumento do uso de tecnologias tradicionais - como a televisão e alguns de seus conteúdos - têm efeitos negativos no desenvolvimento e na saúde das crianças, outros estudos têm mostrado que tecnologias modernas como *smartphones*, *tablets* e computadores são aparentemente benéficos para o desenvolvimento infantil, não oferecendo riscos potenciais às crianças. Diante do exposto, o principal objetivo deste trabalho foi refletir e analisar de que forma as crianças

estão utilizando as tecnologias as quais têm acesso e quais as principais consequências dessas tecnologias em seu desenvolvimento durante a infância. Para esta finalidade, adotou-se como método a revisão integrativa do tipo descritivo e qualitativo. Pode-se afirmar que o uso inadequado de tais dispositivos tecnológicos em termos de conteúdo, duração, frequência e a postura que eles adotam representam uma variedade de riscos à saúde infantil, incluindo problemas de desenvolvimento cerebral e muscular, sedentarismo, obesidade e qualidade de sono. Este estudo revisa a literatura sobre os problemas clínicos que o uso da tecnologia digital acarreta nas crianças. O monitoramento de uso é imprescindível para que crianças e adolescentes adotem um estilo de vida saudável, bem como a frequência e o conteúdo visualizado durante o uso dispositivos tecnológicos, e ainda o controle é de suma importância para garantir que as crianças tenham ou desenvolvam oportunidades adequadas de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, ciclos de sono adequados e um ambiente social estimulante e propício.

**PALAVRAS-CHAVE:** Telas; tecnologia; smartphone; computador; *tablet*. Infância.

### IMPACTS OF TECHNOLOGY USE ON CHILD DEVELOPMENT

**ABSTRACT:** Currently, children and teenagers are growing up exposed to traditional and modern technology. While studies indicate that the increased use of traditional technologies - such as television and some of its contents - have negative effects on children's health, other

studies have functions that modern technologies such as smartphones, tablets and computers are apparently beneficial to child development. , does not pose potential risks to children. Given the above, the main objective of this work was to reflect and analyze how children are using technologies, how they have access and what are the main consequences of the technologies in their development during childhood. For this practice, an integrative descriptive and qualitative review was adopted as a method. It can be argued that the advanced use of such technological devices in terms of content, duration, frequency and posture they adopt represent a variety of health risks to juvenile children, including brain and muscle development problems, sedentary lifestyle, obesity and sleep quality. This study reviews the literature on the clinical problems that the use of digital technology causes in children. Usage monitoring is essential for children and adolescents to adopt a healthy lifestyle, as well as the frequency and content viewed while using technological devices, and control is of paramount importance to ensure that children obtain or develop adequate opportunities physical activity, healthy eating habits, adequate sleep cycles, and a stimulating and supportive social environment.

**KEYWORDS:** Screens; technology; smartphone; computer; tablet.

## 1 | INTRODUÇÃO

A definição de tecnologia é, ainda, algo amplo e a ser explorado. Para Veraszoto et al. (2009, p.39) “ tecnologia engloba tanto seu aspecto cultural, que inclui metas, valores e códigos éticos, assim como possui um aspecto organizacional, que abrange a economia e as atividades industriais, profissionais, além dos usuários e dos consumidores”. Para Drucker (2021), a tecnologia representa o aproveitamento de técnicas juntamente com o conhecimento que são utilizados para aperfeiçoar ou facilitar um determinado trabalho, execução ou tarefa.

A forma e a intensidade com que a tecnologia é utilizada varia de acordo com a idade. Estudos dirigidos por Guerin, Priotto e De Moura (2018) mostram que a facilidade de acesso à tecnologias já existentes e novas, nos adolescentes, causaram mudanças no processo de aprendizagem, bem como na forma como vivem e se relacionam. É fato que os adolescentes possuem uma certa facilidade de se adaptarem ao novo e, por conta disso, moldam-se facilmente. Porém é de extrema relevância que seja analisado outros fatores, como por exemplo: a incapacidade de se concentrar, falta de memória, problemas de saúde, ansiedade, depressão e isolamento.

No que diz respeito a crianças, pode-se concluir que a diferença principal entre elas e os adolescentes, está na dosagem e no tempo de utilização. Se as tecnologias forem utilizadas da forma correta, apresentam sinais positivos no desenvolvimento das crianças, como por exemplo: ampliam a potencialidade do cérebro, melhoram a rapidez dos pensamentos, permitem a aprendizagem de forma facilitada e permite o contato com diversos assuntos e formas. Porém, se utilizado de forma inadequada e/ou excessiva, podem acabar por acarretar em problemas sérios de curto, médio e longo prazo, como por exemplo: sedentarismo, sobrepeso, vulnerabilidade a ataques ou conteúdos indevidos e

inapropriados para a idade, perdas de informação, individualismo evidente e precoce, etc. (FREIRE; SIQUEIRA, 2019).

Porém, em se tratando das crianças, a tutela é de responsabilidade dos pais, que por sua vez, muitas vezes sabem dos riscos em relação à utilização das tecnologias na infância, porém, não sabem limitar ou vigiar da forma adequada os seus filhos e, portanto, acabam por oferecer aparelhos de utilização (celulares, computadores e tablets) de forma desenfreada, irregular e precoce (CÂMARA et al., 2020).

Buscando-se compreender não sobre o uso das tecnologias em si e sim, qual a influência dessas tecnologias - de suas informações - na vida da criança, este trabalho traz a seguinte questão norteadora: Há alguma influência (ou impacto) da tecnologia no desenvolvimento biopsicosocial infantil?

Por conta disso, o principal objetivo deste trabalho pautou-se em refletir e analisar de que forma as crianças estão utilizando as tecnologias as quais têm acesso e quais as principais consequências dessas tecnologias em seu desenvolvimento, durante a infância.

## 2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um artigo de revisão integrativa, que considerou como termos de busca (ou descritores) os seguintes: “tecnologia”, “tecnologia e criança”, “tecnologia na infância”, “utilização de tecnologia por crianças”, “influência da tecnologia no desenvolvimento de crianças” e “consequências da utilização de tecnologias por crianças”.

Foram considerados como instrumentos de apoio à revisão materiais como: livros, artigos, dissertações, teses ou relatórios que estivessem inseridos no *Google scholar*, *PubMed*, *Lilacs* e *SciELO*.

A revisão foi realizada de 02 de julho à 20 de agosto de 2021, tendo como critérios de inclusão, artigos e publicações que apresentassem data de publicação entre 2015 e 2021, em português ou inglês, que apresentasse algum dos descritores no título ou no resumo. Foram considerados como critérios de exclusão, artigos e publicações repetidos dentro das bases de dados científicas pesquisadas, que não apresentavam os descritores previamente definidos no título ou no resumo, que não se apresentavam na íntegra e que não estivessem em português ou inglês.

Os artigos foram exportados, primeiramente, para uma planilha do *Microsoft Excel®*. Logo após, foram analisados de forma minuciosa quanto aos critérios de inclusão e exclusão e, então, foram realizados os downloads dos documentos para que pudessem ser armazenados em uma pasta no computador e em nuvem. Posteriormente, os artigos e as publicações foram analisados com relação ao seu conteúdo, por 2 especialistas da área, para que pudessem cumprir com o propósito da revisão. Caso fosse encontrado alguns artigos fora do período pré-estipulado (2015 a 2021), porém, que fossem considerados relevantes ao estudo (como por exemplo: legislações, boletins, resoluções, etc.), estes



também seriam considerados.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 3.1 Resultados

Na presente revisão, aplicando-se os critérios de inclusão, encontraram-se 56 artigos. Após a exclusão de artigos duplicados da mesma base de dados e entre bases distintas, alcançou-se o total de 35 artigos para a leitura dos resumos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, mencionados no item anterior e após a realização da leitura dos resumos e títulos, 5 artigos foram excluídos por não apresentarem um ou alguns do(s) descritor(es) previamente selecionados e mencionados. Um total de 21 artigos foram utilizados nesta revisão.

Quanto às legislações, resoluções, livros, portarias, monografias e demais documentos considerados pertinentes a este estudo, foram encontrados e utilizados um total de 4 arquivos, todos disponíveis na internet de forma *on-line*.

### 3.2 Discussão

#### *3.2.1 Uso de tecnologia digital e os principais pontos de atenção no desenvolvimento cognitivo-comportamental na infância*

O uso da tecnologia digital tem sido associado à falta de atenção, agressividade comportamentos, sedentarismo, obesidade e problemas de sono na pré-escola e na escola crianças em idade. O abuso na utilização da tecnologia digital faz com que as crianças usem seu tempo ineficientemente e sejam estimuladas a ficar horas *on-line*. A preocupação também deve ser dada aos efeitos cognitivos e emocionais que essas tecnologias têm no desenvolvimento das crianças (VEDECHKINA; BORGONOV, 2021). O uso excessivo da tecnologia na primeira infância está relacionado a perdas cognitivas, linguagem, bem como em atrasos sociais e emocionais (CHEN et al., 2020; GJELAJ et al., 2020).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2019), o atraso no desenvolvimento da fala e linguagem é frequente em bebês que ficam passivamente expostos às telas por longos períodos e recomenda que se evite a exposição de crianças menores de 2 anos às telas (celular, *tablet*, televisão e etc), sem necessidade. Para Prates e Martins (2011) é enfático que as crianças com atraso da fala são comumente identificadas a partir dos dois anos de idade, com vocabulário pobre e uma diferença de pelo menos 12 meses entre a idade cronológica e a idade linguística, sem que apresente déficit neurológico, sensorial ou cognitivo subjacentes.

O desenvolvimento normal da linguagem depende de um grande conjunto de variáveis, tais como: integridade anatomofisiológica, maturação do sistema nervoso

central, aspectos emocionais e sociais, entre outros. A criança inicia pelo balbúcio, depois pelas primeiras palavras e combinações de palavras até chegar a estágios mais complexos (WILLIAMS, et. al., 2021).

De acordo com De Castro e Júnior Barboza (2021) a utilização cada vez mais precoce e frequente da tecnologia tem causado questionamentos polêmicos, quanto ao desenvolvimento afetivo, cognitivo e social da criança, uma vez que elas acabam substituindo as amizades reais pelas virtuais, abrindo mão de brincadeiras tradicionais nas quais envolvem exercício físico e interação social com colegas e familiares.

Uma pesquisa, apresentada durante a Reunião de Sociedades Acadêmicas Pediátricas de 2019, sugeriu que quanto mais tempo as crianças menores de 2 anos gastam jogando ou se divertindo em *smartphones*, *tablets* e outras telas, maior será a probabilidade de que comecem a falar mais tarde. Para cada aumento de 30 minutos no tempo de tela, os pesquisadores descobriram um risco aumentado de 49% de atraso expressivo da fala (FREIRE; SIQUEIRA, 2019).

O desenvolvimento da linguagem oral e cognitiva depende de uma complexidade de fatores biológicos e ambientais (SOUZA; OLIVEIRA, 2016). Neste sentido, alguns pediatras descrevem que os primeiros anos de vida da criança são determinantes para o desenvolvimento adequado da linguagem (NOBRE et al., 2021).

Em um ambiente comunicativo e a partir da interação com a família, a qual torna-se escassa num ambiente familiar onde a tecnologia é “usada em forma de distração, enquanto os pais realizam alguma atividade” (FREIRE; SIQUEIRA, 2019).

Isso acontece porque o desenvolvimento cerebral e mental de qualquer criança, da primeira infância, segunda infância e durante toda a fase da adolescência são mediadas por diferentes estruturas e regiões cerebrais que amadurecem com estímulos, toques, visuais/luz, sons, olfato e, que modelam a arquitetura e a função dos ciclos neurobiológicos para a produção de neurotransmissores (SBP, 2019, p.03), e quando expostos em excesso às telas e em longo período acaba ocasionando o atraso do desenvolvimento da fala e assim, o cognitivo e social da criança.

### *3.2.2 Tecnologia e a relação com o TDAH e a hiperatividade infantil*

Dentre os principais problemas médicos e alertas de saúde de crianças na era digital, a Sociedade Brasileira de Pediatria destaca: os transtornos do déficit da atenção e hiperatividade, transtorno do sono, transtorno da alimentação, problemas visuais, problemas de saúde mental e a dependência digital como os mais alarmantes (SBP, 2019).

O Transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade (TDAH) vem sendo considerado pelos educadores como um fator preocupante, principalmente na fase escolar da criança, tendo em vista que nesse período a criança inicia seu contato com a leitura e a escrita, sendo necessário que a mesma mantenha sua atenção e concentração afim de que o

ensino aprendido e as propostas pedagógicas sejam alcançadas da melhor maneira possível (SENO, 2010, p. 335-336).

O TDAH é um dos distúrbios diagnosticado mais comum em crianças. Ele é caracterizado por déficit de atenção, distração e comportamentos impulsivos, ansiedade e excesso de atividade motora, e em grande parte das crianças diagnosticadas com TDAH desenvolvem problemas sociais, familiares e emocionais por causa das dificuldades primárias, associadas ao fracasso escolar, dificuldades de inserção social, baixa autoestima e problemas no ambiente familiar ( DE SÁ FARIA, 2010).

Segundo dados veiculados na internet sobre uma pesquisa realizada com estudantes em Los Angeles, em 2018, constatou-se que o uso da internet influenciou no TDAH. Segundo a pesquisa a cada nova atividade digital em que o estudante interagia, a chance de desenvolver algum distúrbio aumentava em 10% (RANGEL, 2019). Tais constatações na pesquisa revela uma grande preocupação dos pesquisadores, uma vez que as novas interações e a ciberdependência em tempos de globalização da tecnologia parece provocar operações mentais semelhantes à de uma pessoa com TDAH.

Além disso, como aborda Freire e Siqueira (2019) o uso exagerado do excesso de telas por crianças em fase de desenvolvimento infantil impulsiona a falta de atenção com estímulos rápidos e oscilantes, o que desencadeia falta de motivação e raciocínio lentos.

### *3.2.3 Tecnologia e a relação com a obesidade e a qualidade do sono nas crianças*

A taxa de obesidade infantil triplicou nos últimos 20 anos. Para um desenvolvimento saudável das crianças, a medicina moderna recomenda 3 a 4 horas de atividade física diária e interação social abrangentes (MIRANDA et al, 2015). O uso excessivo de tecnologia está ligado a obesidade ao longo da vida e risco cardiovascular e esta relação é agora observada a partir da primeira infância (COSTA et al., 2020).

O uso excessivo das redes sociais durante o período pré-escolar está associado a aumentos baixos, mas significativos no IMC, estabelecendo as bases para ganho de peso na infância (DE QUADROS et al., 2019).

As repercussões da obesidade nas crianças são preocupantes, pois, segundo Miranda et al. (2015), muitas condições comórbidas, como: distúrbios metabólicos, cardiovasculares, ortopédicos, neurológicos, dermatológicos, endocrinológicos, hepáticos, respiratórios e renais, também são observadas em associação com obesidade infantil. Além de afetar profundamente a saúde física das crianças, pode afetar o bem-estar social, emocional e a autoestima, associado a um fraco desempenho acadêmico e a uma menor qualidade de vida da criança. Um problema social sério pelas condições psicossociais, pelos distúrbios da imagem corporal, e pelo isolamento social das crianças e suas famílias.

No sono infantil, manter uma televisão, computador ou telefone celular no quarto durante a noite está associada a menos sono e menor qualidade dele (DE QUADROS

et al., 2019). Crianças que fazem uso excessivo de mídias sociais ou que dormem com dispositivos móveis em seus quartos estão correndo maior risco de sofrer distúrbios do sono (LEVENSON, et al., 2016).

A má qualidade do sono em adolescentes está associada a uso extremo do telefone enquanto o número de dispositivos em um quarto e sono insatisfatório a qualidade está associada ao uso excessivo da internet e à duração de mais de 4 horas da tecnologia digital antes de dormir em crianças até 12 anos (Bruni et al., 2015). Além do uso noturno, o uso de dispositivos durante o dia também afeta diretamente na qualidade do sono (HYSING et al., 2015).

### 3.2.4 *Relação entre o desenvolvimento social da criança e a tecnologia*

Dentro do ramo da psicologia, os fatores sociais englobam as experiências que são vividas socialmente. Pode-se dizer que tais fatores são capazes de determinar “quem é o ser humano”, bem como suas escolhas. Dentro deste contexto, é evidente que a tecnologia seja capaz de influenciar no comportamento e desenvolvimento social das crianças, pois permeia os espaços, ambientes, brinquedos e brincadeiras, transformando e modificando as relações (FARIAS; DAL PIZZOL; SANTINELLO, 2020).

Conforme a tecnologia foi sendo utilizada pelas crianças, a motivação pelas outras brincadeiras clássicas infantis foi perdendo espaço no decorrer do tempo, com isso a socialização e interação infantil foi perdendo espaço para as telas. Não há mais tempo para se brincar nas ruas ou interagir com outras crianças ou adultos, a interação e interrelação ficaram direcionadas e focadas no uso das telas de *smartphones*, computadores e televisões de última geração (DA CRUZ, 2018).

Assim, as crianças excessivamente estimuladas pelas tecnologias atuais extinguem oportunidades de valorizar estímulos de interação como andar na rua, ir até a casa dos colegas, brincar fisicamente um com o outro; atividades essas que estimulam acessos primários e garantem a evolução social, física e mental como um todo (DE PAIVA; COSTA, 2015).

É importante ressaltar que, para Ramos e Knauth (2020, p.159-160): «as tecnologias digitais podem ser usadas mais para motivarem as relações sociais, ampliando as formas de comunicação e o desenvolvimento de competências digitais, do que limitar ou impossibilitar as interações.

As doenças surgem então como um fator intimamente relacionado ao uso tecnológico excessivo e que sem o devido acompanhamento de pais e tutores pode ser um agravante na inatividade infantil desencadeando o retardamento psicomotor, intelectual, físico e também de memória. Além do mais pioram gradativamente a ansiedade acarretando em doenças psicossomáticas tais como depressão, estresse e hiperatividade (CÂMARA et al., 2020).

## 4 | CONCLUSÃO

É nítido e evidente que a tecnologia tem a sua importância para as crianças. Ela proporciona o aumento pelo interesse em aprender, é capaz de estimular os sentidos e a criatividade, auxilia no desenvolvimento de novas habilidades, proporciona um “educar” de forma mais divertida e causa o aumento da atenção, muitas vezes, no momento da execução de tarefas.

Entretanto, a dosagem e o tempo de utilização devem ser fatores de atenção. O uso excessivo de telas (que inclui TVs, tablets, celulares, entre outros dispositivos móveis) pode atrapalhar o desenvolvimento social e as habilidades das crianças. Diversos estudos confirmam que os perigos para a saúde são diversos, e incluem: problemas no desenvolvimento cognitivo comportamental na infância, aumento do distúrbio em crianças com TDAH, aumento na hiperatividade, problemas emocionais e para dormir, dependência digital, entre outros.

Portanto, acredita-se que seja de extrema importância que os pais e tutores estejam sempre em alerta, tanto com relação ao conteúdo que está sendo absorvido pela criança, como também no tempo de conexão das crianças. O ideal seria estabelecer regras para a utilização dos dispositivos (como por exemplo: uma hora de utilização por dia, não utilização durante as refeições, não utilização antes de dormir, etc.) e também, buscarem uma forma de estimularem a prática de esportes ou exercícios físicos que não necessitem da tecnologia. Assim, haveria um direcionamento mais assertivo com relação ao dia a dia da criança.

## REFERÊNCIAS

CÂMARA, H.V. et al. Principais prejuízos biopsicossociais no uso abusivo da tecnologia na infância: percepções dos pais/Main biopsychosocial damages in abusive use of child technology: parental perceptions. **Id on-line Revista De Psicologia**, v. 14, n. 51, p. 366-379, 2020.

CHEN, C. et al. Are screen devices soothing children or soothing parents? Investigating the relationships among children’s exposure to different types of screen media, parental efficacy and home literacy practices. **Computers in Human Behavior**, v. 112, p. 106462, 2020.

COSTA, L.R. et al. Obesidade infantil e quarentena: crianças obesas possuem maior risco para a COVID-19. **Revista Residência Pediátrica**, 2020.

DA CRUZ, P.M.F.A. Impacto da tecnologia em grupanálise com crianças e adolescentes. **Vínculo-Revista do NESME**, v. 15, n. 2, 2018.

DE CASTRO, A.S.; JUNIOR BARBOZA, J.A. Desenvolvimento saudável da saúde mental de crianças expostas ao abuso da tecnologia durante o isolamento social. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 6279-6283, fev/mar. 2021.

- DE PAIVA, N.M.N.; COSTA, J. A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça. **Psicologia. pt**, v. 1, p. 1-13, 2015.
- DE QUADROS, T.M.B. et al. Utility of anthropometric indicators to screen for clustered cardiometabolic risk factors in children and adolescents. **Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism**, v. 32, n. 1, p. 49-55, 2019.
- DE SÁ FARIA, S. L. **Terapia Nutricional na Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção**. 2010. 41 fls. Monografia - Graduação em Nutrição e Alimentação- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Portugal, 2010.
- DRUCKER, P. F. **Tecnologia**. São Paulo: Leya, 2021.
- FARIAS, F.C.; DAL PIZZOL, A.; SANTINELLO, J. A tecnologia digital e a relação com o brincar infantil: reflexões teóricas. **Revista Sítio Novo**, v. 4, n. 4, p. 271-281, 2020.
- FREIRE, C.O.; SIQUEIRA, A.C. A influência da tecnologia no desenvolvimento infantil. **Revista FAROL**, v. 8, nº 8, p. 22-39, 2019.
- GUERIN, C.S.; PRIOTTO, E.M.T.P.; DE MOURA, F.C. Geração z: a influência da tecnologia nos hábitos e características de adolescentes. **Revista Valore**, v. 3, p. 726-734, 2018.
- GJELAJ, M. et al. Digital Technologies in Early Childhood: Attitudes and Practices of Parents and Teachers in Kosovo. **International Journal of Instruction**, v. 13, n. 1, p. 165-184, 2020.
- HYSING, M. et al. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. **BMJ open**, v. 5, n. 1, p. e006748, 2015.
- LEVENSON, J. C. et al. The association between social media use and sleep disturbance among young adults. **Preventive medicine**, v. 85, p. 36-41, 2016.
- MIRANDA, J.M.Q. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. privadas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, p. 104-107, 2015.
- NOBRE, J.N.P. et al. Fatores determinantes no tempo de tela de crianças na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1127-1136, 2021.
- PRATES, L. P. C. S.; MARTINS, V.O. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4 Supl 1, p. S54-S60, 2011.
- RANGEL, A. **O uso de internet pode agravar o TDAH?** 2019. Disponível em: <http://www.apsiquiatra.com.br/internet-pode-agravar-o-tdah/>. Acesso em 15 ago. 2021.
- SENO, M.P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem? **Revista psicopedagogia**, v. 27, n. 84, p. 334-343, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de Orientação: #menos telas #mais saúde**. 2019. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/\\_22246c-ManOrient\\_-\\_MenosTelas\\_\\_MaisSaude.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf). Acesso em 10 ago. 2021.

SOUZA, D.A. de; OLIVEIRA, J.A. de M. Uso de tecnologias digitais por crianças e adolescentes: potenciais ameaças em seus inter-relacionamentos. **XIII SEGeTSimpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, 2016.

WILLIAMS, E.M.O. et al. Mídias digitais e atraso de fala: uma nova visão acerca da era digital. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 73835-73850, 2021.

VEDECHKINA, M.; BORGONOVI, F. A review of evidence on the role of digital technology in shaping attention and cognitive control in children. **Frontiers in Psychology**, v. 12, p. 487, 2021.

VERASZTO, E.V. et al. Tecnologia: buscando uma definição para o conceito. **Prisma. com**, n. 8, p. 19-46, 2009.

## **SOBRE O ORGANIZADOR**

**MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES** - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.



## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Ações educativas 7, 104, 167, 168, 171, 172, 176

Acolhimento 17, 23, 28, 30, 78, 81, 82, 83, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 270

Assistência 5, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 41, 42, 48, 58, 59, 60, 65, 80, 86, 89, 93, 94, 95, 108, 121, 122, 123, 124, 140, 164, 193, 223, 225, 228, 229, 230, 239, 253, 262, 269, 298, 314

Atenção primária à saúde 10, 17, 88, 89, 90, 94, 95, 96, 98, 265, 266, 271, 275, 276, 277, 286, 287

Autocuidado 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 111, 113, 115, 116, 118, 120

Avaliação 17, 27, 30, 48, 63, 94, 99, 100, 108, 115, 116, 121, 122, 123, 126, 141, 152, 164, 166, 167, 171, 173, 184, 196, 210, 211, 221, 222, 223, 226, 227, 228, 230, 244, 250, 265, 269, 272, 291, 292, 302

### B

Brasil 6, 7, 8, 9, 10, 11, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 31, 37, 40, 48, 50, 56, 58, 59, 65, 85, 89, 90, 94, 95, 96, 103, 104, 107, 108, 112, 115, 116, 119, 124, 126, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 160, 161, 162, 164, 165, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 209, 221, 222, 223, 226, 229, 230, 233, 235, 239, 255, 257, 258, 259, 262, 265, 273, 276, 278, 280, 286, 287, 289, 292, 293, 295, 300, 304

### C

Câncer de colo do útero 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56

Capacitação profissional 8, 151, 297

Classificação de Risco 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 271, 272

Comunicação 2, 5, 6, 7, 29, 35, 45, 83, 145, 168, 310

Condiciones de trabajo 68, 69

Contexto rural 2, 3, 7

Cuidado 2, 5, 6, 7, 17, 25, 28, 30, 32, 42, 44, 45, 48, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 96, 104, 108, 110, 115, 122, 123, 124, 125, 126, 139, 140, 141, 154, 164, 171, 222, 253, 263, 275, 276, 279, 281, 282, 286, 290, 296, 297, 298, 299

Cuidados de enfermagem 8, 28, 30

### D

Desigualdades 17, 144, 156, 294

Diagnóstico 19, 30, 62, 144, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 159, 160, 167, 172, 179, 180,

181, 184, 185, 188, 191, 193, 195, 196, 218, 250, 251, 252, 266

## **E**

Educação em saúde 2, 4, 6, 7, 17, 19, 65, 169, 171, 173, 266, 271, 272

Empoderamento feminino 1, 2, 3, 5

Enfermagem 8, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 48, 57, 86, 90, 92, 99, 100, 103, 104, 108, 109, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 169, 171, 172, 177, 178, 195, 218, 229, 230, 252, 268, 274, 275, 279, 287, 298, 299, 300, 302, 314

Epidemiologia 26, 82, 144, 154, 164, 165

Estilo de vida 101, 102, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 295, 304

Exame de papanicolau 49, 57

## **F**

Família 3, 19, 25, 34, 36, 37, 43, 46, 48, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 86, 87, 89, 90, 92, 95, 96, 101, 102, 107, 116, 122, 125, 128, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 145, 151, 167, 172, 173, 176, 177, 265, 273, 274, 277, 281, 287, 288, 290, 308

## **G**

Gestação 10, 33, 34, 36, 38, 43, 46, 47, 183, 191, 223

## **H**

HPV 49, 50, 54, 55, 56

## **I**

Incidência 41, 49, 50, 145, 146, 147, 148, 156, 160, 161, 173, 174, 175, 179, 181, 182, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 214, 215

## **M**

Maternidade 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 53, 244

Morte encefálica 121, 123, 124

Mulher 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 59, 60, 62, 80, 290

## **P**

Perfil de saúde 154

Protagonismo 2, 4, 5, 8, 12, 58, 59, 62, 63, 141, 262

Puerpério 33, 34, 36, 38, 41, 42, 43, 46, 47, 48

## **Q**

Qualidade de vida 42, 60, 79, 83, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 111, 113, 116, 118, 169, 193, 223, 295, 297, 309

## R

Resiliência 58, 62

Riesgos laborales 68, 69, 76

## S

Salud laboral 68, 69, 71, 76

Saúde 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 38, 41, 42, 43, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 60, 63, 65, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 132, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 199, 201, 202, 206, 209, 210, 211, 212, 216, 217, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 233, 234, 235, 236, 238, 239, 240, 241, 242, 244, 246, 251, 252, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 281, 282, 283, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 294, 296, 298, 299, 300, 302, 303, 304, 305, 308, 309, 311, 312, 314

Saúde da mulher 5, 7, 8, 11, 22, 26, 49, 50

Serviço social 7, 30, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 121, 123

Sífilis 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196

Sistema de informação 125, 127, 146, 154, 156, 182

## T

Tabagismo 102, 106, 119, 145, 150, 159, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 178

Tecnologias 60, 65, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 199, 304, 305, 306, 307, 310, 313

Tratamento 7, 29, 31, 32, 51, 65, 100, 118, 126, 144, 145, 146, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 159, 161, 162, 163, 164, 167, 171, 172, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 183, 185, 188, 191, 193, 194, 196, 197, 199, 208, 209, 210, 218, 233, 236, 245, 251, 259, 278, 294, 295, 296, 297

Tuberculose 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165

## U

Unidade básica de saúde 17, 96, 166, 167, 173, 176, 177, 262, 271

Universitários 101, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 188, 196

Urgência 9, 88, 223, 232, 233, 240

## V

Vigilancia del ambiente de trabajo 68




Violência contra a mulher 1, 2, 3, 7, 9, 10, 14, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 38

Violência contra mulher 7, 24, 25, 26

Violência doméstica 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 31, 60

Violência por parceiro íntimo 8

Violência sexual 10, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32

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

2

# Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

  
Atena  
Editora  
Ano 2021

 [www.arenaeditora.com.br](http://www.arenaeditora.com.br)  
 [contato@arenaeditora.com.br](mailto:contato@arenaeditora.com.br)  
 @arenaeditora  
 [www.facebook.com/arenaeditora.com.br](http://www.facebook.com/arenaeditora.com.br)

2

# Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

  
Atena  
Editora  
Ano 2021