

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente

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

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 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**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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



Prof. Dr. Cirêno de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a 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^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a 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^o Dr^a 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 Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci 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^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0022-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.226220104>

1. Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (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
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

Nesta obra de volume único, a Atena Editora traz ao leitor 19 artigos científicos que aqui estão organizados por sua temática no contexto da saúde pública: o e-book começa com uma reflexão acerca da obsolescência do sistema brasileiro, permeia as estratégias que agentes educacionais têm implementado para contornar os desafios práticos deste campo, contextualiza a saúde pública num panorama epidemiológico e conclui com o relato de ações, projetos e estudos que investigam os impactos da deficiência do sistema nas comunidades e grupos de minoria social no Brasil.

Agradecemos aos autores por suas contribuições técnicas e científicas para este tema e desejamos a todos uma boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A OBSOLESCÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA

Igor Ricardo Fermino Carneiro

Ana Carolina Kurihara

Thiago Alves Hungaro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201041>

CAPÍTULO 2..... 11

A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE FRENTE À COVID-19 NA REGIÃO SUL DE SÃO PAULO

Felipe Gargantini Cardarelli

Débora Alcantara Mozar

Paulo Fernando Capucci

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201042>

CAPÍTULO 3..... 17

A EXPERIÊNCIA DE PÓS-GRADUANDOS NO ACOMPANHAMENTO DE GRADUANDOS DO CURSO DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Priscila Norié de Araujo

Janaína Pereira da Silva

Kisa Valladão Carvalho

Felipe Lima dos Santos

Poliana Silva de Oliveira

Maristel Silva Kasper

Karen da Silva Santos

Gabriella Carrijo Souza

Cinira Magali Fortuna

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201043>

CAPÍTULO 4..... 26

EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES EM SAÚDE SOBRE A PRÁTICA DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Carolina de Souza

Vanessa Crisitna da Silva

Eduardo Gabriel Cassola

Daniele Cristina Godoy

Eliana Goldfarb Cyrino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201044>

CAPÍTULO 5..... 33

TRABALHO DE UM GRUPO DE DOCENTES E SUA SAÚDE OCUPACIONAL EM UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO

Sandra Maria de Mello Cardoso

Lucimara Sonaglio Rocha

Andressa Peripolli Rodrigues

Neiva Claudete Brondani Machado
Marieli Teresinha Krampe Machado
Margot Agathe Seiffert
Rita Fernanda Monteiro Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201045>

CAPÍTULO 6..... 44

EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DE SERVIÇOS ESSENCIAIS EM SAÚDE

Lilian Barbosa Vieira
Adriano Leite Leônidas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201046>

CAPÍTULO 7..... 61

ANÁLISE ESPACIAL DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO, 2010-2020

Silvano Macedo Galvão
Noemi Dreyer Galvão
Daniel Valentins de Lima
Mário Ribeiro Alves
Marina Atanaka

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201047>

CAPÍTULO 8..... 78

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE GESTÃO PARA INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA, NAS AÇÕES CONTRA O COVID19

Claudia Walleska Ronaib Silva
Juliana Paula Santos Guarato Leme
Vanessa Leonora Gomes
Raquel Xavier de Souza Saito
Soraia Nogueira Felix

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201048>

CAPÍTULO 9..... 82

TREINAMENTO DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DURANTE A PANDEMIA COVID 19 COM USO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA

Eduardo Guerra Barbosa Sandoval
Kelly Jacqueline Barbosa
Renata Camila Barros Rodrigues
Regina Helena Pires

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201049>

CAPÍTULO 10..... 88

A INSERÇÃO DE TERAPIAS COMPLEMENTARES EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE: HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO

Fernanda Lopes Bento Xavier
Felipe Costa Battistuzzo

Edna Silva de Araújo de Moraes
Renata Ribeiro Cé
Kethyllin Souza Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010410>

CAPÍTULO 11..... 99

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA LÍNGUA LIVRE PARA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM ANQUILOGLOSSIA DE RECÉM-NASCIDOS NO MUNICÍPIO DE LINHARES-ES, BRASIL

Itamar Francisco Teixeira
Marcela Vieira Calmon
Josirley de Bortoli
Rosiene Conti Feitoza
Manuela de Souza Reis Finamore
Carlos Alberto Fiorot

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010411>

CAPÍTULO 12..... 121

PRIMEIRA USINA DE OXIGÊNIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Paola Darbello da Silva
Miriam Pontes Marreiro
Daniela Caroline do Nascimento Vieira
Tháís de Almeida Miana

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010412>

CAPÍTULO 13..... 124

A PERCEPÇÃO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SOBRE A ESPIRITUALIDADE E SUA COLABORAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA

Marília Beatriz Silva Almeida
Luciane Maria Linhares Da Conceição
Liana Dantas da Costa e Silva Barbosa
Maria Enoia Dantas da Costa e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010413>

CAPÍTULO 14..... 135

A REPERCUSSÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA MÍDIA BRASILEIRA

Gabriella Silva Nascimento
Patrycia Kelly Pereira
Veluma Lara Andrade Santos Magalhães
Nayara dos Santos Rodrigues
Walquiria Lene dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010414>

CAPÍTULO 15..... 148

INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA LGBTFÓBICA NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO BRASIL: MODELO TEÓRICO DE COMPREENSÃO

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira

Liandro da Cruz Lindner
Raimunda Hermelinda Maia Macena

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010415>

CAPÍTULO 16..... 156

O IMPACTO DOS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE FETAL EM HOSPITAIS DE SALVADOR

Giulia Lira Alves
Leticia Barletta Reis Pitanga
Lucas Silva Varjao
Luciana Maria de Araujo Moura
Marcel dos Santos Gonçalves
Mariana Cruz da Silveira
Monique Dantas Correia
Brasil, M. Q. A.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010416>

CAPÍTULO 17..... 163

PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO

João Felipe Tinto Silva
Larayne Gallo Farias Oliveira
Marks Passos Santos
Billy Petterson Moreira Taborda
Emanuel Osvaldo de Sousa
Liliane Maria da Silva
Cristian Dornelles
Joycianne Ramos Vasconcelos de Aguiar
Robson Feliciano da Silva
Sabryna de Sousa Morais
Geycilane Siqueira da Silva
Francisco Israel Magalhães Feijão
Gustavo Henrique dos Santos Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010417>

CAPÍTULO 18..... 172

PREVENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA NO MUNICÍPIO DE LINHARES-ES, BRASIL: O RELATO DE UM PROGRAMA DE APOIO EM SAÚDE BUCAL

Itamar Francisco Teixeira
Marcela Vieira Calmon
Josirley de Bortoli
Rosiene Conti Feitoza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010418>

CAPÍTULO 19..... 185

VIOLÊNCIA FINANCEIRA CONTRA MULHERES: UMA CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS

NOTIFICADOS NO ESPÍRITO SANTO

Franciéle Marabotti Costa Leite

Gracielle Pampolim

Elisa Aparecida Gomes de Souza

Luiza Eduarda Portes Ribeiro

Ajhully Alves Ribeiro

Márcia Regina de Oliveira Pedroso

Esmeraldo Costa Leite

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010419>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 194

ÍNDICE REMISSIVO..... 195

CAPÍTULO 1

A OBSOLESCÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 09/02/2022

Igor Ricardo Fermino Carneiro

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca-SP
<http://lattes.cnpq.br/6694836656491900>

Ana Carolina Kurihara

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca-SP
<https://orcid.org/0000-0003-4448-752X>

Thiago Alves Hungaro

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca-SP
<https://orcid.org/0000-0002-0273-3545>

RESUMO: Objetivo: Demonstrar o acontecimento lento e gradativo do desmonte do Sistema Único de Saúde e identificar a obsolescência do sistema público de saúde brasileiro diante do seu contexto histórico. **Revisão Bibliográfica:** Há 30 anos de implantado no Brasil, hoje questiona-se se o SUS está de fato consolidado, pois constata-se uma dificuldade de infraestrutura pública e comprometimento do acesso universal, seja pela falta de planejamento, insuficiência de montagens de redes na regionalização ou mudanças de modelos da atenção à saúde. Assim, desde a formação, percebe-se que o Estado vem desmontando o SUS, quer

por falta de recursos investidos no setor da saúde, por descasos governamentais ou pela ausência de luta da sociedade civil pelos seus direitos universais, o que resulta em uma era de desmonte do SUS. **Considerações finais:** Conclui-se que o SUS atualmente é visto como um produto mercantil, dado como moeda de troca pelos governantes tornando-se obsoleto. Assim, com subfinanciamento mascarado iniciou-se a fragilização e fragmentação do SUS desde sua criação.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de Saúde Pública, Saúde Pública, Política de Saúde e Política Pública.

THE OBSOLESCENCE OF PUBLIC HEALTH

ABSTRACT: To demonstrate the slow and gradual occurrence of the dismantling of the SUS and to identify the obsolescence of the Brazilian public health system in its historical context.

Review: It has been implemented in Brazil for 30 years and is questioned whether the SUS is consolidated, since there is a difficulty in public infrastructure and universal access, either due to lack of planning, insufficient network facilities in regionalization or changes in care models. Thus, since its formation, the State has been dismantling the SUS, either due to lack of resources invested in the health sector, due to negligence of the government or due to the absence of the civil society struggle for its universal rights, resulting in an to dismantle the SUS. **Considerations:** It concludes that SUS is currently seen as a commercial product, given as a bargaining chip by the government, becoming obsolete. Thus,

with masked under-financing, the weakening and fragmentation of the SUS began since its creation.

KEYWORDS: Unified Health System, Public health, Health Policy and Public Policy.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde está implantado no Brasil há 30 anos, no entanto, a maior questão é se existe consolidação do mesmo, pois, atualmente é possível constatar dificuldade de infraestrutura pública e comprometimento do acesso universal, seja pela falta de planejamento ou insuficiência de montagens de redes na regionalização, ou ainda de mudanças de modelos da atenção à saúde (PAIM JS, et al., 2018).

Antes da criação do sistema de saúde pública brasileiro, não havia o conceito de promoção de saúde, apenas de prevenção, administrada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma medida universal, sem nenhuma diferença sobre o modo de distribuição dos beneficiários. O conhecimento desta medida era escasso para a maior parte da população, talvez por falta de auxílio em divulgação da mesma, o que implicava em medo e desconforto para sociedade, principalmente para população menos favorecida (AGUIAR, 2015).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), originado da fusão entre os institutos de aposentadorias e pensão, que posteriormente se mantiveram como INPS, permitiam à população ter maior acesso à saúde, devido aos benefícios que os trabalhadores de carteira assinada possuíam e seus dependentes, o que ainda não garantia saúde universal. As políticas públicas e sociais implantadas no Brasil podem ter se baseado em um modelo construtivista e assistencial para toda a população, sem exceções, garantindo as principais diretrizes do SUS: equidade, universalidade e integralidade (AGUIAR, 2015).

Paulo Freire evidencia em seus estudos que o sistema é baseado em ação-reflexão-ação (JUNIOR, EIDT, 2011; TEIXEIRA, et al., 2017). Dessa forma, conclui-se que a criação do SUS tenha sido a primeira ação ideológica, não de forma coletiva, mas sim para que nos próximos 30 anos fosse pensado um conjunto de direitos à toda população, de forma reflexiva, para que depois dessa idealização, pudesse ser feito a última ação, o desmonte do Sistema mais bem fundamentado do mundo, tornando o SUS, então, mais uma vítima do mercado capitalista devastador (PAIM JS, et al., 2018). Assim, Freire tinha a perspectiva correta, entretanto, os aplicadores de sua ideia é que a distorceram dentro do contexto da saúde pública.

Na perspectiva histórica, houve um tempo em que tudo era construído para se manter, evitando que se quebrasse, ou que objetos, propostas e mercadorias fossem construídos e mantendo-se utilizáveis o máximo de tempo possível. Entretanto, com o processo de globalização e até mesmo do próprio capitalismo que avançava, os grandes empresários começaram a visar a obsolescência, ela se tornaria programada, para que o

lucro fosse superior à qualidade do produto. Essa foi a nova proposta mercantil dentro do avanço da globalização e que se mantém em ascensão até os dias atuais, garantindo que o capitalismo fique cada vez mais enraizado na vida da população (JUNIOR, EIDT, 2011).

Dessa forma, entre a década de 80 e 90, o Brasil passava pelo fim da ditadura militar e início de uma era um pouco mais libertadora. O surgimento de um Sistema de Atenção à Saúde para toda a população, pós período de represália da mesma, seria um grande avanço para o país (PAIM JS, et al., 2018).

A grande questão é: já não existia o início de uma proposta mercantil e que em exatos 30 anos posteriores seria desconstruída, incluindo o SUS no mercado capitalista?

O presente artigo tem por objetivo, utilizando uma revisão bibliográfica, demonstrar o acontecimento lento e gradativo do desmonte do SUS e identificar a possível obsolescência do sistema público de saúde a partir da demonstração do desmonte do SUS no contexto histórico.

2 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O SUS está implantado, porém não consolidado. Existem dentro do conceito de evolução do Sistema, alguns eixos que o sustentam e outros que o fragilizam, mas ao serem colocados em análise criteriosa, percebe-se que os valores positivos se sobressaem aos negativos, garantindo a existência do SUS por 30 anos (PAIM JS, et al., 2018).

Os valores como igualdade, democracia e emancipação estão presentes na Constituição, sustentada pela Reforma Sanitária Brasileira que é o principal pilar positivo do SUS (MENICUCCI, 2014). Entretanto, existem outros sustentadores positivos, dentre eles: rede de institucionalização acadêmica, sistemas de vigilância em saúde, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a capacidade de informação a partir das notificações existentes (AGUIAR, 2015). Porém, o sistema só não é perfeito porque existem alguns fatores contrários aos direitos dos usuários, sendo o individualismo, governos ideologicamente diferentes, resistência de alguns profissionais de saúde, oposição da mídia, interesses econômicos e financeiros ligados à benefícios empresariais, donos de alguns planos privados de saúde e algumas indústrias farmacêuticas (PAIM, 2018).

E são esses pontos negativos que abalam a estrutura e a administração do SUS, garantindo que o subfinanciamento crônico, que afirma a estrutura dos gastos públicos movidos pelo Produto Interno Bruto (PIB), seja evidenciado como um boicote passivo, mascarado pela política atual e se tornando cada vez mais presente no contexto social. No entanto, atualmente tem ganhado força a construção do boicote ativo, sustentado pelo privilégio do setor privado com subsídios, desoneração e sub-regulação, distanciando cada vez mais do SUS constitucional e democrático desenvolvido no contexto da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2018).

Através da Reforma Sanitária em 1988, foram dados os primeiros passos do

nascimento do SUS, entretanto, um ano após essa conquista importante para o país, em 1989, os investimentos na saúde foram cada vez menores, sendo possível observar agravamento no governo Collor, quando a saúde se tornou mais esquecida, e passou a focar atenção da saúde nos chamados atendimentos aos “descamisados” (AGUIAR, 2015; CONASEMS, 2016).

O termo “descamisados” fazia referência à população que residia na periferia das cidades, com precárias condições de vida, em primeira análise parecia uma boa atitude do presidente em questão, apesar de descumprir dois dos mais importantes princípios do SUS, a equidade e universalidade. Esse governo estabeleceu uma extensiva rede de serviços, em sua política, com custos mais baixos a essa população, porém, ainda não podendo atingir as necessidades dessas pessoas (AGUIAR, 2015).

Como se não fosse bastante toda a depredação que o SUS estava recebendo, em 1993 a crise foi agravada, através da proposta Emenda Constitucional (EC) PEC 169, que propunha 30% mínimo fornecido pelo Orçamento da Seguridade Social e 10% da receita de impostos a União, Estados e municípios, para financiamento da saúde. Entretanto, esse repasse de verbas, não estava acontecendo fielmente, levando o governo a decretar Estado de Calamidade Pública (SÓTER, et al., 2016).

Diante da situação em que a Saúde Pública era encontrada, foram apresentadas algumas propostas de emendas parecidas com a PEC 169 na tentativa de salvar o SUS, mas não houve um sucesso evidente (SÓTER, et al., 2016).

Em 2000 foi promulgada a EC-29 que estabeleceu a divisão do investimento em saúde pública entre as três esferas do governo (PAIM, 2018; CONASEMS, 2016). E assim, estabeleceu-se que o Estado investiria no mínimo 12%, municípios, 15% e a União o montante aplicado pela correção do PIB do ano anterior (AGUIAR, 2015).

Em 2015, foi estabelecida na EC nº 86/2015 a regra de vinculação dos recursos federais para a saúde, fazendo com que o piso deixasse de ser calculado pela variação do PIB, para ser obtido através da receita líquida (RCL) da União. Trata-se de uma ideia que tendia a ser benéfica, no entanto, o Brasil passava por uma grave crise e isso resultou em um dos passos principais e importantes para o desmonte do SUS (SÓTER, et al., 2016).

Em 2011, no governo de Dilma Rousseff, houve um reforço da saúde pública, com implantação de novos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), organizando gestões com mais valorização do setor médico. Apesar do problema do subfinanciamento, encontrado há 12 anos persistir, houveram medidas para priorizar a saúde, como surgimento dos Planos de Ações para Enfretamento de Doença Crônica Não transmissível (DCNT) com objetivo de ações por mais de 10 anos e melhoras nos setores da Atenção Básica (AB), como hipertensão, diabetes, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares e outras (BRASIL, 2013).

Além disso, outros dois programas ganharam destaques nesse governo, seja na proposta de reparar danos ou apoio popular. Primeiramente, o Programa de Valorização

do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), que tinha como intuito valorizar as áreas mais precárias do país, através da valorização da equipe multiprofissional das ESF, sendo possível a evolução de assistência nas regiões mais necessitadas (BRASIL, 2013). Em segundo, colocou-se em prática a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, garantindo o acesso da população a uma alimentação digna (BRASIL, 2013; REIS CR, et al., 2018).

Embora a ampliação tenha acontecido, o subfinanciamento era persistente, mesmo que de maneira mais branda (BRASIL, 2020). Ainda no seu primeiro mandato, a então presidente mostrou-se ativa nas mudanças na saúde, entretanto, em sua reeleição, o governo passou a ser direcionado a setores mais econômicos, na tentativa de resolver as questões levantadas no Movimento Passe Livre (MPL) de 2013, resultando na falta de credibilidade do governo na saúde popular (BRASIL, 2020).

Em 31 de agosto de 2016, um novo governante assumiu a presidência do Brasil após o impeachment da sua antecessora. Na noite do dia 26/10/2016, foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241. No início, os malefícios que essa emenda traria em tantos setores e ao povo brasileiro, não foram percebidos. A saúde foi um dos grandes afetados por esse congelamento de gastos durante 20 anos (CONASEMS, 2016).

A despesa da União com a Associação dos Servidores da Previdência Social (ASPS) será a mesma no período de 20 anos (2016-2036), junto a isso, há o aumento do desemprego, queda da renda e abandono das redes suplementares de saúde, fazendo com que as pessoas recorram ainda mais ao SUS, por isso, os investimentos deveriam ser maiores nesse momento e não diminuídos ou congelados (CONASEMS, 2016; SÓTER, et al., 2016).

Alguns projetos ao longo da história foram fortalecendo a saúde pública brasileira, como o surgimento do Programa Mais Médicos, criado através da medida provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013 e regulamentada em outubro do mesmo ano pela Lei nº 12.871, após um amplo debate público junto à sociedade, assim como no Congresso Nacional. O acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o governo de Cuba permitiu a inserção de médicos generalistas e médicos de família e comunidade, visando ampliar a cobertura em diversas áreas do país, que apresentavam grave falta de profissionais médicos, como regiões de difícil acesso, ribeirinhas e indígenas (BRASIL, 2013).

Assim, com a mudança de governo em 2019, com viés de direita e liberal, houve a necessidade de uma nova implementação para que fosse complementado o serviço assistencial de saúde a população menos favorecida, sendo que o acordo com Cuba foi desfeito. Dessa forma, foi criada a Lei 13.958/2019, que inseria o novo programa Médicos pelo Brasil, que substituiria o então Mais Médicos, criado e mantido por governos anteriores. A grande diferença entre esses dois programas, é que para o mais recente objetiva a necessidade de um processo seletivo estruturado, com caráter eliminatório e

classificatório, pleiteando médicos residentes na especialidade de Medicina de Família e Comunidade, uma vez que para o programa Mais Médicos esse requisito não se fazia necessário, não sendo uma obrigatoriedade (BRASIL, 2013; BRASIL 2019).

O objetivo do novo programa, portanto, segue o mesmo propósito, que é a prestação de serviços à população de forma universal, porém, atualmente visa atender prioritariamente a população com menor acesso a saúde ou com perfil de maior vulnerabilidade, em especial centro-oeste, norte e nordeste do país e não mais o preenchimento de vagas destinadas a municípios de todos os perfis (BRASIL, 2013; BRASIL 2019). Para o governo federal, o novo programa seria um estímulo maior para ampliar a formação de Médicos de Família e Comunidade, no entanto, não permitiu a manutenção de médicos cubanos que já pertenciam ao antigo programa. Além disso, a lei garante ao poder Executivo a possibilidade de instituir um serviço social autônomo, sendo a Agência para o Desenvolvimento de Atenção Primária à Saúde (Adaps), que seria a responsável pela então seleção dos novos médicos atuantes, por meio do processo seletivo estruturado, além desse sistema promover desenvolvimento de tecnologias assistenciais, de gestão e ensino e pesquisa na área médica (BRASIL, 2019). Dessa forma, entre disputas ideológicas e mudanças favoráveis, mantiveram-se projetos direcionados a saúde pública.

Recentemente, o Brasil passa por um período histórico traçado mundialmente, a Pandemia do Coronavírus (COVID 19). Mesmo com as diversas precariedades encontradas no SUS, esse sistema é o grande responsável por evitar que a pandemia tenha atingido proporções ainda maiores em âmbito nacional. Comprovadamente, temos cerca de 45 mil equipes de saúde da família atuando em 40 mil UBS, bem como 4.700 hospitais públicos e conveniados, todos atuando de maneira síncrona e adequada para que as sequelas dos danos governamentais não se tornem maiores do que a efetividade do sistema. Diante disso, é importante ressaltar que, mesmo com todas as vulnerabilidades e distorções que serão objetos de críticas, o SUS constitui-se, nesse momento difícil e dramático, o mais efetivo protetor da saúde, com responsabilidades de minimizar a maior crise sanitária em mais de um século (FALAVIGNA, 2020; BRASIL, 2019).

Um dos problemas crônicos da fundamentação do SUS se deve ao subfinanciamento, que é usado como o principal discurso mascarado para o mal funcionamento do Sistema, e a essa justificativa dá-se o nome de “boicote passivo”. Entretanto, hoje há conhecimento sobre o reconhecimento do Estado em privilegiar o setor privado com subsídios, com apoio da Caixa Econômica Federal e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, e esta ação é reconhecida como “boicote ativo” (PAIM, 2018).

Esse tem sido um dos principais elementos chave para o desmonte do SUS, por promover um descarte do Sistema que não atende mais as expectativas de um governo pautado pelo capitalismo, muitas vezes, selvagem. Porém, essa ameaça ainda se encontra mascarada, pois acaba sendo escondida pelas filas de espera intermináveis, por falta de acesso aos medicamentos e falta de profissionais, fazendo com que esse problema da

privatização da saúde pública seja cada vez mais articulado, entretanto de forma camuflada a ponto de ninguém perceber o desmonte acontecer, e, dessa forma, torna-se menos investigada e problematizada (PAIM, 2018). Prova disso, se deve ao crescente número de contratos com convênios médicos particulares, entre a população com maior condição financeira (SÓTER, et al., 2016).

As clínicas populares de atenção à saúde surgiram a partir da década de 1990, sendo instauradas nas principais cidades do Brasil, tais como: São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza, Curitiba, Manaus, Recife, Porto Alegre e Belém. Essas cidades tiveram maior investimento nesses setores por se tratarem de polos comerciais e econômicos, mas ao mesmo tempo com maior índice de população necessitada de assistência à saúde, ou seja, áreas carentes e periféricas (BRASIL, 2020; ALMEIDA, et al., 2018).

As clínicas populares surgiram com o intuito de uma maior universalização do sistema de saúde, porém de uma maneira mais barata de acesso à atendimentos básicos de saúde e realização de exames simples para que mais pessoas pudessem ser beneficiadas, agilizando muitas vezes o diagnóstico; porém os casos mais complexos acabam tendo que recorrer ao SUS ou serviços particulares (IBGE, 2019; ALMEIDA, et al., 2018). Esse sistema funcionaria apenas como uma porta de entrada, inviabilizando o processo de longitudinalidade e vínculo que o sistema público brasileiro oferece, em especial da atenção básica, além de não ter conexão direta com o SUS, o que dificultaria o seguimento de alta e média complexidade desses pacientes de forma efetiva (IBGE, 2019; BRASIL, 2009; SOUZA ML, et al., 2013). Entretanto, mesmo com tais apontamentos, a procura torna-se cada vez maior devido a idealização de um atendimento particular de maior qualidade que o SUS (SOUZA ML, 2013; RAMIRES, 2007).

Outra consequência bastante importante do desmonte do SUS ocorreu no início do mês de julho de 2019, quando foram rompidos contratos com sete laboratórios públicos nacionais pelo Ministério da Saúde, dentre eles: Biomanguinhos, Butantã, Bahiafarma, Farmanguinhos e Furp. Esse feito resulta em suspensão da produção de 18 tipos de medicamentos e uma vacina que eram distribuídos gratuitamente pelo SUS, afetando mais de 30 milhões de dependentes desses remédios (BRASIL, 2020).

Dentre as conquistas do SUS, a ESF teve seu destaque perante a sua importância em ações com as comunidades carentes, principalmente no assistencialismo básico aos usuários cadastrados. Com o subfinanciamento, o corte de medicamentos, bem como a iniciativa de uma saúde cada vez mais privatizada, a AB vai perdendo cada vez mais força. Assim a ESF busca atender às necessidades e promover a qualidade de vida da população brasileira, sendo a porta de entrada da Atenção Básica, porém essa via de acesso parece estar com os dias contados, segundo a política do governo atual, associado à somatória trazida pelos governos anteriores (AGUIAR, 2015).

A fragmentação do SUS visa atender a população economicamente mais integrada

dentro do sistema ou até mesmo independente por meio de seus convênios privados. Por fim, os novos governantes do país acreditam que o suplemento à saúde (convênios) deve se tornar a condição primordial para o acesso a saúde da população, porém, isso novamente quebra os princípios básicos do SUS, universalidade e integralidade, sendo que cerca de 60% da população depende de alguma forma do sistema e cerca de 30% são dependentes exclusivos desse serviço público (AGUIAR, 2015).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos diversos momentos históricos que ocorreram desde a criação do SUS, esse sistema vem sendo tratado como um produto mercantil, dado como moeda de troca pelos governantes. O SUS, como todas as mercadorias que enfrentaram o processo de globalização, tornou-se programado para durar pouco, obsoleto, dessa forma iniciou-se a fragilização e fragmentação. Isso ocorre devido as condutas de governantes, que violam os direitos contidos na Constituição, uma vez que a saúde é um direito de todos e um dever de o Estado fornecê-la. Assim, a responsabilização não é apenas de um governo, mas de todos que mantiveram o subfinanciamento mascarado, o sucateamento das estruturas de saúde, a falta de continuidade das boas políticas públicas quando da troca de poderes/gestão, dentre diversos outros fatores. Para que o SUS não desmorone e torne-se apenas um registro histórico, de uma política pública extremamente eficiente na teoria e de difícil aplicabilidade prática, o governo precisa adequar o financiamento, traçar fluxos de reavaliação continuados, corrigir e adaptar quando necessário, valorizar os profissionais e cuidar para que os princípios originais sejam seguidos, priorizando a saúde como bem coletivo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. SUS Sistema Único de Saúde - antecedentes, percursos, perspectivas e desafios. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2015; 272p.

ALMEIDA, Raquel; BARBOSA, José Geraldo; MATTOSO, Cecília. Inovação em clínicas populares de saúde: um estudo de múltiplos casos na região do extremo sul da Bahia. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde 2018; 15(1):64-81.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Galeria de Ministros da Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/galeria-dos-ministros/>. Acessado em 20 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde divulga diretrizes para tratamento medicamentoso de pacientes. Ministério da saúde: Agência Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19-pdf>. Acessado em 25 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acessado 30 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm. Acessado em 30 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acessado em 25 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Brasília: DATASUS. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em 15 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acessado em 20 agosto de 2020.

BRASIL. Normativos e orientações para as contas de 2019. Brasília: Tribunal de Contas da União. 2019. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/contas/contas-e-relatorios-de-gestao/normativos-e-orientacoes-para-as-contas-de-2019.htm>. Acessado em 25 de julho de 2020.

BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais saúde para os Brasileiros. Ministério da saúde: Agência saúde. 2015. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf. Acessado em 20 de julho de 2020.

BRASIL. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. Acessado em 18 de dezembro de 2021.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Proposta Emenda Constitucional 241 - O desmanche do SUS. 2016. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2016/10/images_PEC_241_NOTA_CC_21jun16.pdf. Acessado em 25 de julho de 2020.

FALAVIGNA, Maicon; et al. Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Revista Brasileira de Terapia Intensiva 2020; 32(2):166-196.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Ciclos da Vida. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>. Acessado em 17 de dezembro de 2020.

JUNIOR, Edinaldo; EIDT, Paulino. O consumo de massa: a obsolescência programada na sociedade contemporânea. Revista Grifos. 2011; 30:13-25.

MENICUCCI, Telma Maria. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências e Saúde 2014; 21(1):77-92.

PAIM, Jairnilson. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência e Saúde Coletiva 2018; 23:1723-1728.

RAMIRES, Júlio Cesar. Cidades médias e serviços de saúde: algumas reflexões sobre os fixos e os fluxos. In: Sposito MEB. Cidades médias: espaço em transição. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular. 2007. p. 173-186.

SÓTER, Ana Paula; REIS, Ademar; FURTADO, Lumena; PEREIRA, Silvana. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde Debate 2016; 40(especial): 122-135.

TEIXEIRA, Elizabeth; FERREIRA, Darlisom; MEDEIROS, Horácio et al. A boniteza de ensinar e aprender na saúde. Revista de Enfermagem UFSM 2017; 7(2): 347-349.

CAPÍTULO 2

A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE FRENTE À COVID-19 NA REGIÃO SUL DE SÃO PAULO

Data de aceite: 01/03/2022

Felipe Gargantini Cardarelli

Psicólogo, Mestre em Ciências da Saúde (USP)/ Assessor Técnico da Associação Saúde da Família
São Paulo-SP, Brasil

Débora Alcantara Mozar

Terapeuta Ocupacional, Mestre em Ciências da Saúde (UNIFESP)/ Supervisora Técnica em Educação Permanente da Associação Saúde da Família
São Paulo – SP, Brasil

Paulo Fernando Capucci

Dentista, Mestre em Saúde Pública (USP) / Coordenador Regional da Associação Saúde da Família
São Paulo-SP, Brasil

RESUMO: Os principais resultados deste processo indicou que investir na comunicação também como ferramenta de Educação Permanente, favoreceu o alinhamento de orientações, protocolos, manejo clínico, esclarecimento de dúvidas, proporcionando à rede potências e possibilidades de qualificar o cuidado das pessoas. Concluímos que a importância da forma de se comunicar é tão importante quanto o conteúdo que se comunica.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão da Tecnologia de Informação e Comunicação, Ferramentas e Metodologias baseadas em Tecnologias Inovadoras de Informação e Comunicação, Comunicação Educativa, Gestão de Serviços de

Saúde; Educação Permanente.

ABSTRACT: The main results of this process indicated that investing in communication as a tool for Permanent Education favored the alignment of guidelines, protocols, clinical management, answering questions, providing the network with potential and possibilities to qualify people's care. We conclude that the importance of how you communicate is as important as the content you communicate.

KEYWORDS: Information and Communication Technology Management, Tools and Methodologies based on Innovative Information and Communication Technologies, Educational Communication, Health Services Management; Permanent Education.

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

A OSS Associação Saúde da Família (ASF), responsável por cinco contratos de gestão no município de São Paulo, dentre eles os de Capela do Socorro e Parelheiros que, desde o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, passou a organizar a equipe de gestão regional para chegada dos primeiros casos nessas periferias.

Com o contexto de significativa disparidade social, grande extensão territorial e alta porcentagem de usuários SUS dependentes, os Contratos de Gestão 001 (Capela do Socorro) e 002 (Parelheiros) tem 4.245 funcionários distribuídos em 68 serviços

de saúde de diferentes complexidades. São os distritos de maior extensão territorial de São Paulo - Capela do Socorro com 134,2 Km² e Parelheiros com 353,5 Km².

Frente à pandemia de COVID-19 incorporamos à rede de serviços uma Unidade de Tratamento para Covid-19 e uma Unidade Indígena de Acolhimento. Concomitantemente foram distribuídos 174 smartphones à cada equipe de atenção básica e 1167 tablets distribuídos para os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) com chips e acesso a internet.

Tendo em vista os portes da rede de serviços e do desafio imposto pela pandemia construímos o Plano de Comunicação Estratégica e Educação Permanente (EP).

Comunicação Estratégica é uma forma de ação social que se caracteriza por se produzir em uma situação estratégica na qual os envolvidos fazem uso da interação simbólica para resolver problemas e maximizar oportunidades (PÉREZ, 2008).

Educação Permanente “se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2018, p.10)

Entre outras estratégias que descreveremos a seguir, o Boletim de Situação merece destaque: trata-se de informativo que os profissionais recebem em tempo real contendo as principais informações e solicitações do momento, compilados de forma simplificada. Entre estas informações enviadas estão os protocolos e documentos norteadores que possibilitam atuação de forma oportuna no cuidado da COVID-19.

DESCRIÇÃO

No âmbito da Sociedade em Rede (CASTELLS; 2005), o papel da comunicação na gestão organizacional já vinha ganhando importância. Com o distanciamento social a ênfase nas ferramentas tecnológicas associadas à comunicação em rede tornou-se indispensável. A gestão utilizou o momento oportuno mobilizando as melhores formas de se comunicar para qualificar processos de trabalho.

Entretanto, Bourdieu (1997) postula que toda comunicação acontece em um meio, estrutura ou ainda campo social carregado de diferentes culturas, narrativas e saberes que tecem linhas de forças em constante disputa. No campo em questão, a Saúde, esta disputa é constante entre os diferentes saberes e lógicas. Portanto, qualquer projeto de comunicação na Saúde deve desenvolver estratégias de negociação (de tensionamento e articulação), tendo claro seus objetivos:

Criar maior sinergia entre a Gestão do Escritório Regional da ASF Sul e seus profissionais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) Capela do Socorro e Parelheiros ao estruturar canais e produzir conteúdo de comunicação.

- Favorecer o engajamento dos profissionais das RAS nos processos de gestão em curso no território.
- Dar visibilidade às práticas, demandas, inovações e desafios das RAS.

- Potencializar processos de EP de modo a promover as melhores práticas em saúde.
- Ampliar a abrangência e agilidade de ações de educação popular em saúde e o elo entre as unidades de saúde e sua população atendida.

DESCRIÇÃO

Para atingir tais objetivos foi necessário superar o modelo unilateral de comunicação ainda comum atualmente. Buscando formas de comunicação mais interativas, desenvolveu-se conteúdos audiovisuais voltados para a qualificação profissional, tendo como protagonista os próprios trabalhadores. Estes foram convidados, de acordo com o domínio que têm sobre o tema a ser abordado, a compartilhar seus conhecimentos com os demais.

Outros conteúdos são produzidos pela pelos próprios funcionários, que buscam compartilhar suas práticas, e enviados à sede do Escritório Regional para edição ou somente para divulgação.

Imbuídos desses objetivos, com a base desta metodologia e cientes da necessidade de atualizações diárias que precisavam chegar ao conhecimento de todos os profissionais desta rede extensa de serviços, utilizamos os celulares institucionais e tablets para a comunicação, que se baseou na seguinte estruturação.

- Boletim informativo: Foi montado grupo online de comunicação específica da pandemia composto pela equipe de gestão, gerentes, enfermeiro e médico responsável técnico de cada unidade que recebiam conteúdos diariamente. O Boletim, disparado neste grupo, pode ser descrito como uma imagem interativa com os tópicos de maior relevância do dia e links de acesso para maiores detalhes do conteúdo em questão, que poderia seriam ser novos protocolos, pactos de fluxo da rede, vídeos de humanização de enfrentamento à pandemia e ações de EP.
- Transmissão ao Vivo: Para costura de informações e manter aquecida a ARS. A realização é pautada pela equipe de gestão e apresentada pelo Coordenador dos contratos sempre acompanhado de representantes da rede e/ou Assesores. A interação com os profissionais da rede é possível por meio de aplicativo de trocas de mensagem.
- Plataforma #coronavírusrede: plataforma virtual que possibilita que diferentes aplicativos possam ser usados ao mesmo tempo por internautas, desde que façam login com e-mail institucional, que passou a centralizar de forma organizada os conteúdos produzidos, como os documentos revisados pela Mesa Técnica
- Mesa Técnica: formada por médicos e enfermeiros disponíveis para atender à rede por telefone e e-mail com a proposta de prover suporte clínico. Também responsáveis, em conjunto com a equipe de apoio institucional, pela validação dos documentos (como Procedimentos Operacionais Padrão e instrutivos) ofer-

tados à rede e identificar necessidades que desdobravam ações de EP.

- Sala de Situação: formada por assessores técnicos que monitoram indicadores de saúde, ofertam análises à rede de serviços e acionam diferentes setores frente a isso. A equipe organizou um processo sistêmico para constante acompanhamento sobre avanço da doença no território, agir de forma preventiva e promotora de cuidado na RAS;

Todas as estratégias são costuradas por construções de Educação Permanente. Essa equipe de gestão traz a problematização conceitual de EP anterior ao período da pandemia em que defende a ideia de que qualificação profissional não se trata de uma lista de treinamentos e capacitações. Trata-se de construir, a partir das necessidades territoriais de qualificação, pautadas por indicadores de qualidade e de produção, bem como análise de necessidades identificadas pelas equipes de saúde. Que espaços de EP se dão desde espaços de revisão da prática em saúde até cursos e treinamentos pertinentes aos déficits técnicos identificados.

Na pandemia, mudamos a modelagem mas seguimos na mesma lógica conceitual. Investimos e disponibilizamos mais vídeo aulas, tutoriais e debates em áudio (podcast), com os profissionais da rede de serviços como protagonistas.

As ações mais relevantes desenvolvidas foram:

- Habilitação profissionais da AB com manejos de urgência em parceria com a Universidade Santo Amaro (UNISA),
- Capacitação dos profissionais para realização de teste rápido por vídeo transmissão
- Videoaula sobre coleta de PCR SWAB (<https://youtu.be/mAU98vPh1Rk>)
- Visibilidade às melhores práticas da rede (https://youtu.be/7Vf_LNSIEsE)
- Trabalho da unidade indígena de acolhimento (<https://youtu.be/nCwWHZHTA-BI>)
- Videoaula sobre teleatendimento (https://youtu.be/_i7P4ye1dZc)
- Ações virtuais de educação em saúde (direcionadas aos usuários da rede de serviço), abordando assuntos como o uso de máscaras, higiene (<https://youtu.be/oza-r8nFINI>) e orientações para pacientes que tiveram alta de internação por COVID-19 (<https://youtu.be/95kzsHCGmyU>, <https://youtu.be/StKs9w8uO5g>, <https://youtu.be/86ywg-kXdL4>).

Com o formato adaptado e o fato das temáticas serem diretamente relacionadas com a prática cotidiana vivida, os treinamentos atingiram outra escala: de maior impacto e proveito das equipes envolvidas.

LIÇÕES APRENDIDAS

Investir em ferramentas informatizadas de comunicação, como estratégia de alinhamento e potencialização do trabalho dos serviços de saúde foi decisivo. Da perspectiva da Educação Permanente (EP) que compartilha dos processos de gestão, as trocas e metodologias de comunicação utilizadas vieram para ficar e trouxeram aprendizados já incorporados pela equipe de gestão regional.

No primeiro treinamento tivemos 90% de presença dos profissionais e devolutiva positiva sobre aumento da segurança técnica para manejo de urgência. Não tivemos registro de mortes em casos de agravos do quadro na Atenção Básica. Já no segundo treinamento, tivemos 100% de presença, avaliação de que o formato foi mais focado e de que foi possível se aproximar o manejo técnico do enfermeiro para realizar a coleta do teste rápido para COVID-19 obtendo mais resolubilidade.

Durante a fase crítica da pandemia, foram:

- 37 transmissões ao vivo, com 18.493 espectadores
- 103 vídeos com 24.036 visualizações
- 77 podcasts com 4.048 ouvintes
- 103 edições do boletim
- 27 Documentos Técnicos elaborados
- 14 mil usuários suspeitos de terem contraído COVID-19.

Acreditamos que toda construção descrita nos fez alcançar o resultado mais relevante: o de menor mortalidade nas áreas de maior contaminação da cidade (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2020).

RECOMENDAÇÃO

Os principais resultados deste processo indicou que investir na comunicação também como ferramenta de Educação Permanente, favoreceu o alinhamento de orientações, protocolos, manejo clínico, esclarecimento de dúvidas, proporcionando à rede potências e possibilidades de qualificar o cuidado das pessoas. Concluímos que a importância da forma de se comunicar é tão importante quanto o conteúdo que se comunica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF, 2018.

BOURDIEU, P. **Teoria do Poder Simbólico**. Editora Bertrand. Rio de Janeiro, 1997.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede: do conhecimento à acção política**. In: CASTELLS, M.; CARDOSO, G. (Org.). A sociedade em rede. Lisboa: Casa da Moeda, Imprensa Nacional, 2005

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. **Mortalidade por COVID-19 em São Paulo: ainda rumo à periferia do município**. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/mortalidade-por-covid-19-em-sao-paulo-ainda-rumo-a-periferia-do-municipio/>

PÉREZ, R. A. **Estrategias de comunicación** (4. ed.). Barcelona: Editorial Ariel, 2008.

CAPÍTULO 3

A EXPERIÊNCIA DE PÓS-GRADUANDOS NO ACOMPANHAMENTO DE GRADUANDOS DO CURSO DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 10/01/2022

Priscila Norié de Araujo

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo
Ribeirão Preto - São Paulo
<https://orcid.org/0000-0003-0259-5880>

Janaína Pereira da Silva

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo
Ribeirão Preto - São Paulo
<https://orcid.org/0000-0002-7295-4132>

Kisa Valladão Carvalho

Mestranda no Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo
Ribeirão Preto - São Paulo
<https://orcid.org/0000-0003-2627-6964>

Felipe Lima dos Santos

Doutorando no Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo
Ribeirão Preto - São Paulo
<https://orcid.org/0000-0001-5606-9478>

Poliana Silva de Oliveira

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo
Ribeirão Preto - São Paulo
<https://orcid.org/0000-0003-3197-6017>

Maristel Silva Kasper

Doutoranda em cotutela/dupla-titulação entre o
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
(EERP-USP) e CY Cergy Paris Université -
França
Ribeirão Preto - São Paulo
<https://orcid.org/0000-0003-3978-0342>

Karen da Silva Santos

Doutoranda em cotutela de tese entre a
Universidade de Limoges (École Doctorale
Humanités) e a Universidade de São Paulo
(Programa de Pós-graduação em Saúde
Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto)
Ribeirão Preto - São Paulo
<https://orcid.org/0000-0001-5829-5882>

Gabriella Carrijo Souza

Mestranda no Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo
Ribeirão Preto - São Paulo
<https://orcid.org/0000-0001-9831-4654>

Cinira Magali Fortuna

Professora livre docente do Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo
Ribeirão Preto - São Paulo
<https://orcid.org/0000-0003-2808-6806>

RESUMO: Este trabalho tem por objetivo descrever a experiência de pós-graduandos frente ao acompanhamento de alunos de enfermagem nas atividades teóricas e práticas

durante a Pandemia da COVID-19. As atividades desse relato de experiência ocorreram no período de abril a setembro de 2021 em uma disciplina sobre o cuidado integral em saúde do indivíduo, família e comunidade para graduandos do quinto semestre do curso de bacharelado e licenciatura em Enfermagem. As atividades teóricas ocorreram via plataforma digital online google meet e as atividades práticas aconteceram em uma Unidade Básica de Saúde de um município situado no interior do Estado de São Paulo. O estágio do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino (PAE) propiciou aos pós-graduandos a aproximação com a formação para a docência, no que se refere a problematização a partir das vivências, trocas de saberes, discussão com os trabalhadores de saúde, e a refletir e reorganizar as atividades em decorrência das limitações causadas pela pandemia, contribuindo também para o aprendizado significativo dos alunos de graduação. Conclui-se que a pandemia possibilitou aos estagiários PAE novas experiências e aprendizagens frente às dificuldades enfrentadas.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Ensino, Formação Pedagógica, Formação Docente, COVID-19.

THE EXPERIENCE OF GRADUATE STUDENTS IN THE FOLLOW-UP OF UNDERGRADUATE STUDENTS FROM NURSING BACHELOR DEGREE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT: This book chapter aims to describe the experience of graduate students facing the monitoring of nursing students in theoretical and practical activities during the COVID-19 Pandemic. The activities of this experience report took place from April to September 2021 in a course on comprehensive health care for the individual, family and community for undergraduates in the fifth semester of the bachelor's degree and licentiate degree in Nursing. The theoretical activities took place via the online digital platform google meet and the practical activities took place in a Basic Health Unit in a municipality located in an inland city of the State of São Paulo. The internship of the Teaching Improvement Program (PAE) allowed the graduate students approach to teaching training with regard to problematization based on experiences, exchange of knowledge, discussion with health workers, and to reflect and reorganizing activities due to the limitations caused by the pandemic, also contributing to the significant learning of undergraduate students. It is concluded that the pandemic allowed PAE interns new experiences and learning in the face of the difficulties faced.

KEYWORDS: Primary Health Care, Teaching, Pedagogical Training, COVID-19.

1 | INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 modificou de maneira significativa os ambientes de aprendizagem. Nas profissões da área da saúde, a pandemia afetou as oportunidades de aprendizagem dos estudantes de muitas maneiras, as atividades como simulações e laboratórios foram suspensas, os estágios nos serviços de saúde foram adiados e as aulas passaram a ser ministradas remotamente. Diante deste contexto, uma questão se destaca: como formar enfermeiros em uma sociedade que enfrenta medidas de isolamento e distanciamento social e que ao mesmo tempo, precisa cada vez mais de enfermeiros preparados para exercer um cuidado técnico, ético e político? (TOMIETTO *et al.*, 2020).

A resposta a esse questionamento é atravessada por muitas circunstâncias: pressão sobre os sistemas de saúde devido a alta demanda de casos de COVID-19, risco de exposição dos estudantes e docentes e assim de suas famílias ao coronavírus, preocupações sobre como a interrupção das atividades práticas poderia impactar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, atrasos na conclusão dos cursos, disponibilidade de equipamentos de proteção individual para os estudantes e docentes, acesso à vacina para estudantes e docentes, entre outras (DEWART, 2020).

A experiência aqui relatada ocorreu com estudantes de pós-graduação estagiários do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino (PAE), da Universidade de São Paulo (USP), que oportuniza uma aproximação a formação de mestrandos e doutorandos para a docência, e é composto por duas etapas articuladas e interdependentes, sendo elas: a preparação pedagógica; e posteriormente o estágio supervisionado em docência (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2019).

A preparação pedagógica é constituída por disciplinas que possibilitam a discussão sobre aspectos teóricos, metodológicos e políticos abarcando as ações de ensino-aprendizagem para a docência. O estágio supervisionado ocorre em uma das disciplinas vinculada a unidade de ensino mediante a aprovação prévia do plano de trabalho condizente com as atividades da disciplina pretendida (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2016).

No primeiro contato do pós-graduando com as atividades de ensino, busca-se alguns aspectos fundamentais para a formação docente. Para Vasconcelos (2002) compete ao docente: ter formação técnico-científica; conhecimento da prática profissional para a qual está formando; formação política, reconhecendo a não neutralidade em decorrência das intencionalidades; formação pedagógica e conhecimento didático (VASCONCELOS, 2002).

Nesse sentido, a formação docente para atuar junto aos estudantes da área da saúde requer o aprendizado em torno de uma perspectiva ampliada do conceito de saúde, bem como da concepção do processo de cuidado. Destacamos a Saúde Coletiva, cuja invenção do termo é brasileira, como um campo de saberes norteados pelas necessidades sociais (CARVALHO; CECCIM, 2012) e que pode contribuir nessa formação auxiliando o futuro professor a compreender o elo ensino-serviço-comunidade e suas formas de atuação.

No contexto atual, a pandemia de COVID-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2, foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e ocasionou a reorganização das atividades das instituições de ensino superior. Para os cursos da saúde, as atividades práticas foram desaconselhadas na fase vermelha e reorganizadas na fase amarela para atender às recomendações.

A exigência de rápida transição do ensino presencial para o ensino remoto exigiu dos docentes ampla capacidade de adaptação. Mas, a atuação docente não se restringiu ao desenvolvimento de atividades virtuais, já que experiências memoráveis de trabalho em campo, na articulação e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da pandemia foram relatadas (GORLIER *et al.*, 2020). Essa atuação, que desloca o docente da sala

de aula, transportando-o para espaços de discussão, atuação e suporte revela aos pós-graduandos o papel político e social da docência, que também precisa ser desenvolvido.

A mudança abrupta do processo formativo gerou ansiedade e muitas preocupações sobre a suficiência da formação ofertada. A incerteza e o medo foram tônicas desse processo (DIAZ; STAFFILENO; HAMILTON, 2021). A pandemia possibilitou aos pós-graduandos a experiência de conviver com as emoções expressas pelos estudantes.

Na França a inserção de estudantes de graduação em enfermagem em serviços de saúde durante a pandemia enriqueceu consideravelmente seus portfólios de competências, exigindo deles gestão do estresse, adaptabilidade e autonomia (CLAVAGNIER, 2021). De modo semelhante, a inserção de pós-graduandos na docência no contexto pandêmico constituiu-se como uma oportunidade de aprender novos modos de ensinar.

Considerando a importância da formação de futuros docentes, o objetivo deste relato é descrever a experiência de pós-graduandos frente ao acompanhamento de alunos de enfermagem nas atividades teóricas e práticas durante a Pandemia da COVID-19. Por tratar-se de um relato de experiência, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas.

2 | DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E APRENDIZADOS

Os estudantes de pós-graduação, autores deste relato, acompanharam uma disciplina que acontece no quinto semestre do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, sob supervisão da docente coordenadora da disciplina. Trata-se de uma disciplina, com carga horária de 210 horas, que aborda os cuidados integrais em saúde da família, do indivíduo e da comunidade, utilizando a problematização e o aprendizado significativo como estratégias de ensino-aprendizagem e a avaliação formativa que fazem parte da composição do Ciclo Pedagógico (ação-reflexão-ação), como descrito no projeto político pedagógico do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da EERP/USP (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2015).

Em decorrência da pandemia, alguns Laboratórios de Práticas Profissionais e as aulas teóricas foram realizadas por meio da plataforma digital *online google meet*. Os pós-graduandos em conjunto com as docentes elaboraram estratégias como o uso de software alternativos que pudessem promover o envolvimento dos alunos, mesmo com as dificuldades de acesso à câmera, microfone e da conexão com a *internet*.

As atividades práticas ocorreram entre os meses de abril a setembro de 2021 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que pertence a um município no interior do Estado de São Paulo. O objetivo das atividades práticas, de um dos campos ofertados pela disciplina, é discutir, analisar e refletir sobre a Vigilância em Saúde e as doenças negligenciadas, como por exemplo, a Tuberculose e a Hanseníase. Além disso, são previstas atividades de cuidado realizadas na UBS como acolhimento; consulta de enfermagem; imunização;

terapias medicamentosas; visitas domiciliares; planejamento familiar; curativos e busca ativa.

As atividades práticas dos alunos de graduação foram suspensas durante a fase vermelha da Pandemia, sendo que, em alguns casos, elas foram substituídas por práticas em laboratórios, ocorrendo um distanciamento da realidade dos serviços de saúde e do território.

Neste sentido, tentativas foram feitas para aproximar os alunos da realidade dos serviços de saúde, embora, não fosse possível substituir as práticas presenciais, foram realizadas atividades como: visita domiciliar virtual; vídeos dos enfermeiros realizando procedimentos, curativos e orientações; discussões com enfermeiros especialistas. Os vídeos foram gravados com o consentimento verbal dos usuários e foram resguardadas quaisquer informações ou imagens que pudessem identificá-los.

Esse modo alternativo de aproximar a prática do cuidado de enfermagem à formação dos estudantes foi favorecido pela colaboração de usuários dos serviços de saúde. Essa colaboração foi orientada pela ampliação do reconhecimento da importância da formação de profissionais da saúde.

Uma das ferramentas disponíveis pelo sistema USP é o *e-disciplinas*, na qual, há uma plataforma virtual destinada a cada disciplina alimentada pelos docentes responsáveis, com auxílio dos estagiários PAE. Nesse espaço, os estudantes podem acessar materiais disponibilizados pelos professores, bem como a deposição de tarefas. Há possibilidade de fóruns de discussões, facilitando a comunicação digital. Essa plataforma já vem sendo ofertada pela USP há anos, entretanto, com a Pandemia e as novas necessidades tecnológicas, esse recurso vem sendo amplamente utilizado, inclusive na disciplina deste relato.

Vale ressaltar que a disciplina é um momento de discutir sobre a saúde como uma produção social, seus determinantes, o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua articulação com as redes de apoio e setores como a assistência social, educação, dentre outras. Na experiência aqui relatada, fomentou-se as discussões entre docentes, estudantes de graduação, pós-graduação e trabalhadores de saúde sobre o campo da saúde coletiva em relação às situações vivenciadas no campo de prática e seus determinantes sociais, principalmente no contexto da pandemia.

Um dos desafios enfrentados pelos estagiários PAE no retorno às atividades práticas, foi em relação ao desenvolvimento da comunicação e estabelecimento de vínculo dos estudantes de graduação com os usuários e com os trabalhadores de saúde. Foi observado certa dificuldade em relação às orientações pré, durante e após os procedimentos, nas visitas domiciliares e durante o acompanhamento das consultas de enfermagem.

Além da dificuldade dos graduandos em sua relação com os usuários, observou-se também fragilidades na comunicação e nos vínculos dos mesmos para com os docentes e com os pós-graduandos estagiários do PAE.

A comunicação é uma ferramenta imprescindível para o desenvolvimento docente do pós-graduando que possui dupla função, auxilia no aprendizado do graduando e ao mesmo tempo também está em processo de formação. As deficiências de comunicação podem ter sido geradas devido às aulas virtuais, com problemas de conexão ou mesmo a própria modalidade, pelas quais foram implementadas para atender as urgências de distanciamento da pandemia. A comunicação não está apenas na linguagem verbal, mas também em gestos, expressões faciais e corporais que completam a conversação, tornando-a mais efetiva (SOUSA; LEAL; SENA, 2010).

Nesse contexto, foi necessária a intensificação das devolutivas a respeito das percepções das intervenções realizadas pelos graduandos. As devolutivas permitem que o estudante reflita sobre suas próprias atitudes e busque melhorar seu desenvolvimento articulando teoria e prática (STAGINI, PERES, 2021).

Outros desafios/situações vivenciados foram a redução do número de estudantes em salas de atendimento, por medidas de segurança contra contaminação, aumentando a quantidade de idas ao serviço de saúde, antes da pandemia o permitido eram de 9 a 10 estudantes, na fase vermelha 3 estudantes e nas fases amarelas 5 alunos. Por um lado, houve um fortalecimento do vínculo do estudante com o estagiário PAE; com a diminuição de alunos em campo, às necessidades dos graduandos puderam ser vistas mais de perto. Os casos clínicos vivenciados puderam ser mais aprofundados devido ao tempo destinado pela diminuição de estudantes em sala, sendo as discussões e reflexões mais acentuadas.

No entanto, houve interrupção de alguns atendimentos da UBS, sem aviso prévio em decorrência da campanha de vacinação contra a COVID-19, não foi possível realizar alguns procedimentos devido ao espaço físico, causando a reorganização da escala de atividades. Conflitos entre trabalhadores de saúde e usuários foram presenciados e o manejo do docente em situações de mediação de conflitos, negociações sobre prazos e possíveis atividades a serem desenvolvidas, foram dialogadas com o estagiário PAE, sendo aprendizados fundamentais para a formação docente.

Conviver com o sentimento de dúvida dos estudantes em relação à suficiência do novo processo formativo possibilitou discussões e reflexões sobre a docência. A exposição a esse clima de incertezas movimentou os pós-graduandos a fim de melhorar a experiência dos estudantes.

Assim como os estudantes de graduação, os pós-graduandos também desejavam vivenciar o ciclo pedagógico em seu formato original. O relacionamento remoto, muitas vezes, a partir de câmeras e microfones fechados, despertava sentimentos e questionamentos imaginários nos pós-graduandos: “será que os estudantes estão efetivamente do outro lado dessa tela?”, “será que minha forma de facilitar essa aula está tão desinteressante resultando nessa interação tão escassa?”, “haveriam problemas familiares no domicílio do aluno no momento das aulas?”. A cada término de aula, eram realizadas avaliações acerca do encontro, a maioria dessas avaliações eram realizadas de forma verbal ou escrita no

chat da sala virtual.

Com o passar do tempo e já habituados às novas formas de ensino, no sentido de estimular a participação dos estudantes, foram criadas salas virtuais grupais, separando os alunos em pequenos e grandes grupos. Este tipo de estratégia auxiliou a interação entre os estudantes, visto que, a execução das tarefas dependia da construção do coletivo. A monitoria das salas era realizada em forma de revezamento entre os pós-graduandos e os docentes da disciplina. Recursos digitais disponibilizados pela Google, como *Google Drive* e *Jambord* também serviram de suporte para anotações e escrita coletiva. Em certos momentos, os alunos também buscaram vídeos, músicas e poemas disponíveis na *web* como simbolismo para abordar e complementar determinadas discussões.

Considerando todos os aspectos e atividades descritas, os estagiários PAE foram protagonistas no auxílio, colaboração, preparo e desenvolvimento das atividades propostas buscando sua formação e contribuindo com a formação de enfermeiros. Compreendendo que a formação pedagógica, vai além de dominar o conteúdo, necessita ser protagonista de seu próprio processo de ensino-aprendizagem com o desenvolvimento de competências e habilidades (FURTADO; ZAGONEL, 2021).

O PAE é uma importante iniciativa da instituição de ensino que oportuniza uma aproximação com a formação docente e neste caso, ofertou espaços enriquecedores e singulares para o aprendizado, entendendo que o contexto da pandemia possibilitou refletir sobre as questões que atravessam o exercício da docência.

Dessa forma, a pandemia criou novas formas de fazer, ensinar e aprender, como citam as autoras (LIRA *et al.*, 2020) é necessário Ressignificar, Remodelar, Reconfigurar os planos de ensino (Os três R) incluindo-os a educação em enfermagem, nessa “nova normalidade” imposta pela COVID-19.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio PAE foi atravessado pela Pandemia da COVID-19 o que exigiu o exercício da criatividade, o manejo com imprevistos, lidar com sentimentos e incertezas próprias, dos pós-graduandos, e dos estudantes de graduação. Também, contribuiu para a reaproximação dos estudantes de graduação com a comunicação, que é parte primordial do trabalho em equipe e do cuidado integral em saúde.

Nesse sentido, a utilização de ferramentas virtuais no processo de ensino-aprendizagem revelou aspectos positivos e ao mesmo tempo apresentou limites na utilização. A experiência possibilitou o desenvolvimento de outras competências para a docência, valorizando-se ainda mais o cuidado produzido de forma presencial, que ocorre na realidade concreta dos serviços de saúde.

Na abordagem da formação em saúde, o ensino deve estar para além das técnicas e procedimentos, superando as abordagens clássicas da formação em saúde, apostando

em estratégias didático-pedagógicas ou mesmo modos de ensinar problematizadores, promovendo aos estudantes protagonismo em seu aprendizado. A pandemia possibilitou aos estagiários PAE novas experiências e aprendizagens frente às dificuldades enfrentadas.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e Educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2.ed. Rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 137-170.

CLAVAGNIER, I. **Les étudiants infirmiers au cœur de la crise de la Covid-19**. Revue de l'infirmiere, v. 69, n. 263, p. 43-45, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s1293-8505\(20\)30242-6](https://doi.org/10.1016/s1293-8505(20)30242-6). Acesso em 07 de jan. 2022.

DEWART, G. *et al.* **Nursing education in a pandemic: Academic challenges in response to COVID-19**. Nurse education today, v. 92, p. 104471, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104471>–Acesso em 07 de jan. 2022.

DIAZ, K.; STAFFILENO, B. A.; HAMILTON, R. **Nursing student experiences in turmoil: A year of the pandemic and social strife during final clinical rotations**. Journal of Professional Nursing, v. 37, n. 5, p. 978-984, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.07.019>. Acesso em 07 de jan. 2022.

FURTADO, C. T. M.; ZAGONEL, I. P. S. **O processo de desenvolvimento docente no ensino superior da área de saúde: revisão integrativa**. Espaço para Saúde, v. 22, 2021. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/724/619>. Acesso em 07 de jan. 2022.

GORLIER, E. *et al.* **L'engagement des formateurs au plus fort de la crise sanitaire**. Rev Infirm, p. 30-32, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2020.10.012>. Acesso em 07 de jan. 2022.

LIRA, A.L.B. *et al.* **Educação em enfermagem: desafios e perspectivas em tempos da pandemia Covid-19**. Rev. Bras. Enferm, 73 (suppl2), 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0683>

SOUSA, L. F. L.; LEAL, A.L.; SENA, E.F.C. **The importance of non-verbal communication for teachers in the exercise of their professional activities**. Rev. CEFAC, v. 12, n.5, p. 784-787. out 2010. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/gKGP8SmvPH6qKfrycxVPW6R/?format=pdf&lang=pt> > . Acesso em 09 de jan. 2022.

STAGINI, S.; PERES, L.V.C. **Teachers and students' perceptions about feedback in clinical internships in medical school**. Rbem. v. 45, n. 3, p.01-11. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/qVcDqQqRjVqncj9gyHW64L/?format=pdf&lang=en> DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200444>

TOMIETTO, M. *et al.* **Nursing Education: challenges and perspectives in a COVID-19 age**. Profissionais enfermeirísticas, v. 73, n. 3, 2020. Disponível em: <http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/796>. Acesso em 07 de jan. 2022.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Projeto Pedagógico do Curso Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2015. p.62. <http://www.eerp.usp.br/Bacharelado-Licenciatura-PP/>. Acesso em 10 de jan. 2022.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Pró-Reitoria de Pós-Graduação. **Diretrizes para a proposição das Disciplinas da Etapa de Preparação Pedagógica**. São Paulo, 2016. 06 p. Disponível em: <https://www.prrg.usp.br/attachments/article/631/Diretrizes%20para%20disciplina%20de%20EPP%20-%2029-09-2016.pdf> . Acesso em 07 de jan. 2022.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Pró-Reitoria de Pós-Graduação. **Programa de Aperfeiçoamento de Ensino - Diretrizes**. São Paulo, 2019. 12 p. Disponível em: https://www.prrg.usp.br/attachments/article/631/Diretrizes%20PAE%20-%2029_05_2019.pdf. Acesso em 07 de jan. 2022.

VASCONCELOS, M. I. M. C. **Contribuindo para a formação de professores universitários: relato de experiências**. In: MASETTO, M. (org). Docência na universidade. 4. ed. Campinas: Papirus, 2002.

EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES EM SAÚDE SOBRE A PRÁTICA DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 10/01/2022

Ana Carolina de Souza

Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Saúde Pública
Botucatu- SP
<http://lattes.cnpq.br/7122840055689788>

Vanessa Crisitna da Silva

Faculdade de Medicina de Botucatu,
Departamento de Enfermagem
Botucatu- SP
<http://lattes.cnpq.br/3368701286103646>

Eduardo Gabriel Cassola

Faculdade de Medicina de Botucatu,
Departamento de Enfermagem
Botucatu- SP
<http://lattes.cnpq.br/5137246075202019>

Daniele Cristina Godoy

Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Saúde Pública
Botucatu- SP
<http://lattes.cnpq.br/5549484573941165>

Eliana Goldfarb Cyrino

Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Saúde Pública
Botucatu- SP
<http://lattes.cnpq.br/7172724495907723>

envolvem ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, desenvolvidas em âmbito domiciliar. A atuação da equipe multiprofissional no contexto da Atenção Domiciliar proporciona para o usuário e sua família um acompanhamento com foco na integralidade do cuidado. Este trabalho tem como objetivo apresentar a experiência da vivência de residentes em saúde na atuação em um grupo multiprofissional de atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um relato de caso com metodologia descritiva a partir das vivências experienciadas por residentes. Este trabalho constitui parte de um projeto maior, aprovado no Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Das ações realizadas pelo grupo destaca-se: a estruturação do Projeto Terapêutico Singular (PTS); discussão dos casos referenciados; educação permanente; visitas domiciliares e intersetorialidade. A demanda por cuidados no domicílio tem aumentado consideravelmente em diversos países e em distintas situações socioeconômicas e culturais, o que condiz com nossa experiência. Para os residentes esta vivência tem sido extremamente gratificante no sentido de contribuir à ampliação da formação por meio do trabalho em grupo interprofissional em um contexto que na maior parte das profissões não foi experienciado nas graduações na saúde. Neste sentido emerge a precisão de formação de profissionais para atender essa crescente demanda em saúde, evidenciando a necessidade da presença de espaços de formação multiprofissional, para residentes em saúde de diversas áreas.

RESUMO: A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde que está firmemente ligada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Suas práticas

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Residência em Saúde.

EXPERIENCE OF HEALTH RESIDENTS ON THE PRACTICE OF HOME CARE IN THE FIELD OF PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Home Care is a modality of health care that is firmly linked to the Health Care Network (HCN). Its practices involve disease prevention and treatment, rehabilitation, palliation and health promotion, developed at home. The performance of the multiprofessional team in the context of Home Care provides the user and their family with monitoring focused on comprehensive care. This work aims to present the experience of health residents living in a multiprofessional group of home care in Primary Health Care. This is a case report with a descriptive methodology based on the experiences experienced by residents. This work is part of a larger project, approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine of Botucatu, UNESP. Among the actions carried out by the group, the following stand out: the structuring of the Singular Therapeutic Project (STP); discussion of referenced cases; Permanent Education; home visits and intersectoriality. The demand for home care has increased considerably in different countries and in different socioeconomic and cultural situations, which is consistent with our experience. For the residents, this experience has been extremely gratifying in the sense of contributing to the expansion of training through interprofessional group work in a context that in most professions was not experienced in health graduations. In this sense, the need for training professionals to meet this growing demand in health emerges, highlighting the need for the presence of spaces for multidisciplinary training for health residents from different areas.

KEYWORDS: Home Care Services; Primary Health Care; Patient Care Team; Residency.

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Os serviços de saúde perpassam por uma série de mudanças que caminham de acordo com as necessidades da população brasileira. O atual cenário de pandemia de Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), trouxe uma nova configuração aos serviços de saúde, que precisam lançar estratégias para acolher a presente realidade (BRASIL, 2020; OPAS, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esta é pautada na integralidade do cuidado, contemplando a promoção e recuperação à saúde, a prevenção e assistência à doenças. O fortalecimento dos princípios do SUS, somados ao funcionamento pleno desse sistema são imprescindíveis para o enfrentamento pandêmico assim também como assistência às novas necessidades em saúde (FARIAS et al, 2020).

Vale destacar dentre as presentes necessidades de saúde da população, o crescente aumento dos atendimentos à população idosa, as pessoas com doenças crônicas degenerativas ou com sequelas causadas por acidentes ou doenças, além dos grupos

com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sendo assim, a Atenção Domiciliar se configura uma importante estratégia em resposta à essas necessidades da população brasileira (BRASIL, 2020).

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde que está firmemente ligada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Suas práticas envolvem ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, desenvolvidas em âmbito domiciliar, cujo foco é a continuidade do cuidado. A construção do cuidado no lar, ou seja, fora do hospital, proporcionando uma assistência mais humanizada e personalizada de acordo com as singularidades, assim também como maior agilidade na recuperação dos usuários, maior autonomia e otimização dos leitos hospitalares (BRASIL, 2017).

A atuação da equipe multiprofissional no contexto da Atenção Domiciliar proporciona para o usuário e sua família um acompanhamento com foco na integralidade do cuidado. Para os profissionais, tal prática possibilita a visão ampliada de cada caso, contribuindo para o desenvolvimento de ações como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), e ainda o reconhecimento dos diferentes saberes na área da saúde (BRASIL, 2015).

O presente relato de caso retrata a experiência de um grupo que desenvolve práticas de Atenção Domiciliar em um Centro de Saúde Escola, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no município de Botucatu. O espaço do grupo é composto por uma equipe multiprofissional, sendo estes majoritariamente residentes da área da saúde.

Este trabalho tem como objetivo apresentar a experiência da vivência de residentes em saúde na atuação em um grupo multiprofissional de atenção domiciliar na atenção primária à saúde. Trata-se de um relato de caso com metodologia descritiva a partir das anotações sobre as vivências experienciadas. Este trabalho constitui parte de um projeto maior, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, parecer nº 3.721.276.

DESCRIÇÃO

A Atenção Domiciliar surge decorrente da necessidade por um cuidado integralizado e continuado exercido em ambiente domiciliar, visando contribuir para a configuração de redes substitutivas de saúde e transformação de práticas em saúde. Ela proporciona cuidado qualificado, redução dos gastos em saúde, bem-estar e conforto, ao permitir o cuidado do sujeito em seu próprio domicílio integrado ao seu contexto de vida.

O Grupo de Atenção Domiciliar descrito provém das necessidades observadas no cuidado continuado da população domiciliada, dos territórios de dois Centros de Saúde Escola (CSE) do município de Botucatu. Funciona através da articulação entre residentes e profissionais do serviço. Os integrantes reúnem-se semanalmente em um espaço propício para discussões, todas as terças-feiras no período da manhã, das 08h00 às 12h00. Os casos referenciados são provenientes de encaminhamentos realizados pelos profissionais

de ambos os serviços e/ou pelos residentes presentes no próprio grupo em questão.

A equipe é composta por residentes, mestrandos e profissionais do serviço correspondente. As residências que compõem o grupo são: Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade. Dentre as categorias profissionais, encontram-se: nutrição, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, farmácia, serviço social, educação física e medicina. Em algumas oportunidades, há contribuições de graduandos que estagiam no serviço, procedentes dos cursos de nutrição, enfermagem e medicina.

Como atividades, o Grupo de Atenção Domiciliar realiza: (1) a estruturação de Projetos Terapêuticos Singulares; (2) discussão dos casos referenciados, tanto entre os profissionais presentes como também entre profissionais de outros dispositivos e serviços; (3) educação permanente através de discussões, aulas e palestras; (4) visitas domiciliares; (5) reconhecimento de dispositivos pertinentes do município; (6) trabalho conjunto com outros serviços e dispositivos.

Tendo em vista todo este contexto sobre estrutura, objetivos e ações, a cada encontro, prioriza-se pela realização de uma conversa inicial para o alinhamento das atividades que serão aplicadas pelo período da manhã. Os participantes se organizam em grupos para a realização da atividade proposta. Após a finalização desta, todos reúnem-se novamente para a discussão do que foi realizado e seus desdobramentos. Ao final, ocorre o fechamento das atividades feitas pela manhã e define-se a programação para o encontro seguinte, onde os envolvidos se organizam durante a semana visando a preparação para tal. A comunicação entre os membros é democrática e paritária.

Em detrimento do atual contexto pandêmico, encontramos algumas barreiras que acabam por limitar nossa prática. A exemplo é possível citar a questão do limite de profissionais e atividades para determinadas visitas realizadas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). O Grupo de Atenção Domiciliar tratado aqui conquistou uma oportunidade para a realização de atividades numa das ILPIs presentes no município, tanto com os idosos institucionalizados, assim como com os profissionais ali presentes. No entanto, devido à pandemia e a limitação do período de atuação do grupo, os planejamentos destas atividades acabam por restringir-se.

LIÇÕES APRENDIDAS

Os problemas de saúde enfrentados na atenção primária em si, apresentam notada complexidade. Destaca-se a necessidade de lidar, de forma mais evidente, com as expressões sociais das formas de adoecimento. Dessa forma, o trabalho em equipe torna-se uma importante ferramenta para a produção de saúde nesses espaços, visto que, proporciona o cuidado ampliado e conseqüentemente maior resolubilidade e qualidade da

atenção em saúde. Porém, a operacionalização do trabalho em equipe, atualmente tem sido dificultada com a impossibilidade de realização de educação permanente (AGRELI, 2017).

Diante disso, o grupo de atenção domiciliar tem se configurado como um espaço potencial para a promoção do trabalho em equipe, visto que há participação efetiva de todos os membros acerca dos casos acompanhados, tornando sempre as discussões orgânicas e promovendo interação entre os profissionais. Outro ponto positivo, é o cuidado não se concentrar apenas nas mãos de um profissional ou categoria específica, propiciando um cuidado integral ao usuário. Além disso, a constituição de espaços de educação permanente, tratando de temas transversais da saúde, promove a ampliação dos conhecimentos individuais dos profissionais e construção de conhecimentos coletivos pelos mesmos (REVEES, et al 2016; PEDUZZI, et al, 2020).

A abordagem familiar possibilita maior aproximação com os usuários e seus familiares, proporcionando aumento do vínculo e dando maiores condições para diagnóstico da situação de saúde de outros membros da família. A presença das diversas categorias profissionais dão subsídio para a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares, traçando linha de cuidado específica para a demanda dos indivíduos acompanhados. A elaboração do PTS, além de qualificar as ações em saúde e possibilitar a reavaliação destas, proporciona um cuidado longitudinal ao usuário em questão. Além disso, essas ferramentas possibilitam a inclusão da visão do cuidador atual no diagnóstico e na elaboração de intervenções pela equipe (BRAGA, 2016).

A demanda por cuidados no domicílio tem aumentado consideravelmente em diversos países, independente das formas de organização dos serviços de saúde ou diferenças socioeconômicas que apresentam (BRAGA, 2016). Por isso, é essencial que haja a formação de profissionais para atender essa crescente demanda em saúde, evidenciando a necessidade da presença de espaços de formação multiprofissional, para residentes em saúde de diversas áreas. Destaca-se a necessidade da abordagem da atenção domiciliar para futuros profissionais especialistas em saúde da família.

Além dos desdobramentos positivos para a comunidade atendida, o grupo também proporciona estreitamento de laços entre os profissionais do serviço e os residentes que compõem o grupo. A vinculação entre os participantes se torna essencial e fomentadora para o melhor desempenho conjunto desta atividade de caráter multiprofissional e interprofissional.

RECOMENDAÇÃO

A dificuldade de aproximação do serviço de saúde a indivíduos domiciliados, muitas vezes pode ser um fator determinante para a produção do cuidado dessas famílias. Como observado ao longo deste texto, o grupo de atenção domiciliar configura-se como um

espaço promotor do trabalho em equipe, da longitudinalidade do cuidado integral. Porém, apesar das conquistas realizadas pelo grupo, vê-se ainda a tendência hegemônica da fragmentação dos conhecimentos e da forma de cuidado, sendo um desafio constante para o grupo promover competências para a prática colaborativa interprofissional. Outro aspecto que fragiliza o processo de trabalho é o curto período disponibilizado para a equipe realizar as atividades propostas, visto que há disponibilidade de apenas um período durante a semana para as atividades destinadas a atenção domiciliar, junto à crescente demanda que vêm surgindo no território.

Vale lembrar que é de fundamental importância o respeito mútuo, para além da relação interprofissional, o respeito com a comunidade a qual está envolvida. Cuidar de um sujeito não significa possuir direito de julgar, desmoralizar ou subjugar suas crenças, valores, vontades e modos de se mostrar presente em seu viver. Assim como se faz necessário respeitar e não patologizar as formas de organização das famílias, não pressupor ou estabelecer papéis de acordo com padrões de moralidade instituídos pela sociedade.

Para os residentes esta vivência tem sido extremamente gratificante no sentido de contribuir à ampliação da formação por meio do trabalho em grupo interprofissional em um contexto que na maior parte das profissões não foi experienciado nas graduações na saúde. Neste sentido emerge a precisão de formação de profissionais para atender essa crescente demanda em saúde, evidenciando a necessidade da presença de espaços de formação multiprofissional, para residentes em saúde de diversas áreas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, ao serviço de saúde pela colaboração e suporte para a continuidade das atividades exercidas pelo Grupo de Atenção Domiciliar. O apoio dos coordenadores das Residências Multiprofissionais também se mostrou de fundamental importância para a implicação dos residentes na composição desta ferramenta de cuidado. Por fim, porém não de menor mérito, agradecemos imensamente aos usuários, pela disponibilidade e aprendizagem.

REFERÊNCIAS

BRAGA, Patrícia Pinto et al. **Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 3 [Acessado 19 Setembro 2021], pp. 903-912. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.98 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolidacao-n-5-de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2022.

BRASIL. Portal da Inovação da Gestão do SUS. **A Importância do Trabalho em Equipe na AD.2015.** Disponível em: <https://apsredes.org/a-importancia-do-trabalho-em-equipe-na-ad/>. Acesso em: 8 jan. 2022.

FARIAS, L. A. B. G.; PESSOA COLARES, M.; DE ALMEIDA BARRETO, F. K.. PAMPLONA DE GÓES CAVALCANTI, L. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2455, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2455. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2455>. Acesso em: 8 jan 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Folha informativa sobre Covid-19.** Representação da OPAS e da OMS no Brasil. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 7jan. 2021.

REEVES, S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. **Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 6:CD000072

AGRELI, HLF. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde** [tese]. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

PEDUZZI, Marina et al. **Trabalho em Equipe: Uma Revisita Ao Conceito e a Seus Desdobramentos no Trabalho Interprofissional.** *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2020, v. 18, suppl 1 Acesso em 8 jan 2022, e0024678. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>>. Epub 16 Mar 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

CAPÍTULO 5

TRABALHO DE UM GRUPO DE DOCENTES E SUA SAÚDE OCUPACIONAL EM UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO

Data de aceite: 01/03/2022

Sandra Maria de Mello Cardoso

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

Lucimara Sonaglio Rocha

Doutorado em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

Andressa Peripolli Rodrigues

Doutorado em Pós-Graduação em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

Neiva Claudete Brondani Machado

Mestrado em Educação Nas Ciências. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

Marieli Teresinha Krampe Machado

Mestrado em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

Margot Agathe Seiffert

Mestrado em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

Rita Fernanda Monteiro Fernandes

Mestrado em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha/ Campus Santo Ângelo Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil

RESUMO: Esta pesquisa justifica-se pelo fato de que a docência no Brasil é considerada como uma das atividades profissionais mais estressantes, entre todas as categorias profissionais. Tem como objetivo geral verificar o estresse percebido dos docentes de uma instituição federal, através da PSS (Escala de Estresse Percebido) de Cohen. Como objetivo específico verificar as condições que geram o estresse. Foi uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva, realizada com os professores, em uma instituição federal de ensino de ensino, do interior do Rio Grande do Sul. A identificação dos problemas que geram algum tipo de estresse ou problema de saúde e, que de alguma maneira interferem na dinâmica do trabalho, proporcionaram a compreensão dos fatores relacionados a saúde ocupacional. Como foi identificado estresse no ambiente ocupacional, será construído um projeto de extensão com várias propostas a serem oferecidas aos docentes, já que a instituição conta com Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética, Curso Técnico em Enfermagem e professor de educação física, como estratégia para enfrentamento para tentar amenizar o estresse laboral.

PALAVRAS-CHAVE: Docentes, estresse, saúde ocupacional.

ABSTRACT: This research is justified by the fact that teaching in Brazil is considered one of the most stressful professional activities, among all professional categories. Its general objective is to verify the perceived stress of professors at a federal institution, using Cohen's PSS (Perceived Stress Scale). As a specific objective to verify the conditions that generate stress. It was a research with a qualitative and descriptive approach, carried out with teachers, in a federal teaching institution, in the interior of Rio Grande do Sul. way they interfere in the dynamics of work, provided the understanding of factors related to occupational health. As stress was identified in the occupational environment, an extension project will be built with several proposals to be offered to teachers, since the institution has a Higher Course in Technology in Aesthetics and Cosmetics, a Technical Course in Nursing and a physical education teacher, as a strategy for coping to try to alleviate work stress.

KEYWORDS: Teachers, stress, occupational health.

RESUMEN: Esta investigación se justifica por el hecho de que la enseñanza en Brasil es considerada una de las actividades profesionales más estresantes, entre todas las categorías profesionales. Su objetivo general es verificar el estrés percibido de los profesores de una institución federal, utilizando la PSS (Escala de Estrés Percibido) de Cohen. Como objetivo específico verificar las condiciones que generan estrés. Fue una investigación con enfoque cualitativo y descriptivo, realizada con profesores, en una institución federal de enseñanza, en el interior de Rio Grande do Sul. La forma en que interfieren en la dinámica del trabajo, proporcionó la comprensión de los factores relacionados con la salud ocupacional. Como se identificó estrés en el ambiente laboral, se construirá un proyecto de extensión con varias propuestas para ser ofrecidas a los docentes, ya que la institución cuenta con un Curso Superior de Tecnología en Estética y Cosmética, un Curso Técnico en Enfermería y un profesor de educación física, así como una estrategia de afrontamiento para tratar de aliviar el estrés laboral.

PALABRAS CLAVE: Docentes, estrés, salud ocupacional.

1 | INTRODUÇÃO

A preocupação com o estresse ocupacional vem aumentando nas últimas décadas em muitos países. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos detectam alta incidência de estresse em um terço dos trabalhadores¹. Dados semelhantes foram encontrados na Europa. De acordo com a Fundação Europeia para Melhoria das Condições de Vida e Trabalho, um terço dos trabalhadores europeus é afetado pelo estresse. O Brasil é o segundo país colocado em número de trabalhadores que sofrem de estresse, perde apenas para o Japão².

O trabalho, enquanto atividade fundamentalmente humana e de cunho social, é razão de realização, satisfação e prazer, pois é nele que o ser humano constrói sua identidade. Todavia, o trabalho pode transformar-se prejudicial à saúde quando resulta em desgaste do corpo e da mente, devido às singularidades de seu processo e organização, se configurando como um elemento patogênico, provocando danos à saúde dos trabalhadores³.

A qualidade de vida é evidência importante no campo do trabalho, ou da saúde do trabalhador, para entender a implicação de determinadas variáveis que recaem e interferem na saúde mental e física do trabalhador⁴. Por isso, o monitoramento das doenças e acidentes dos trabalhadores possibilita aos gestores e aos profissionais de saúde ocupacional, identificar os riscos e agravos relacionados à saúde do trabalhador. Esse é um problema crescente e que vem atingindo a classe trabalhadora e os estudos sobre o estresse ocupacional ainda não são suficientes para que as consequências provocadas por ele sejam minimizados⁵.

No entanto, os prejuízos não ocorrem somente para os trabalhadores, mas também para as empresas. Dessa forma, a preocupação com a saúde emocional dos funcionários pode privilegiar as empresas, pois ao contribuir para melhorar qualidade de vida dos mesmos, terá um crescimento da produtividade e diminuição de licenças médicas².

Em relação ao trabalho dos docentes, tem se observado grandes desafios nesse campo, pois vai muito além da missão de ensinar, especialmente relacionados às várias transformações ocorridas na área da educação, que cobram maior produtividade, mas que, muitas vezes, não possibilitam as condições de trabalho sem prejuízo à saúde causando assim sofrimento psíquico, além de sentimento de impotência e vazio³. Isso, por sua vez, provoca estresse, depressão, ansiedade e são as principais causas que interrompem as atividades trabalhistas e são responsáveis por 46% do absentismo⁶.

Há algumas profissões que são mais estressantes do que outras em função de suas características particulares e diversas pesquisas mostram que ser professor é uma das profissões mais estressantes da atualidade^{1,2}. Docentes de instituições públicas, quando comparados aos profissionais que atuam em instituições privadas, apresentam mais sintomatologia da Síndrome de Burnout. As pessoas que desenvolvem alto nível de estresse em função do trabalho, apresentam dificuldade em cumprir suas atividades laborais, bem como atribuições não relacionadas a ele e são inclinados a apresentar sintomas depressivos⁶.

O estresse advém quando condições ambientais ultrapassam a capacidade de adaptação dos processos fisiológicos ou psicológicos, colocando as pessoas em situação de risco e predispondo para o aparecimento de doenças, e depende, não somente da frequência e extensão desse estresse, como também como a pessoa percebe a situação e seu estilo de vida⁷.

Existem formas de medir o estresse e de acordo com Cohen & Williamson (1988)⁸, existem três. Uma é direcionada à presença de agentes estressores específicos; outra, aos sintomas físicos e psicológicos do estresse e a terceira, pretende mensurar a percepção de estresse individual de forma global, independente dos agentes estressores. Além disso, existem escalas que medem o nível de estresse através de outras escalas que calculam o impacto de eventos estressores específicos (life-events impact). Mas existem limitações para esses dispositivos, pois os eventos relacionados ao estresse podem variar muito entre

indivíduos.

Assim, Cohen et al(1983) propuseram uma escala que mensura o estresse percebido, ou seja, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. Esta escala, denominada Perceived Stress Scale (PSS: Escala de Estresse Percebido), foi inicialmente apresentada com 14 itens (PSS 14). A PSS é uma escala geral, podendo ser usada em vários grupos etários, desde adolescentes até idosos, pois não contém questões específicas do contexto. E isso é um fator importante na escala e, provavelmente, o motivo pela qual esta escala tenha sido validada em muitas culturas⁹.

Este projeto justifica-se pelo fato de que a docência no Brasil é considerada como uma das atividades profissionais mais estressantes, entre todas as categorias profissionais². Tem como objetivo geral verificar o estresse percebido dos docentes de uma instituição federal de ensino, através da PSS (Escala de Estresse Percebido) de Cohen. Como objetivos específicos, identificar as formas como o estresse se apresenta (dores musculares, dores de cabeça, entre outros) e verificar como o estresse pode ser amenizado.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva¹⁰. Os participantes foram professores, vinculados à instituição investigada. Foram considerados como critérios de inclusão: ser professor da instituição e concordar em participar da pesquisa. Como exclusão: estar afastado no período de coleta de dados. Para a coleta de dados foi utilizada a Escala de Estresse Percebido⁸ (Perceived Stress Scale [PSS]) desenvolvida por Cohen et al. (1983) e segundo é o instrumento mais utilizado para avaliar a percepção do estresse, tendo sido validada em mais de 20 países^{11,7}. É composto por 14 perguntas, avaliadas por meio de uma escala que varia de 0 a 4, onde 0 significa nenhum grau de estresse e 4 grau máximo de estresse. A PSS avalia a percepção do docente sobre os eventos de vida experienciados no último mês e como eles são imprevisíveis e incontrolláveis, proporcionando uma avaliação subjetiva do estresse, devido a brevidade do instrumento⁸. Além da mensuração dos níveis de estresse, foram buscadas informações, através de um questionário, como sexo, estado civil, atuação na pós-graduação, número de filhos, carga horária em sala de aula, nível de produção científica, atividade de extensão e atuação em atividades de administração. Estas variáveis foram usadas para verificar se estas condições trazem impactos na vida dos indivíduos e atuam como provocadores de estresse dos entrevistados. Os dados só foram coletados após a aprovação pelo Comitê de Ética através do parecer 3.081.316. Para manter o anonimato dos entrevistados, foi utilizado Docente 1, Docente 2 e assim sucessivamente até Docente 15. Após analisadas as etapas, realizou-se a descrição dos resultados e a discussão com a literatura pertinente emergindo duas categorias: FATORES ESTRESSANTES E AMENIZANDO O ESTRESSE.

3 | RESULTADOS

Após a avaliação dos resultados constatamos que, dos 15 participantes (N=15) da amostra estudada, estão com idade entre 29 a 50 anos. Em relação ao estado civil dos docentes, 02 são solteiros, 01 separada (feminina), 01 viúvo, 10 são casadas e 01 divorciada, 03 estão em pós graduação. A carga horária dos docentes é 40 h.

4 | ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS):

Cohen et al¹ (1983) propuseram uma escala que mensura o estresse percebido, ou seja, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. A PSS é uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, pois não contém questões específicas do contexto. A PSS possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56.

Com base nos resultados obtidos nesse estudo, pode-se perceber que a amostra estudada apresenta índices de médio a alto de estresse percebido. A soma das pontuações destas 14 questões variou de 14 a 36. Acima da pontuação 20 significa estresse médio a elevado, e dos quinze docentes, onze, ou seja, 73,33% dos docentes apresentam estresse médio a elevado. Em relação aos níveis de estresse dos docentes, levantados por intermédio da PSS-14, a média de estresse foi de 26,20 pontos.

Após analisadas as etapas, realizou-se a descrição dos resultados e a discussão com a literatura pertinente emergindo duas categorias: FATORES ESTRESSANTES E AMENIZANDO O ESTRESSE.

5 | DISCUSSÃO

Categoria 1: FATORES ESTRESSANTES

O trabalho, além de ter forte influência na formação da subjetividade do sujeito, é inerente à vida humana em sociedade. Está arraigado na identidade pessoal, na constituição psíquica do indivíduo e objetiva a escolha e realização profissional. No entanto, o trabalho nem sempre é considerado gratificante, e no caso da docência, há uma crescente e visível dificuldade no seu exercício, provocadas por muitas fontes geradoras de tensão, como grande número de alunos em sala de aula, carga horária elevada de trabalho em conjunto com atividades extra classe, desvalorização profissional, entre outros¹³. Nesse sentido, os docentes da instituição federal de ensino estudada atribuem como fatores estressantes:

- Ausência de histórico de solução de problemas antigos (Docente 1)
- Gestão e coordenação (Docente 2)
- Produção acadêmica, busca por atualização e dificuldade em separar lazer do trabalho (Docente 3)
- Desvalorização do trabalho atinente a função (Docente 4)
- Falta de comprometimento dos colegas (Docente 5)
- Reuniões em demasia e sem objetivos, burocracia em excesso (Docente 6)

A presença de fatores estressores no trabalho vai exigir esforços das pessoas para enfrentar as cargas impostas no ambiente, que pode levar os indivíduos a desenvolver um equilíbrio entre as exigências do meio de domínios de trabalho e de não labor. No entanto, quando os cidadãos vivenciam um nível alto de estresse em função do trabalho, eles acabam confrontando em poder realizar suas atividades laborais e ocupações não relacionados ao mesmo, e por isso apresentam propensão a desenvolver sintomas depressivos⁶ e perturbações mentais, como estratégia de enfrentamento às dificuldades que surgem diariamente no trabalho. Ao serem questionados sobre os problemas de saúde provocados pelo trabalho, surgiram os seguintes apontamentos:

- Tensão muscular por ficar muito tempo sentado (Docente 1);
- cardiopatia (Docente 2 (M de 60 anos) e 14 (F de 57)
- tendinite e burcite (Docentes 5, 8,10)
- depressão (Docentes 7, 9, 11 e13).

O desgaste dos professores é percebido nos sintomas físicos e psicológicos do estresse relatados, observando-se a presença de comprometimentos como tensão muscular, tendinite, burcite e depressão. Em relação às cardiopatias, devido à sobrecarga de trabalho os educadores são pessoas propensas a apresentar sintomas de estresse e doenças cardiovasculares¹³. O interessante nesse estudo é que metade dos docentes tem menos de 39 anos. No entanto, os hábitos de vida inadequados corroboram para a doença cardiovascular. Foi possível perceber que 03 docentes, com idades de 31, 59 e 60 anos não praticam nenhuma atividade física e 03, com idades de 24, 32 e 58 anos o fazem eventualmente, o que representa 40% da amostra estudada. Nenhum deles faz uso de tabaco e um, do sexo masculino, faz uso de álcool eventualmente para aliviar o estresse. Os docentes que relatam apresentar cardiopatias em função do trabalho, somente um realiza atividade física.

A inatividade física representa um dos fatores determinantes para as doenças crônicas não transmissíveis, sendo causador de uma a cada dez mortes no mundo e foi prevalente em 79,7% dos docentes em outro estudo com docentes¹⁴. No entanto, o exercício físico se configura como uma prática para uma vida saudável, e sua ausência, por

sua vez, é considerada como um fator de risco para a saúde.

Também foram considerados, como agentes estressores pela amostra estudada, as atualizações de conhecimentos, como é citado pelo Docente 8 “conhecimento não pode ser medido ou comprado, o processo de aprendizagem e atualização precisa ser constante”, as relações interpessoais, citados pelos Docentes 1 e 10 “Falta de comprometimento dos colegas” e “Desgaste com alunos e colegas”, ambientes inadequados como cita Docente 2 “Elevada carga horária e falta de estrutura da instituição”, falta de valorização do professor como cita Docente 6 “Desvalorização do trabalho atinente a função”.

Não é o aumento do trabalho o que parece gerar maior sofrimento, mas, sim, perda do sentido a ele vinculado e expectativas frustradas. No entanto, estas expectativas o docente percebe como fundamental ao seu trabalho, como agentes de transformação da realidade social. A falta de reconhecimento do trabalho também é apontada como um estressor ocupacional e como um desafio desta profissão, pois muitos docentes sentem-se inseguros quanto ao seu futuro na instituição devido as atuais circunstâncias políticas e, além disso, 20% dos professores da amostra não são efetivos, contribuindo dessa forma para aumentar o nível de estresse.

A reforma trabalhista e a liberação da terceirização indiscriminada levam a diminuição ou aniquilamento de direitos dos trabalhadores, o que incluiu o Brasil na lista suja da Organização Internacional do Trabalho (OIT), como uma das 24 nações que violam gravemente normas e convenções internacionais do trabalho¹⁵. Além disso, o país passa por uma reforma da previdência e administrativa, o que contribui ainda mais para elevar o nível de estresse.

Também a relação entre professores e alunos parece contribuir para elevar os níveis de estresse, pois muitos alunos denotam falta de interesse e comprometimento em relação às aulas, o que parece contribuir para desmotivação em relação à profissão docente. Diante disso, é importante que o professor tenha compreensão sobre os limites e possibilidades da sua atuação, pois os discentes são corresponsáveis neste processo, o que irá contribuir para a atuação de todos no processo de ensino-aprendizagem¹⁶.

As relações interpessoais, evidenciadas nesse estudo, são significativas na vida dos seres humanos e esta prática exige um grande esforço, pois somos diferentes uns dos outros e tal fato gera, algumas vezes, insegurança em conhecer o próximo. Mas é por meio disso que se organiza a sociedade. No momento em que as relações interpessoais, como foram percebidas no estudo, as relações sociais podem ficar prejudicadas. Além disso, a forma como acontecem essas relações definem o modo de convivência entre as pessoas e com o meio ambiente. Sendo assim, a qualidade dessas relações pode fazer diferença entre o bem-estar e o sofrimento, por isso é tão relevante¹⁷.

As emoções alteradas, provocada por algum estímulo, que pode ser um sentimento, um acontecimento, acúmulo de trabalho, um mal entendido ou o um mau comportamento de algum colega, são fatores que podem impactar de maneira negativa nas relações

interpessoais, pois podem causar conflitos entre as pessoas que dividem o mesmo ambiente de trabalho. No entanto, vivenciar emoções é muito pessoal, elas podem ser sentidas de formas diferentes por cada pessoa, o que leva uma pessoa a reagir de maneira diversa diante de um acontecimento, podendo se evidenciar através de reações físicas como alteração da respiração, da voz, choro, vermelhidão, tremores, irritação, dores de cabeça e no corpo, medo, raiva, elevação da pressão arterial, palpitações, cansaço entre outros. A forma como cada um responde emocionalmente as situações diversas, ou seja, como maneja as emoções é com o intuito de preservar o seu bem-estar. Entretanto, muitas vezes essas situações estressoras ou manifestações emocionais podem ser canalizadas e acabar se traduzindo em alterações físicas, como depressão e cardiopatias.

Cada pessoa tem seu modo de lidar com as mais diversas situações. Dessa forma, o que para uns podem ser estressante, para outros, são desafios a serem superados. Nesse sentido, quando o nível de estresse for baixo favorece para a satisfação pessoal e profissional¹⁸, e quando ao contrário, baixam as defesas do organismo, e podem provocar elevação da pressão arterial, as alterações no sistema respiratório e as dores nas articulações podem emergir¹⁹.

Os professores no Brasil ocupam o segundo lugar das categorias ocupacionais com doenças. Esse dado pode estar subestimado, uma vez que depressão, ansiedade e estresse pode ser resultado de burnout e não o principal diagnóstico. Essa síndrome é um modelo teórico tridimensional que engloba as dimensões: esgotamento emocional, falta de realização pessoal no trabalho e despersonalização ou a desumanização que se apresenta como resultado do desenvolvimento de sentimentos e das atitudes negativas e distanciamento em relação às pessoas que entram em contato direto com o profissional⁶.

Categoria 2: AMENIZANDO O ESTRESSE

As dificuldades dos professores são tão sérias que cada vez mais profissionais pensam em abandonar a carreira, por vivenciarem tensões estressoras, geradoras de desgastes físicos e psicológicos. Isso danifica as relações por provocar ansiedade, irritação e diminuição do nível de tolerância e não apenas no ambiente escolar, mas também na família e demais círculos sociais. Nesse estudo 08 professores (53,33%) alegaram que levam trabalho para fazer em casa e os mesmos afirmaram que isso atrapalha a relação familiar.

Muitas vezes a atividade de docência exige uma carga semanal além daquela estipulada, para que consiga dar conta das suas atribuições como leituras de autores para se manter atualizado, correção de atividades avaliativas, preparo de aulas entre outros². Nesse estudo, todos os professores possuem carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, em regime de dedicação exclusiva às atividades de ensino, pesquisa, extensão e/ou gestão institucional.

A forma de encarar as situações ameaçadoras, vão definir as estratégias de

enfrentamento utilizadas para lidar com o estresse. Nesse sentido, atividade física é ótima para aumentar a autoconfiança e na melhoria da saúde, o que faz com que o humor fique mais resistente à queda. No entanto sedentarismo é frequente entre os professores, pois 40% da amostra desse estudo não pratica ou eventualmente realiza uma atividade física. Em outro estudo também foi observado a inatividade física, devido as obrigações e necessidades relacionadas ao trabalho e está vinculado ao estilo contemporâneo de vida das pessoas, tendo como fatores determinantes as obrigações e necessidades relacionadas ao trabalho¹⁴.

No entanto, a adequada administração do tempo faz com que a pessoa possa chegar ao final do dia com muita mais energia, permitindo um melhor desenvolvimento no local de trabalho. Da amostra desse estudo, 100% dos docentes afirmaram que a carreira pode prejudicar a qualidade de vida “devido a atritos no local de trabalho, injustiças e falta de ética (Docente 2), “..precisa estar em constante atualização (Docente 3), “...acumulo de atividades e atribuições pode trazer problemas emocionais e transtorno mentais” (Docente 8). Todas as falas corroboram para aumentar o nível de estresse.

Situações como as citadas acima, de estresse crônico, elevam o cortisol, que afeta o sistema de recompensa cerebral (SRC). Dessa forma aumenta a sensibilidade do SRC, o que pode desencadear a ingestão excessiva de alimentos de alta palatabilidade. Outros hormônios também atuam no nível central, provocando o desejo por alimentos palatáveis, como a dopamina, a leptina e a insulina. Assim, alimentos ricos em gordura e em açúcar promovem prazer e emoções boas, elevando a vontade de consumir esse tipo de alimento, pois seu consumo está associando a lembrança de sensação de recompensa¹⁹. Por isso, é importante a escolha de alimentos frescos, como frutas e vegetais nos períodos estressantes, pois uma alimentação saudável também contribui para melhorar a qualidade de vida.

Além disso, o apoio social oferecido pelos familiares e amigos é uma estratégia emocional a fim de diminuir o impacto dos estressores. Pode-se considerar como fonte de relaxamento, permitindo deixarem-se os problemas em outro plano. No entanto, 60% dos docentes levam seus problemas para casa com o intuito de amortecer o estresse como foi observado nas seguintes falas: “Algumas atividades fazem com que coloquemos a família em segundo plano” (Docente 3); “...necessidade de desabafar e não aproveita os momentos com a família” (Docente 7); “...pouco tempo para família” (Docente 4); “... levar problemas do trabalho pra casa” (Docentes 5, 7, 8, 10, 12, 14) e ainda “...algumas atividades fazem com que coloquemos a família em segundo plano” (Docentes 9 e 15). O suporte familiar contribui para ajudar a enfrentar o estresse, funcionando como uma estratégia de enfrentamento individual do estresse ocupacional como possibilidade de preservação da saúde e bem-estar dos docentes².

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve o propósito de verificar o nível de estresse dos professores bem como os agentes estressores. Por isso, reconhecer o que causa é importante para tentar modificar ou reverter a realidade apresentada. Como foi identificado estresse no ambiente ocupacional, será construído um projeto de extensão com várias propostas a serem oferecidas aos docentes, como massagem, atividades de terapias complementares, atividades físicas, já que a instituição conta com Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética, Curso Técnico em Enfermagem e professor de educação física, como estratégia para enfrentamento para tentar amenizar o estresse laboral. Esse projeto e suas propostas atuarão como forma de encarar as situações ameaçadoras, tentando gerar um aumento da resistência ao stress e melhora a saúde e contribuir para aumentar a autoconfiança do professor e na melhoria da sua saúde, funcionando como um amortizador do impacto do estresse na sua vida.

REFERÊNCIAS

1. SCHMIDT, J.; KLUSMANN, U.; LÜDTKE, O.; MÖLLER, J.; KUNTER, M. What makes good and bad days for beginning teachers? A diary study on daily uplifts and hassles. *Contemporary Educational Psychology*, n. 48, p. 85–97, 2017.
2. VANZIN, NATÁLIA GIÓIA CÍPOLA. Estresse ocupacional e trabalho docente: estudo de caso em uma instituição federal de ensino superior / Natália Gióia Cípola Vanzin – 2019.
3. SILVA, D. M. R.; ROSA, E. D.; MARTINS, A. A.; CARBALLO, F. P.; SOUSA, F. F. Educação em Revista, Marília, v.19, n.2, p. 129-142, Jul.-Dez., 2018.
4. TOLOMEU, R.; TAVARES, F.S.; MONTEIRO, I. P.; CAMARGOS, G. L.; CORREA, A. A. M. Qualidade de vida e estresse em professores de uma instituição de ensino superior do interior de Minas Gerais. *Revista Científica Fagoc Saúde - Volume II - 2017*.
5. SANTOS, L. A. M.; VIDAL, V. M. O estresse do professor: estudo acerca da corporeidade em profissionais da educação básica. *Rev. InterEspaço Grajaú/MA* v. 3, n. 11 p. 280-303 dez. 2017.
6. BAPTISTA, M. N., SOARES, T. F. P., RAAD, A. J., & SANTOS, L. M. (2019). Burnout, estresse, depressão e suporte laboral em professores universitários. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 19(1), 564-570. doi: 10.17652/rpot/2019.1.15417.
7. MACHADO, W. L. et al. Dimensionalidade da Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale, PSS-10) em uma Amostra de Professores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 27, n. 1, p. 38-43, 2014.
8. COHEN S, WILLIAMSOM GM. Perceived Stress in a Probability Sample of United States. In: Spacapan S, Oskamp S, editores. *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage; 1988.
9. LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev. Saúde Pública [online]*. 2007, vol.41, n.4, pp.606-615. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>.

10. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. 12. ed. São Paulo, 2010.
11. REMOR, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). Spanish Journal of Psychology, 9(1), 86-93.
12. MELO, B.R.; ARCANJO, N. A. B.; FEIJÃO, G. M. M. NÍVEIS DE ESTRESSE E ANSIEDADE EM PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO. Semana do direito, número 1, volume 2, 2018.
13. GOMES, C. M. Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 mar-abr;69(2):351-9.
14. DIAS J, DUSMANN JUNIOR M, COSTA MAR, FRANCISQUETI V, HIGARASHI IH. Qualidade de vida de docentes universitários. Escola Anna Nery 21(4) 2017
15. PINO, I. R. et al. A educação no atual cenário político econômico mundial: a disputa eleitoral e os retrocessos na educação. Educ. Soc., Campinas, v. 39, nº. 144, p.515-521, jul.-set., 2018.
16. SILVA, Eduardo Pinto e. Adoecimento e sofrimento de professores universitários: dimensões afetivas e ético-políticas. Psicol. teor. Prat., São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61- 71, abr. 2015. Disponível em:
17. PEREIRA TJ, TRENTINO JP, ALVES FC, PUGGINA AC. Qualidade dos relacionamentos interpessoais. Esc Anna Nery 2019;23(1):e20180159)
18. SÁ SCA, SILVA RM, KIMURA CA, PINHEIRO GQ, GUIDO LA, MORAES-FILHO IM. Rev. Cient. Sena Aires. Estresse em docentes universitários da área de saúde de uma faculdade privada do entorno do distrito federal 2018 Out-Dez; 7(3): 200-718.
19. PENAFORTE1, F.R.O; MATTA, N. C.; JAPUR C. C. Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. Demetra; 2016; 11(1); 225-237.

CAPÍTULO 6

EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DE SERVIÇOS ESSENCIAIS EM SAÚDE

Data de aceite: 01/03/2022

Lilian Barbosa Vieira

Especialista em Medicina de Urgência e Emergência pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

Adriano Leite Leônidas

Especialista em Ciências Jurídicas pela Universidade de São Paulo

RESUMO: Os serviços públicos essenciais constituem atividades destinadas às necessidades urgentes, que atendam às garantias de saúde e segurança, sendo que este serviço deve ser contínuo, por representar perda de dignidade dos cidadãos quando ausente, conforme preconizado na Constituição Federal, dessa forma não podendo ser interrompido. Um dos desafios propostos, à saúde pública, enquanto serviço essencial é o desenvolvimento de mecanismos de otimização de seus processos gerenciais, tendo em vista a magnitude de sua atuação e responsabilidade. Dados epidemiológicos estatísticos já tem sido utilizados, como subsídio para planejamento de promoção de saúde e vigilância epidemiológica, porém não se tem incorporado diretamente e objetivamente a epidemiologia às práticas e processos administrativos de maneira permanente. O Sistema Único de Saúde, enquanto universal, representa gastos, que podem ser otimizados considerando-se o dados quantitativos e qualitativos que indiquem perfil de determinada população, sendo os dados epidemiológicos

indicadores de saúde que podem nortear diretrizes, permitindo identificar onde devem ser aplicados recursos, e feitas intervenções, com o objetivo de reduzir gastos, identificando pontos sensíveis e de maior impacto na gestão pública. Perfis de atendimentos hospitalares permitem o planejamento de serviços, de acordo com os índices quantitativos, por caracterizarem a necessidade basal do serviço, permitindo sua racionalização. A incorporação de dados epidemiológicos de maneira permanente à administração, pode auxiliar diretamente na confecção de diretrizes de serviços de saúde de maneira a otimizar recursos.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas, gestão pública, serviços essenciais, saúde pública.

ABSTRACT: Essential public services are activities aimed at urgent needs, which meet the guarantees of health and safety, and this service must be continuous, as it represents a loss of dignity for citizens when absent, as recommended in the Federal Constitution, thus cannot be interrupted. One of the proposed challenges to public health, as an essential service, is the development of mechanisms to optimize its management processes, given the magnitude of its performance and responsibility. Statistical epidemiological data have already been used as a subsidy for planning health promotion and epidemiological surveillance, but epidemiology has not been directly and objectively incorporated into administrative practices and processes on a permanent basis. The Unified Health System, as universal, represents expenses, which can be optimized considering the quantitative and

qualitative data that indicate the profile of a certain population, with epidemiological data being health indicators that can guide guidelines, allowing to identify where resources should be applied, and interventions were made, with the objective of reducing expenses, identifying sensitive points and of greater impact on public management. Hospital care profiles allow the planning of services, according to quantitative indices, as they characterize the basal need for the service, allowing its rationalization. The incorporation of epidemiological data on a permanent basis to the administration can directly assist in the preparation of guidelines for health services in order to optimize resources.

KEYWORDS: Public policies, public management, essential services, public health.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil data sua extensão territorial e particularidades regionais, representa desafios complexos à gestores na implementação e execução de programas governamentais e políticas idealizadas e instituídas regulamentarmente pela legislação brasileira. Em se tratando da saúde pública, o administrador tem diante de si um quadro amplo, que abrange problemas diversificados congregando diversos níveis de determinantes de processo saúde-doença, caráter abrangente das intervenções e ampla legislação à ser seguida. Tal campo de atuação constitui um desafio para desenvolvimento e condução do sistema de saúde. O sistema de saúde brasileiro além de possuir legislação específica, a saúde pública está prevista na Constituição Federal como um dever do Estado (artigo 196º) e como um direito social (artigo 6º) da qual o gestor não deve se desviar, enquadra-se ainda em ordenamentos gerais como os dispostos nos art. 37 onde a administração pública deverá obedecer, ao princípio da eficiência, e em seu art. 70 o da economicidade (Constituição Federal, 1988). Sendo assim, o planejamento, fase importante de uma administração eficiente deve basear-se em informações correntes e precisas, com a utilização de instrumentos que permitam identificar o foco e resultado de ações voltados para este serviço essencial. Para Wiemer e Ribeiro (2004), o governo sempre soube o quanto precisaria gastar, mas nunca soube ao certo como e onde deveria efetuar-lo. Tal afirmação baseia-se na ideia de que o planejamento das ações de saúde ocorrem de forma não racionalizada, com definição mais precisa das prioridades pautadas nos perfis populacionais de assistência em saúde. O perfil populacional no quesito saúde e doença são objetos de estudo da epidemiologia. A Epidemiologia é conceituada como “o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em específicas populações e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde” (Last, 1995). Neste sentido, a epidemiologia encaixa-se como ferramenta informacional e dinâmica, instruindo o gestor acerca das necessidades, quantitativos populacionais, composição de tempo e espaço na incidência de doenças, tais indicadores podem conduzir a alocação de recursos, e na avaliação de mudanças.

Assinalam Souza e Contandriopoulos (1994):

A ideia de que utilizar conhecimentos científicos é uma prática recomendável para os tomadores de decisão” está baseada no pressuposto de que políticas formuladas com base em conhecimentos racionais serão mais eficazes e eficientes. (SOUZA E CONTAN-DRIOPOULOS, 1994).

O conhecimento científico é o saber validado para conduzir e orientar práticas específicas. Na área da saúde, a qual necessita da intersecção de vários saberes para se desenvolver, tem em sua finalidade, limitantes e especificidades de caráter vulnerável ao se tratar dos processos de saúde doença e também de mortalidade de sua população. A administração pública enquanto prese pelos princípios constitucionais, dos quais já citados, eficiência, e economicidade e ainda na contribuição de uma gestão mais transparente, deve identificar fatores relevantes que causem óbices à esses preceitos. Silva (2008), aponta fatores externos que podem influenciar nos resultados e conseqüentemente na condução de práticas dentro destes princípios, afirma que a sociedade enquanto dinâmica, tem papel relevante e principal, na tomada de decisão do gestor, pois muda constante e velozmente e interfere diretamente nas políticas públicas tendo o estado o dever de acompanhar essas mudanças. Além da sociedade, o contexto político, a economia e até fenômenos naturais podem intervir gerando demandas ao poder executivo. Cabe então ao gestor otimizar o ajuste institucional necessário para construir sua rede de serviços. No âmbito da administração pública, tem-se uma rede já em pleno funcionamento, com potencial de ampliação, ou capacidades, de investimento no sistema de serviços existente, que poderiam coadunar com dados relevantes e atuais disponibilizados nos amplos estudos desenvolvidos de maneira regional e específica.

A informação é um componente intrínseco de quase tudo que uma administração faz. Sem uma compreensão dos processos organizacionais pelos quais a informação se transforma em percepção, conhecimento e ação, os órgãos públicos não são capazes de gerenciar demandas tão imponentes quanto o desenvolvimento de políticas para a população.

O ambiente gerencial, seja público ou privado, trabalha baseado em informações e sistemas de informação em sua prática diária. Porém, nem sempre os processos de obtenção e processamento dessa informação estão alinhados com as necessidades e objetivos organizacionais, devendo-se este achado, a abordagem adotada na construção do conhecimento, com relação à informação, pois esta advém de várias fontes, que necessitam ser avaliadas em sua aplicação.

Para Drucker (1962, p. 131) “o planejamento não diz respeito a decisões futuras, mas às implicações futuras de decisões presentes”. Sendo assim, para se antecipar necessidades e demandas, oferecendo respostas coerentes ao enfrentamento de problemas organizacionais, as variáveis e dados que subsidiam o planejamento, constituem a importância de dados epidemiológicos no uso das informações, onde a busca por informações, análise dessas informações e outras ações podem auxiliar da detecções de

soluções administrativas

As demandas do Sistema Único de Saúde, tem por sua magnitude desafios técnicos para gestores. A capilarização dos serviços com foco na atenção básica, e a gestão de serviços de alta complexidade, extremos do atendimento em saúde, necessitam de marcos norteadores para aperfeiçoamento das práticas integrativas em saúde. Isso implica em conhecimento aprofundado dos segmentos populacionais, em necessidades de serviços e capacidade técnica, na administração de recursos alocados sumariamente, tendo em vista determinantes sociais nos processos de saúde e doença. Envolve ainda a agregação de tecnologias para a habilitação de serviços e a ampliação de oferta à população, com permanente preocupação com a qualidade.

Indicadores precisos, bem como uma análise quantitativa de atendimento hospitalar e outros serviços de saúde, alertam sobre a qualidade das ações e indicam reprogramação dos serviços. A elaboração desde perfil depende de dados confiáveis que em tese são elaborados pela epidemiologia. Sendo assim, parece ser um instrumento útil na construção de políticas públicas e avaliação destas ações.

Em se examinar que as populações são vulneráveis, consideram-se que disparidades na saúde podem ser exacerbadas ou reduzidas por intervenções de abordagem populacional. Em uma perspectiva etiológica, do conceito de epidemiologia no ciclo de vida, a concentração de fatores de risco e o conceito de causas fundamentais de doenças podem explicar a capacidade diferencial, ao longo da distribuição de exposição a riscos, de transformar recursos fornecidos por intervenções de abordagem populacional em saúde. Do ponto de vista da intervenção, as intervenções de abordagem populacional podem ser comprometidas por inconsistências entre os pressupostos sociais e culturais dos profissionais de saúde pública e grupos-alvo, problema este dirimido pelo levantamentos populacionais em estudos epidemiológicos, sem perspectiva financeira. As intervenções em saúde e seu caráter abrangente, onde atinge a população como um todo, deve mitigar as disparidades de saúde associadas às intervenções de abordagem populacional.

Santos (2007) indica que as debilidades que ocorrem em gestões locais e regionais no planejamento de saúde, são oriundas da reduza capacidade de planejamento e programação dos serviços a partir dos estudos em saúde desenvolvidos pela epidemiologia, sendo que este levantamento se consideraria prioritário para a gestão de recursos principalmente em situações com grande vulnerabilidade. Tal deficiência afastaria o cuidado racional de forma integrada.

Todo processo decisório administrativo seja na esfera pública ou privada, implica reconhecer as possíveis variáveis qualitativas e quantitativamente, como pressupõe a legislação em termos de transparência, além de objetivos bem determinados, a qualquer processo da gestão pública. O crescimento das demandas por serviços públicos sem um aumento equivalente de receita impõe ao Estado medidas de ampliação de mecanismos de redução de gastos, das fontes de recursos visando o não comprometimento do

orçamento previamente estabelecido, visando as metas fiscais. Algumas ferramentas que a administração pública dispõe consiste da adoção de indicadores, através de conteúdo formulado em estudos, podendo dessa forma apurar custos. Por meio dessas estratégias torna-se possível identificar áreas críticas, vulneráveis de maior impacto, desperdícios e avaliar as relações entre custo e benefício das diversas alternativas de políticas, dentro da legislação aplicável, permitindo que os recursos públicos possam ser melhor alocados, com menor custo e maior eficiência e eficácia.

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura de publicações em periódicos. O conteúdo será organizado de forma sistemática, sendo utilizado o método indutivo para se inferir o resultado esperado. Busca-se acumular e comparar informações através de leituras onde: a leitura exploratória serve para que, depois da certificação da existência das informações procuradas, saibam-se onde elas estão e se correspondem ao que prometem. Procede-se então à leitura seletiva que é feita para que, dentre o material coletado, seja escolhido o melhor, de acordo com o propósito do trabalho e os critérios do pesquisador. Posteriormente, será feita a leitura reflexiva que é o estudo crítico da documentação selecionada e sua finalidade é a elaboração de uma síntese que integre todos os dados e informações do autor do texto analisado, e só então será feita a leitura interpretativa, sendo esta a última etapa da leitura informativa e dever ser feita de acordo com os fins da pesquisa. Através da leitura e análise dos textos. Para a interpretação dos dados levantados utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática. Busca-se avaliar contribuições da epidemiologia para a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde.

2 | POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Política é o processo pelo qual os problemas são conceituados, soluções e alternativas são formuladas, decisões são tomadas, instrumentos de política são selecionados e programas são entregues. Dizem respeito ao manejo de ações de influência no meio social, que visam transformar, equacionar problemas de responsabilidade pública, As políticas públicas respondem aos problemas sociais para resolvê-los, reduzi-los ou evitá-los. Os problemas públicos podem ser resolvidos projetando ações. Essas ações são programas formulados pelo Estado para cumprir e dar garantia dos direitos e deveres previstos na Constituição Federal e em legislações infraconstitucionais. Mead (1995) define políticas públicas, como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, atividades estas executadas ou delegadas que influenciam a vida dos cidadãos. A política de saúde no Brasil, é executada através do SUS – Sistema Único de Saúde, sistema que abrange promoção, prevenção e assistência nos processos de saúde-doença, extensivos à brasileiros e não brasileiros. Por sua amplitude, o fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é um processo que

enfrenta obstáculos nas esferas territoriais, populacionais, de gestão, e até movimentos migratórios. A todo instante mudam-se as dinâmicas do processo saúde-doença, e isso constitui-se desafio aos gestores do sistema. Como garantia constitucional, a saúde ocupa local de destaque e discussão dentro de alvos governamentais. Visando a gestão e atuação em prol do bem coletivo, preconizado para o gestor público, este deve identificar fatores e influências sobre a área que lhe compete. Em se relacionar determinantes de condições de saúde que afetam a saúde pública exigindo ações, devem ser instituídos instrumentos de planejamento. Segundo Capella (2018):

O processo de formulação de políticas públicas compreende dois elementos principais: definição da agenda e definição de alternativas. O primeiro envolve o direcionamento da atenção em torno de questões ou problemas específicos. O segundo, a exploração e o desenho de um plano possível para a ação. Assim, investigar a formulação de políticas consiste em buscar compreender por que alguns assuntos se tornam importantes e acabam concentrando o interesse de vários atores, enquanto outros não. E também por que algumas alternativas são seriamente consideradas, enquanto outras são descartadas (CAPELLA, 2018).

Visando a construção de políticas públicas dentro de um planejamento, que permita avaliação permanente, e ainda considerando a finitude dos recursos, esta construção se desenvolve em um ciclo estruturado de forma integrada e lógica, Para Howlett e Ramesh (2013), existem cinco fases do ciclo de políticas públicas: formação da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação, e ainda segundo Baptista (2011) existem diversas classificações das fases da política pública sendo a mais completa, a que institui:

- 1) Identificação do Problema
- 2) Formação da Agenda: Análise das principais questões envolvidas nesse problema por parte do poder público, ativistas, organizações, entre outros atores.
- 3) Formulação de Alternativas: Levando em consideração a capacidade técnica e o orçamento público, diversas soluções são consideradas para a elaboração de uma política.
- 4) Tomada de Decisão
- 5) Implementação: Execução da política pública que foi desenhada.
- 6) Avaliação: O processo de avaliação envolve um olhar crítico (quantitativo e qualitativo) para a implementação da política pública (BAPTISTA, 2011).

Como visto, no setor de saúde ou não, é necessário um modelo compreensivo do processo e determinantes, em suas dimensões. Na identificação das abordagens mais promissoras e dos níveis de intervenção possíveis, a epidemiologia enquanto estudo de fenômenos traz fundamentos que podem ser incorporados às políticas, programas e serviços públicos de saúde, orientando o gestor:

No processo de gestão dos serviços de saúde, a tomada de decisão exige grande responsabilidade e tem alta relevância social. Nesse contexto, as informações funcionam como instrumentos ou ferramentas para minimizar o grau de incerteza sobre a situação de saúde, dando suporte ao processo de tomada de decisão (CAMPOS, 2010).

Nancy Krieger (2001) define que os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde, como: sociais, econômicos, culturais, raciais, psicológicos e de comportamento, acabam por influenciar os serviços de saúde, e que estes podem ser modificados através de gestão baseada em informação. A informação é o subsídio de que o gestor dispõe para o processo de tomada de decisão. Os sistemas de informação em saúde, aqui representados por dados epidemiológicos, reúnem dados e informações que serão fundamentais ao planejamento, aperfeiçoamento e tomada de decisão em toda a extensão do sistema de saúde (Marin, 2010). Para Porto (2008), o tomador de decisão na Administração Pública, é quem representa e atende à sociedade, e tendo em vista que as demandas são infinitas, mas os recursos são escassos, deve-se cercar de fatos e análise que leve ao cumprimento de objetivos:

As tomadas de decisão decorrem da capacidade dos administradores em escolher a alternativa que melhor satisfaz às necessidades, em função das circunstâncias temporais para assegurar os resultados desejados (PORTO, 2008).

É desafiador para o estudo das relações entre saúde e doença e fatores gerais que compõem esse contexto, haja vista que a saúde pública é determinada também por fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos, comportamentais, e políticos. As políticas públicas em saúde pública devem encontrar meios relevantes de acordo com suas necessidades e prioridades num conjuntura macro dinâmica necessária que não acontece fora de ambiência e interesses políticos.

Dos entraves enfrentados pelo Sistema Único de Saúde, alguns que impactam diretamente no resultado final, são questões relativas à financiamento e gestão local.

O trabalho em saúde pública ocorre sempre em um contexto político e, divorciado desse contexto, o conhecimento epidemiológico se esteriliza, perdendo a oportunidade de se constituir em prática transformadora das condições de saúde populacionais (BARATA, 2011).

Considerando a necessidade e função dos serviços de saúde em avaliar cenários, e dessa forma identificar movimentos, fatos ou situações que possam resultar em ameaças reais ou potenciais ao desenvolvimento de políticas e planos da área assistencial em saúde, ou ainda conferir riscos aos interesses da sociedade, no que diz respeito as medidas contingenciais de agravos de saúde, e erradicação de doenças, o sistema único de saúde, deve possibilitar, antecipadamente, condições, por meio de assessoria, para que esta venha mobilizar meios e providências ante às adversidades, e também às oportunidades de ação que tenham consequências positivas à sociedade. Par tanto, e considerando o volume de

informações em detrimento do tempo à serem processado, para melhor compreensão do sistema e condições em tempo e modificações, entende-se a importância de um sistema informações seguras e permanentes, que não só viabilize a troca de informações, mas que estas possam abranger qualquer campo do conhecimento de interesse, e isto implica em que sejam estabelecidas relações sistêmicas de cooperação, visando capilaridade e otimização dos esforços na consecução dos seus objetivos.

É através do conhecimento do complexo sistema em que está inserido a saúde pública que se pode compreender, as correlações existentes entre macro indicadores de diversas esferas, com os indicadores de saúde. Não se pode dissociar, que o volume de riqueza gerado na sociedade é um elemento que viabiliza melhoria da qualidade de vida e também saúde de sua população, tendo influência direta sobre os indicadores de saúde. Sendo assim, a análise desse encadeamento dentro do sistema permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir consequências danosas, evitáveis, injustas e desnecessária de saúde, isto é, aplicabilidade em situações mais vulneráveis onde tais ingerências podem provocar maior impacto.

A complexidade das relações sociais, políticas, econômicas e de caráter tão volátil quanto a saúde pública define o ambiente onde atua a gestão dos serviços de saúde e necessidades que devem ser supridas dentro da melhor possibilidade pelos governos. Este ambiente, encontra-se em constante modificação, e sendo assim, a gestão pública enquanto em parte responsável pelo sistema de saúde pública, necessita de ferramentas que visem a busca de conjunto mais completo de diagnóstico e estimativas capazes de projetar cenários de risco e minimizar situações de danos. A análise do cenário para compreensão das necessidades é primordialmente essencial para um diagnóstico organizacional preciso. Trata-se de uma perspectiva em campos variados, em que se apresente propósito, ações executadas e resultados esperados norteados por processos de uso da informação, disponibilizados para os serviços de saúde. Esta avaliação deve considerar o contexto e ambiente, como o primeiro passo para definição de estratégias mais assertivas.

2.1 Epidemiologia e seu papel na gestão pública

Mauricio Barreto (2002) afirma que a epidemiologia tem a responsabilidade de gerar conhecimentos, informações e tecnologias que possam ser utilizadas na formulação das políticas de promoção, prevenção e controle dos problemas de saúde. Pelegrini (2013) apud Virchow, afirma que as informações em saúde devem ser oriundas do estudo epidemiológico, entendia que a “ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica. Compreender os mecanismos nos quais os fatores etiológicos agem e interagem, ocasionando doenças e agravos à saúde, evidencia possibilidades concretas de prevenção ou interrupção de processos mórbidos (NADANOVSKY; LUIZ; COSTA, 2009).

É necessário que se lance mão de sistemas de informações atualizados, qualificados, com dados relevantes, congruentes e facilmente acessíveis.

[...] a contribuição da epidemiologia pode ser dividida em dois grandes conjuntos: o conhecimento sobre os processos de produção da saúde e da doença, e a avaliação da eficácia e eficiência dos instrumentos de intervenção disponíveis. (BARATA, 2013).

A articulação dos conhecimentos e informações produzidos pela epidemiologia no contexto de políticas públicas visa aprimorar a compreensão do modelo dos processos de determinação de saúde e doença em sua dimensão coletiva, empregando para isso metodologia própria reconhecidamente validada para o reconhecimento das abordagens mais adequadas e propícias além de estimar possíveis intervenções.

A saúde no Brasil pode ser caracterizada e dividida em saúde pública e suplementar. A saúde pública está estruturada e funciona dentro do Sistema Único de Saúde, já a saúde suplementar é a saúde privada, oriunda dos serviços particulares. Atualmente, aproximadamente 75% dos brasileiros dependem exclusivamente do SUS. Em se tratando de demandas emergenciais, esse número tende a aumentar e muito. Perfazendo algo aproximado como 190 milhões de brasileiros potencialmente usuários. O sistema é complexo, de demandas infinitas, que repercutem também em outras áreas. Tal complexidade indica que suas necessidades de informações devem ser realizadas em acompanhamento dinâmico e contínuo. A construção do delineamento de atendimento hospitalar possibilita ao administrador investigar indicadores que advertem sobre a qualidade dos serviços prestados, possibilitando a reordenação e designação de orçamentos, viabilidade de projetos de acordo com as complexidades e níveis de atuação, seja nos atendimentos de atenção básica, de vigilância em saúde, hospitais de grande porte e centros de referência dentre outros. O tipo de informações prestados por análise epidemiológica podem ser oriundos dos próprios serviços, analisados a luz de estatísticas fornecidas pelas unidades. Podem-se destacar das principais informações pertinentes de que o gestor público temos:

- a. Informações de capacitação profissional: tanto para obtenção, análise e otimização do sistema de saúde, os profissionais envolvidos nos diversos setores devem apresentar-se com qualificação compatível à área que lhe compete.
- b. Informações de cenários específicos e contexto atual: Os diversos fatores relacionados as demandas assistenciais em saúde, tornam-se complexos quando observados em um contexto macro. Para o SUS, que pretende ser um sistema integrador, é fundamental implementar arranjos e estruturas organizativas na direção de seu fortalecimento (GONDIN, 2008; TEIXEIRA, 2001). É necessário então, delinear e fragmentar de acordo com os objetivos, o conteúdo destinado a cada ação dentro do sistema.
- c. Informações de recursos: dentro da gestão pública percebe-se que as demandas são infinitas, porém os recursos são escassos. De posse de informações

relacionadas aos recursos disponíveis, no cruzamento com dados apropriados de informações em saúde, o gestor viabiliza as prioridades.

- d. Previsão de demandas: talvez esse seja a principal contribuição das informações em saúde obtidas através de dados epidemiológicos, pois permite ao gestor prospectar um cenário futuro, preparando-se dessa forma adequadamente e antecipadamente.

Mormente os benefícios auferidos por informações pontuais e relevantes, as relações potenciais entre qualquer disciplina científica e a ação política são, por definição, conflituosas, apresentando inúmeros desafios, considerando interesses e necessidades apresentadas, no entanto tal aproximação é possível incorporando ao ciclo da formulação das políticas públicas, o ciclo da pesquisa científica (BARATA, 2013). Existem algumas diferenças que podem dificultar a integração e a colaboração. As diferenças podem variar dentre delineamento de prioridades, na observância e conceituação de problemas, avaliação de evidências, tipos de trabalho a serem desenvolvidos, ritmo de trabalho, transparência de objetivos, estratégias de avaliação e continuação e responsabilidade pública. A conscientização dessas variáveis pode permitir maior compatibilidade entre pesquisadores, formuladores de políticas e profissionais.

Pode-se citar uma exemplo prático da atuação da epidemiologia e políticas públicas nos processos de criação das diretrizes de saúde pública, o programa Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão à Saúde - PMA, projeto da Fundação Oswaldo Cruz, iniciado em meados de 2015 que tem como missão apoiar a inovação e o desenvolvimento tecnológico em saúde pública, para isso tem como objetivo e estratégia a introdução da metodologia do saber científico que sejam aplicados em soluções no campo das políticas públicas e modelos de atenção e gestão à saúde, buscando aperfeiçoar o desempenho do SUS.

Uma síntese da relevância social, prática e científica dos problemas de saúde pública deve ser o ponto de partida para um diálogo que busca estabelecer uma abordagem conjunta. Toda e qualquer administração deve ser pautada em conhecimento adequado e bem fundamentado.

Há proximidade entre o ciclo de trabalho na formulação de políticas públicas e pesquisadores, o que pode favorecer a comunicação entre eles. Os ciclos de trabalho de cada nicho têm as mesmas etapas sucessivas: reconhecimento de problemas, formulação, implementação e avaliação de abordagens, mas são elaborados de maneira diferente. Especificamente o ciclo da pesquisa científica pode ser simplificado em quatro etapas: a construção de um problema cientificamente relevante, a formulação do projeto de pesquisa, a execução da pesquisa e a avaliação e interpretação dos resultados.

O ciclo de trabalho da formulação de políticas tem sua construção por etapas: a identificação de problemas socialmente relevantes, a formulação da política propriamente

dita, a implementação e a avaliação (BARATA, 2013). A legitimidade é um aspecto importante formulação de políticas, associando-se as etapas supracitadas da construção do saber científico ao processo de formulação de política públicas temos essa validação.

Santos(2017), falando das dificuldades do SUS (SANTOS, 2007) aponta para problemas parecidos. Observe:

- a. “A atenção básica expande-se às maiorias pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolutividade, não consegue constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios constitucionais”;
- b. “Os serviços assistenciais de média e alta complexidade cada vez mais congestionados reprimem as ofertas e demandas (repressão em regra iatrogênica e frequentemente letal)”;
- c. “Os gestores municipais complementam valores defasados da tabela do SUS na tentativa de aliviar a repressão da demanda, nos serviços assistenciais de média e alta complexidade”;
- d. “Com o enorme crescimento das empresas de planos privados, e consequente agressividade de captação de clientela, as camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos, justificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde”;
- e. “As diretrizes da integralidade e equidade pouco ou nada avançam”;
- f. “A judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta da população aprofundam a iniquidade e a fragmentação do sistema”;
- g. “O modelo público de atenção à saúde vai se estabilizando em pobre e focalizado aos 80% pobres da população, e em complementar e menos pobre aos 20% compradores de planos privados”. Tais dificuldades elencadas, orientam o tomador de decisão e gestor em subsídios fidedignos para promover ações em saúde.

A contribuição da epidemiologia em associação a formulação de políticas públicas e administração pública é auferida tanto na consecução dos nexos e mecanismos de causa e efeito inerentes as possibilidades de intervenção quanto na análise dos impactos alcançados. Metodologias oriundas das práticas epidemiológicas como a vigilância e o monitoramento podem ser utilizados na implementação dessas ações. A contribuição da epidemiologia para o controle de doenças e agravos à saúde, bem como para o planejamento e a organização de serviços de saúde, tem sua utilidade quando empregada em conjunto com ações de promoção de saúde (BARATA,2013).

Se o levantamento de dados é fase importante de todo e qualquer planejamento, em consequente, a formalização de um sistema de informação, considera o armazenamento, disposição e possibilidade de consulta de dados, e ainda o cruzamento destes. Existe uma grande quantidade de dados e informações disponíveis, e a análise do cenário para compreensão das necessidades é primordialmente essencial para um diagnóstico organizacional preciso. Trata-se de uma perspectiva em campos variados, em que a administração apresente propósito, ações executadas e resultados esperados norteados por processos de uso da informação. A Epidemiologia ao subsidiar os sistemas de informação, constitui estratégia para avaliação e planejamento os rumos do sistema de saúde. Gerenciar é intimamente relacionado a produzir estratégias. O Brasil produz cientificamente uma grande quantidade de dados e informações em saúde, estes permitem a compreensão de vulnerabilidades e a identificação de problemas socialmente relevantes. No quesito de avaliações das repercussões de ações, a epidemiologia, além dos seus precursores regulares de análise de impacto, pode auxiliar para o alinhamento e no emprego de novas metodologias, como a elaboração de cenários que auxiliam o processo de tomada de decisão, projetando possíveis consequências da adoção de distintos cursos de ação. Planejar estrategicamente é então dominar oportunidades, racionalizando o processo visando um futuro satisfatório. A partir da solidificação do processo de incorporação de conhecimentos validados produzidos cientificamente às políticas em saúde, pode-se tomar decisões mais acertadas para compor políticas de prevenção, promoção e assistência à saúde, em curto, médio e longo prazo, de acordo com as necessidades da população.

Até par ciências não exatas e constantemente multáveis como a biológica, existem parâmetros que podem ser seguidos e desenvolvidos, como marcos norteadores de determinado assunto. Frolich e Potvin (2008) consideram três campos distintos das intervenções populacionais em saúde: o enfoque de risco, o enfoque de massa e o enfoque baseado na vulnerabilidade.

O enfoque de risco foi um estudo desenvolvido por Lalonde (1974), onde este infere que as intervenções em saúde devem ser focalizadas nas populações com maior risco de adoecer ou morrer, permitindo assim maior racionalidade no uso de recursos habitualmente escassos, em situações emergentes, aumentando a relação custo-benefício, no que diz respeito a prevenção de expansão das debilidades uma vez que apenas aqueles com alta probabilidade de apresentar o problema seriam objeto das intervenções.

O enfoque na massa foi desenvolvido posteriormente e baseia-se na máxima de que a maioria dos problemas em saúde ocorrem entre indivíduos com níveis médios de exposição, e que a intervenção nas massas populacionais, resulta sempre em maior efetividade, pois ao atingir todos sem distinção, acaba necessariamente também alcançando aqueles com maior risco.

Outra abordagem admitida para gerenciar problemas de saúde populacionais, focado no conceito de vulnerabilidade, visa complementar às estratégias massivas, numa

tentativa de evitar a manutenção ou o aprofundamento das desvantagens sociais. Os grupos vulneráveis são definidos a partir do compartilhamento de características que configuram desigualdades sociais ao longo da vida e maior convergência de situações de risco.

Compreendendo dessa forma, que cada política pública poderá ter distintas abordagens, lançando mão de estratégias particulares, diversas modalidades segundo a dimensão da organização social que visam alterar, e ainda se para a modificação de determinantes sociais específicos. Pode-se adequar estratégias administrativas coerentes.

As relações entre epidemiologia e políticas públicas podem ser analisadas em quanto e como as políticas sociais influenciam o perfil epidemiológico; e por outro lado, como a epidemiologia pode participar da formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Nesse último caso alvo de interesse da administração pública.

É portanto vital que a administração pública, disponha de sistemas de informações atuais, de boa qualidade, com dados pertinentes e de fácil acesso. A divulgação das informações epidemiológicas tem seu papel relevante na consolidação desses sistemas.

3 | CONCLUSÃO

A saúde pública inclui três campos principais: política, por ser inerentemente uma empresa política que fornece serviços e aloca recursos; prática, pois é necessário implementar políticas para criar ação social e organizar a prestação de serviços; e pesquisa, pois as intervenções precisam ser desenvolvidas e avaliadas quanto à efetividade e relação custo- benefício.

O gestor público em função da organização que representa, é responsável por estratégias, fundamentadas em legislação na definição de objetivos e resolução de problemas. O tomador de decisão na Administração Pública, é portanto, quem irá representar e atender à sociedade. Considerando que a tomadas de decisão decorre da capacidade dos administradores em escolher a alternativa que melhor satisfaz às necessidades, em função das circunstancias temporais para assegurar os resultados desejados, compreende-se a necessidade de um planejamento racionalizado orientado para o futuro. Planejar estrategicamente pressupõe dominar a conjuntura, antecipando-se à fatos e situações, adaptando-se se necessário. É um processo complexo e dinâmico que pressupõe uma avaliação das vantagens e fragilidades da organização e uma compreensão global da administração inter-relacionada com o trabalho e com o ambiente, ou seja, tem como pressuposto uma simbiose com o cenário social em que se encontra.

Reconhecer tendências auxilia na adoção de medidas. Sendo assim, a obtenção, análise e transmissão auferida como gestão de informações obtidas por meio de estudos epidemiológicos e a escolha da melhor opção entre várias alternativas, é possível transformar informação validada cientificamente e condizente com o cenário, cuja perspectiva é gerar conhecimento para a melhoria do desempenho da administração pública, permitindo

solucionar problemas, criar novas alternativas, projetar mudanças e melhorias.

Em um contexto onde há conflitos, vulnerabilidades e fatores que predis põe ao sucesso ou fracasso, dependendo de ações e decisões, estas devem ser baseadas em conteúdo que não só se apliquem, mas atinjam objetivos previamente estabelecidos.

O gestor que detém o poder de decisão e que atua de maneira estratégica utiliza-se de meios para garantir previsibilidade, planejamento e controle de ações bem fundamentados em conhecimentos oportunos e corretamente analisados. Um dos meios adequados para esta finalidade é se utilizar de próprios setores e órgãos da administração direta e indireta em favor da administração pública, aproveitando-se de sua capilaridade, função e ambiência.

Em compreensão às necessidades sociais, observa-se que as demandas são infinitas, mas os recursos são escassos, mesmo no contexto da segurança pública, e sua variabilidade. Aprimorar a tomada de decisão em nível estratégico significa maximizar oportunidades a partir de todas as informações possíveis, analisando alternativas existentes, antecipando as consequências futuras a partir das decisões possíveis a serem tomadas no presente.

A colaboração entre política, prática e pesquisa é imprescindível para a obtenção de evidências mais sólidas em saúde pública. Com relação aos dados produzidos em levantamento epidemiológicos, este tem se tornado um conhecimento cada vez mais consolidado, e incorporado às práticas em saúde. Atualmente, levantamentos nacionais vêm sendo conduzidos por iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com universidades e instituições que são referência, estruturando uma rede de informações. No entanto, ainda são necessários recursos humanos qualificados para análise, e métodos investigatórios pertinentes aos objetivos da política de saúde adotada no Brasil, além de práticas mais integrativas entre o conhecimento adquirido por meio da metodologia científica e as formulações de política públicas, já considerando que os dados epidemiológicos são validados e devem servir de diretrizes para desenvolvimento de ações de saúde e redução de danos, com otimização de recursos. O aumento da demanda por conhecimento epidemiológico tende a propiciar desenvolvimento de vigilância, e melhoria da cobertura e qualidade dos sistemas de informação existentes no SUS.

Uma maneira de garantir que as populações tenham assistência validada em suas necessidades mais urgentes e abrangentes, proporcionando melhoria da saúde da população é distinguir objetivos e elaborar estratégias de saúde pública que usem abordagens populacionais e vulneráveis para intervenções.

As contribuições de conhecimentos produzidos pelo ramo da epidemiologia, são abrangentes mas inicialmente possibilita a organização de demandas entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços, partindo da caracterização de necessidades da população, como por exemplo: o estabelecimento de ações ambulatoriais a pacientes de grupo de risco, acompanhamento das ações estabelecidas para o atendimento a doenças

crônico-degenerativas, o atendimento de emergências, as demandas de atenção básica, e previsão de estatísticas relativas à doenças crônicas.

Reconhecer a inclinação auxilia na adoção de medidas. Sendo assim, a obtenção, análise e transmissão auferida com informações validadas e a escolha da melhor opção entre várias alternativas, é possível transformar a gerência dos serviços de saúde, cuja perspectiva é gerar conhecimento para a melhoria do desempenho, permitindo solucionar problemas, criar novos produtos, projetar mudanças e melhorias.

Em um ambiente onde há conflitos, vulnerabilidades e fatores que predispõe ao sucesso ou fracasso, dependendo de ações e decisões, estas devem ser baseadas em conteúdo que não só se apliquem, mas atinjam objetivos previamente estabelecidos.

As informações administrativas exige investigação de elementos que permitam a correta compreensão e aplicabilidade.

A utilização de recursos acadêmicos às práticas de gestão já são conhecidas, porém na formulação de políticas e estratégias em saúde ainda é subutilizado. E tendo em vista seus benefícios compreende-se que a organização do fluxo de acesso em um modelo assistencial hierarquizado e regionalizado, permitindo a utilização racional dos recursos, é aceitável e reproduzível para o atendimento à saúde da população como um todo, e não somente assistência repressiva, que se traduziria em agir iminente ou posterior à demanda. Outrossim, o acompanhamento da resolutividade do serviço através dos indicadores de saúde são instrumentos retroalimentativos para o progresso das ações e políticas à serem desenvolvidas e reajustadas de acordo com as demandas emergentes, e as identificadas como permanentes, ou crescentes, viabilizando planejamento à longo prazo.

Nenhuma abordagem de intervenção pode cumprir individualmente todos os objetivos de saúde pública. Quanto mais se intervém em nome da saúde pública, mais é necessário desenvolver ferramentas que pondere efeitos positivos e adversos das estratégias adotadas.

É preciso compreender que os instrumentos epidemiológicos baseados em metodologia científica não são os únicos válidos e legítimos para a definição de prioridades em saúde mas, mas têm sua contribuição de forma significativa no que diz respeito a construção de diretrizes, pois subsidia de maneira lógica e fundamentalmente amparada para a tomada de decisões, uma aproximação entre as essas ciências da área do planejamento em saúde e com gestão e administração em saúde é fundamental para viabilizar esta perspectiva.

REFERÊNCIAS

ABDEL-AAL, R.E. & AL-GARNI, Z. Forecasting Monthly Electric Energy Consumption in eastern Saudi Arabia using Univariate Time-Series Analysis. *Energy*, v. 22, n.11, p.1059-1069, 1997.

ALEXANDRE, L. B. S. P. Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde. São Paulo: Martinari, 2012.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 4, p. 2215-2228, 2010.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

CAPELLA, A. C. Formulação de Políticas / Brasília: Enap, 2018. 151 p.: il. ISBN: 978-85- 256-0080-6. 1

CECÍLIO, L. C. de O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, maio/jun. 1997.

DRUCKER. Peter F. Economy's Dark Continent. Revista Fortune. 1962.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LIMA KWS, Antunes JLF, Silva, ZP. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. Saúde Soc. 2015; 24(1):61-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0061.pdf>

LAST, J. M. A Dictionary of Epidemiology. New York, Oxford University Press, 5ª ed., pp. 1- 141, 1988.

MARIN, H.F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. J. Health Inform., v. 20, n. 4, p. 20-4, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>, Acesso em: 9 dez. 2016.

MEAD, L. M. "Public Policy: Vision, Potential, Limits", Policy Currents, Fevereiro: 1-4. 1995.

RIBEIRO, M. C. S. Epidemiologia descritiva. In: ALEXANDRE, L. B. S.P. Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde. São Paulo: Martinari, 2012.

PAIM, JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciênc Saúde Colet 2003; 8(2): 557-67.

PELLEGRINI Filho A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. Cad Saúde pública 2011; 27(S2): 135-40.

SANTOS IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. Caderno de Saúde Pública 2004; 20(S): 337-41.

SILVA, I. L.; DRUMOND, R. B. A necessidade da utilização de sistema de custos e de indicadores de desempenho na administração pública. In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 4. Anais. 2004.

SILVA, L. M da. Contribuição ao estudo para implantação de sistema de custos na administração pública. Brasília: Esaf, 1997. Disponível em: <www.tesouro.fazenda.gov.br>. Acesso em 15/09/22.

SOUZA LEPF, Contandriopoulos A-P. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. Cad. Saúde Pública 2004; 20(2): 546-54.

TEIXEIRA, C. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

WIEMER, A. P. M.; RIBEIRO, D. C. Custos no serviço público. In: congresso usp de controladoria e contabilidade, 4, 2004. Anais. São Paulo, SP.

_____. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

_____. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOBANELLA, G. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. Constituição Federal. Brasília: Senado, 1988.

CAPÍTULO 7

ANÁLISE ESPACIAL DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO, 2010-2020

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 09/02/2022

Silvano Macedo Galvão

Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT; Faculdade de Direito. Programa de pós-graduação em saúde coletiva do Instituto de Saúde Coletiva – ISC da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
Direito. Mestre em Direito Agroambiental – UFMT. Doutorando em Saúde Coletiva no Programa de pós-graduação em saúde coletiva do Instituto de Saúde Coletiva – ISC da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
Cuiabá (MT), Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2596-9611>

Noemi Dreyer Galvão

Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT; Instituto de Saúde Coletiva - ISC; Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso Farmacêutica Bioquímica. Mestre em saúde em coletiva pelo ISC/UFMT. Doutora em Ciências pela UNIFESP
<https://orcid.org/0000-0002-8337-0669>

Daniel Valentins de Lima

Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT; Instituto de Saúde Coletiva – ISC; Universidade de São Paulo – USP; MBA em Data Science Analytics USP/Esalq Estatístico pela UFMT. Pós-graduando pelo MBA em Data Science Analytics USP/Esalq
<https://orcid.org/0000-0001-7583-2635>
Cuiabá (MT), Brasil

Mário Ribeiro Alves

Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT; Instituto de Saúde Coletiva - ISC; Programa de pós-graduação em saúde coletiva Geógrafo pela Universidade Fluminense. Doutorado em Epidemiologia de Doenças Transmissíveis pela Fundação Oswaldo Cruz. Pós-doutorando no Instituto de Saúde Coletiva – ISC da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
Cuiabá (MT), Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3665-6821>

Marina Atanaka

Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT; Instituto de Saúde Coletiva - ISC; Programa de pós-graduação em saúde coletiva. Fundação Oswaldo Cruz Enfermeira. Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz
Cuiabá (MT), Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3543-3837>

RESUMO: Objetivos: Descrever por meio dos indicadores demográficos o envelhecimento populacional e padrões espaciais entre nos municípios do Mato Grosso, nos anos de 2010 e 2020. **Métodos:** Trata-se de estudo ecológico com análise descritiva de indicadores de envelhecimento populacional, com autocorrelação espacial por meio do Índice de Moran Global e pelo método não hierárquico de K-means, para formação de clusters e agrupamentos espaciais realizados pelo software R. **Resultados:** Mato Grosso tinha 3,95% idosos de 60 anos ou mais em sua população em 1980

e 11,17% em 2020. Os índices de envelhecimento, longevidade e razão de dependência de idosos, também indicam um envelhecimento contínuo da população em todos os Municípios, nos dois períodos estudados. Em 2020, dos 141 municípios, 47 foram classificados de alto envelhecimento e 94 em baixo. A autocorrelação espacial foi significativa, com p-valor < 0,001, para os Índice de envelhecimento populacional, Razão de dependência de idosos, e Longevidade, para cada um dos anos estudados. **Conclusão:** A dinâmica do envelhecimento populacional nos municípios de Mato Grosso foi progressiva, no sentido sul/norte, cuja análise auxilia na formulação de políticas públicas de saúde do idoso, com enfoque na organização da atenção primária, considerando as características de cada cluster.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Envelhecimento populacional. Análise espacial. Demografia. Indicadores (Estatística). Indicadores demográficos.

SPATIAL ANALYSIS OF POPULATION AGING IN MUNICIPALITIES OF MATO GROSSO, 2010-2020

ABSTRACT: Objectives: To describe, by using demographic indicators, the ageing of the population and spatial patterns in the municipalities of Mato Grosso, in 2010 and 2020.

Methods: This is an ecological study with a descriptive analysis of the indicators of ageing among the population, considering spatial autocorrelation by using the Global Moran Index and the non-hierarchical K-means method for cluster formation and spatial groupings, carried out by the R software. **Results:** In 1980, Mato Grosso there were 3.95% elderly people, aged 60 years and over, among its population and 11.17% in 2020. The high rates of ageing, longevity, and reasons for elderly dependency also indicate a continuous ageing of the population in all the Municipalities in both periods analyzed. In 2020, out of the 141 municipalities, 47 were classified as having a high ageing rate, and 94 showed a low rate. The spatial autocorrelation was significant, with p-value < 0.001 for the Population Ageing Index, Reason for elderly dependency, and Longevity, for each year considered here. **Conclusion:** The dynamics of population ageing in the municipalities of Mato Grosso was progressive in the south/north direction, the analysis of which helps in the formulation of public health policies for the elderly, focusing on primary health care, taking into account the characteristics of each cluster.

KEYWORDS: Aged. Aging. Spatial analysis. Demography. Indicators (Statistics). Demographic indicators.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como idoso o indivíduo a partir de 65 anos nos países desenvolvidos e a partir dos 60 anos para os países subdesenvolvidos, considerando o processo de envelhecimento como uma história de sucesso nas políticas de saúde públicas e sociais, por ser uma das maiores vitórias da humanidade no último século. Isto decorreu da queda de mortalidade e natalidade em países industrializados, iniciada no século passado, em conjunto com a ampliação da cobertura vacinal, dos sistemas de proteção social e das melhorias das condições de habitação, alimentação, trabalho e saneamento básico (SOUSA, 2011).

Entre 2019 e 2030, o número de pessoas maiores de 60 anos crescerá 38%, de 1 bilhão para 1,4 bilhão, e globalmente ultrapassando a juventude, cujo aumento será maior e mais rápido no mundo em desenvolvimento, reconhecendo-se a necessidade de mais atenção aos problemas específicos que afetam os idosos e de promover e proteger os direitos humanos e a dignidade dessas pessoas, sendo que este crescimento populacional reflete no mercado de trabalho e financeiro (UN, 2019), motivo pelo qual as Nações Unidas declararam a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030)(UN, 2021).

Enquanto o Brasil hoje é um “país jovem de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

O país envelhece a passos largos. As alterações na estrutura populacional são claras e irreversíveis. Desde a década de 1940, é na população idosa que se observam as taxas mais altas de crescimento populacional, gerando uma série de alterações na sociedade, relacionadas ao setor econômico, ao mercado de trabalho, aos sistemas e serviços de saúde e às relações familiares (MIRANDA *et al.*, 2016).

O estado de Mato Grosso possui um crescimento econômico ascendente na atual conjuntura, assim como o envelhecimento da sua população que acontece de forma diferenciada no seu território (SES, 2018). Nesse sentido, entende-se que o desenvolvimento do estudo poderá indicar formas de melhorar a eficácia de políticas públicas de proteção à população idosa deste estado.

Para desenvolvimento dos estudos, considerou-se a pergunta de como ocorreu o envelhecimento no Estado de Mato Grosso.

Diante disso, se propôs a descrever, por meio dos indicadores demográficos, o envelhecimento populacional e os padrões espaciais entre nos municípios de Mato Grosso (MT) nos anos de 2010 e 2020.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, tendo como unidades de observação os 141 municípios que compõem o estado de Mato Grosso, utilizando as variáveis: população total dos municípios, de < de 15 anos, de 15 a 59 anos, de 60 anos e mais, de 60-69 anos, de 70-79 anos, de 75 anos ou mais, de 80 e mais por sexo (masculino e feminino) disponíveis no Censo 1980, 1991, 2000, 2010 e estimativas populacionais do IBGE de 2020 (MS, 2021). A partir destes dados foram construídos seguintes indicadores sociais e demográficos de Percentual de idoso; Percentual de idoso 60-69 anos; Percentual de idoso 70-79 anos;

Percentual de idoso 80 anos e mais; Índice de envelhecimento populacional (IEP); Razão de dependência de idosos (RDI); e Longevidade (LI).

A Porcentagem de Idosos, que indica a razão entre a quantidade de pessoas com 60 anos ou mais na População Total foi analisada em conjunto com as Porcentagens de Idosos com 60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais anos de idade, indicadores que permitem identificar, dentre os idosos, a porcentagem mais jovem, com idade entre 70 a 79 anos e os mais velhos.

Foram analisados também três indicadores: Índice de Envelhecimento Populacional (IEP), que relaciona a população idosa com a população jovem (menor de 15 anos), a Razão de Dependência de Idosos (RDI), que relaciona a população idosa (60 anos e mais) com a população ativa ou não dependente (15 a 59 anos), e a Longevidade (LI), que relaciona a população de idosos com 75 ou mais anos de idade com a população idosa (60 anos e mais).

Para o cálculo do Índice de Envelhecimento (IE), foram consideradas idosas as pessoas com mais de 65 anos em países desenvolvidos e aquelas com idade de 60 anos em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Estes parâmetros foram estipulados pelo Viena International Plan of Action on Ageing (United Nations World Assembly on Ageing, Resolução n.º. 39/125 de 1982) (UN, 1982) e, posteriormente, endossados pela Second World Assembly on Ageing, realizada em 2002 (Madrid International Plan of Action on Ageing)(UN, 2002). Assim, para manter a coerência com os demais indicadores e também para atender à Política Nacional do Idoso (Lei n.º. 8842, de 4 de janeiro de 1994)¹⁵ e ao Estatuto do Idoso (Lei n.º.10.741, de 1º de outubro de 2003),¹⁶ utilizou-se aqui o parâmetro de 60 anos ou mais (CLOSS, 2012).

Para análise exploratória espacial dos indicadores, selecionou-se os anos 2010 e 2020. Ocorre que os municípios de Mato Grosso aumentaram de 55 em 1980 para 95 em 1991, depois para 126 em 2000 e 141 a partir de 2010 (IBGE, 2021).

Foram gerados quatro mapas descritivos dos percentuais de envelhecimento para cada ano, considerando o percentual total e também para três faixas etárias específicas, quais sejam as porcentagens de idosos com 60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais anos de idade.

Os mapas temáticos desenvolvidos permitem observar sua distribuição no espaço, utilizando os quartis das distribuições para definir os intervalos de cores, com base na medida de variabilidade denominada “amplitude interquartil”, em que os valores da variável são divididos em quatro partes iguais. Isso permite com que para cada variável, tenha intervalos relacionados à variabilidade de cada uma delas, considerando suas particularidades.

Os mapas descritivos levam em consideração o valor em percentual que cada município tem para determinada variável. Dentre as quatro variáveis consideradas, uma caracteriza o percentual total, e as outras três refletem os percentuais para as faixas etárias específicas.

A ideia de que pode haver grupos espaciais (conglomerado de cidades) foi explorada e discutida com essa parte descritiva, analisando as mudanças entre os dois anos considerados.

Para detectar a existência de autocorrelação espacial, foi utilizado o Índice de Moran Global (MS, 2007), que considera as diferenças entre os valores em cada município e a média global do atributo observado. Isso foi feito para três variáveis: IEP, RDI e LI, para cada um dos anos. Portanto, foram realizados ao todo seis testes globais de Moran.

Os resultados desse índice variam entre -1 e 1 , de maneira que valores próximos de zero indicam ausência de correlação espacial, valores próximos de 1 sugerem correlação direta e valores próximos de -1 indicam correlação inversa. Utilizou-se contiguidade de fronteira como critério de vizinhança, de maneira que os municípios foram considerados como vizinhos.

A partir da detecção de autocorrelação espacial, agruparam-se os municípios com padrões semelhantes de envelhecimento populacional, realizou-se uma modelagem não-supervisionada através do método não hierárquico K-means (LIKAS et al., 2003), para dividir o conjunto de municípios, em alto e baixo envelhecimento, através de três indicadores: IEP, IL e RDI.

Os municípios foram divididos em 2 grupos de estágio de envelhecimento para os anos de 2010 e 2020: Grupo I - municípios com menor porcentagem de idosos e menor dependência; Grupo II - municípios com maior a porcentagem de idosos e maior dependência. Optou-se por dois grupos, haja visto que a caracterização da variabilidade espacial se mostrou melhor quando considerados apenas dois grupos, a fim de comparar a mudança ocorrida entre os dois períodos.

Utilizou -se o Software R, versão 4.01 (R Core Team, 2018), para construção dos clusters e realização dos testes estatísticos e mapas temáticos.

O estudo atendeu aos preceitos éticos da pesquisa, nos termos do art. 13 da Lei 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), e não havendo necessidade de submissão ao Conselho de Ética, nos termos da Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, art. 1º, II e III, que indica a desnecessidade nos casos de informações de acesso público, anonimização e de domínio público.

A despeito da utilização de dados secundários e públicos, ressalta-se que estudos que utilizam esses dados podem ter limitações, em virtude das questões relacionadas ao seu tratamento, sendo importante o desenvolvimento de novos estudos para identificar, efetivamente, as demandas em cada cluster estudado.

RESULTADOS

Mato Grosso tinha 3,95% idosos de 60 anos ou mais em sua população em 1980 e 11,17% em 2020, com a variação de 182,54% (TABELA 1).

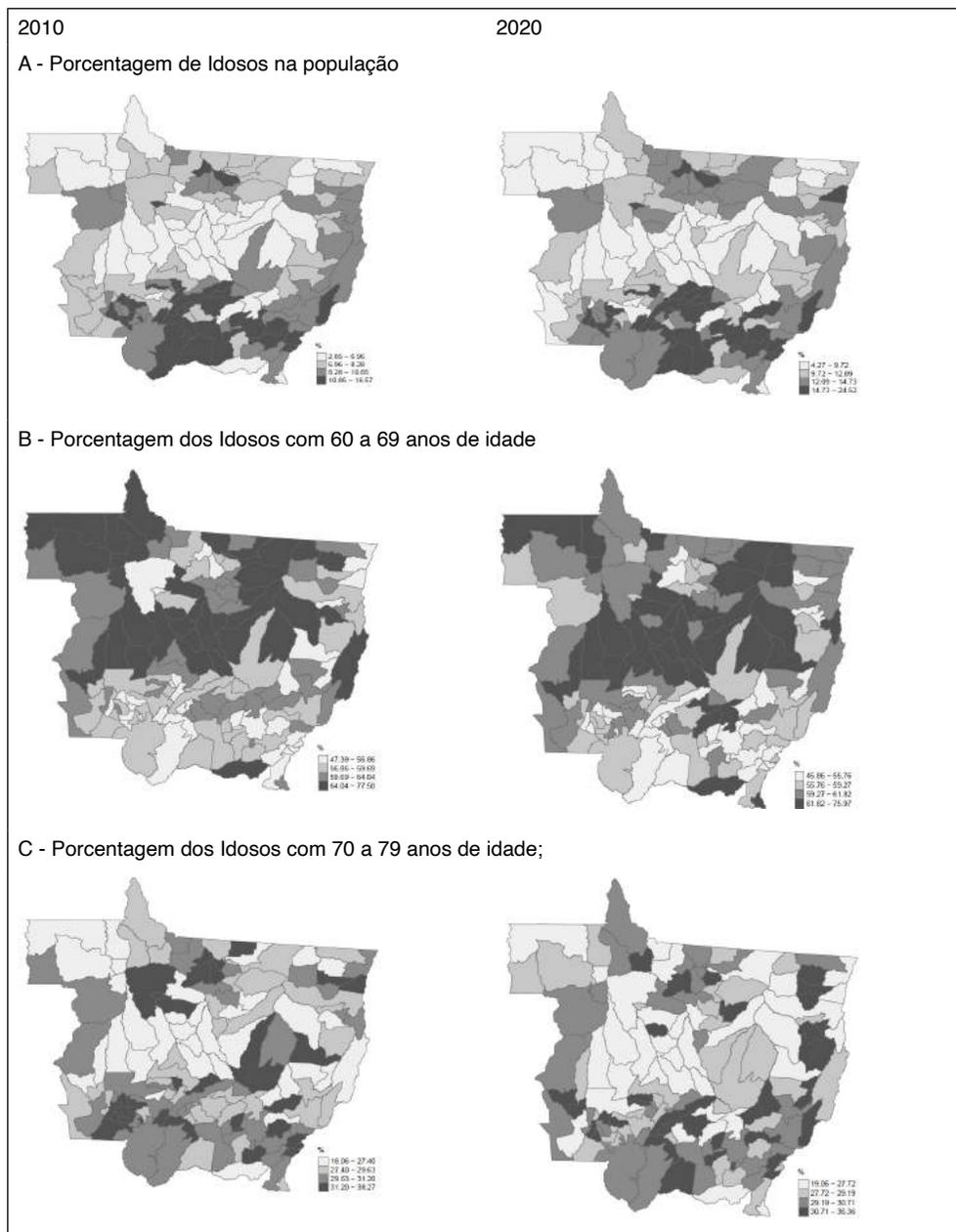
A porcentagem de idosos na população no Estado de Mato Grosso está aumentando desde 1980, bem como a população de 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, exceto a população de 60 a 69 anos, sendo que em relação a 2020 foi realizada estimativa, dado a ausência de censo. Os índices de envelhecimento, longevidade e razão de dependência de idosos também estão aumentando desde 1980, indicando um envelhecimento contínuo da população (Tabela 1), cuja realidade constata-se em todos os Municípios mato-grossenses, nos dois períodos de estudo.

Indicadores	1980	1991	2000	2010	2020	Δ% 1980/2020
Porcentagem de Idosos						
Masculino	4,27	4,65	6,00	7,99	10,96	156,39
Feminino	3,60	4,02	5,52	7,79	11,39	216,05
Total	3,95	4,34	5,76	7,90	11,17	182,54
Porcentagem de Idosos com 60-69 anos de idade						
Masculino	68,86	64,93	63,00	60,42	60,95	-11,49
Feminino	66,01	62,98	62,08	59,65	59,41	-10,01
Total	67,62	64,06	62,57	60,05	60,17	-11,01
Porcentagem de Idosos com 70-79 anos de idade						
Masculino	25,46	27,55	27,69	29,37	28,05	10,16
Feminino	26,77	27,39	26,88	29,05	28,50	6,46
Total	26,03	27,48	27,32	29,22	28,27	8,62
Porcentagem de Idosos com 80 ou mais de idade						
Masculino	5,68	7,52	9,30	10,21	11,00	93,66
Feminino	7,22	9,63	11,04	11,30	12,10	67,53
Total	6,35	8,46	10,11	10,73	11,55	81,88
Índice de Envelhecimento Populacional (IEP)						
Masculino	10,20	12,56	19,02	31,10	46,79	358,76
Feminino	8,12	10,45	17,21	30,35	49,33	507,73
Total	9,17	11,52	18,13	30,74	48,03	423,57
Razão de Dependência de Idosos (RDI)						
Masculino	7,97	7,97	9,60	12,06	16,70	109,59
Feminino	6,95	6,99	8,83	11,71	17,37	150,08
Total	7,49	7,50	9,23	11,89	17,03	127,44
Longevidade (LI)						
Masculino	15,02	18,26	19,42	21,40	21,88	45,66
Feminino	17,77	20,60	21,04	22,52	23,31	31,12
Total	16,22	19,31	20,18	21,94	22,60	39,31

Tabela 1 – Indicadores demográficos sobre idoso segundo sexo, Mato Grosso. 1980, 1991, 2000, 2010 e 2020.

Fonte: IBGE

A distribuição espacial da porcentagem de idosos residentes e as porcentagens dos que tinham 60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais anos de idade são mostradas nos mapas, sendo as regiões mais escuras correspondentes aos municípios com valores mais altos dessas variáveis, considerando um exemplo dos intervalos gerados para a variável % total de idosos (2010): ## 0% 25% 50% 75% 100% ## 2.85 6.96 8.28 10.85 16.57 (Figura 1).



D- Porcentagem de Idosos com 80 ou mais anos de idade

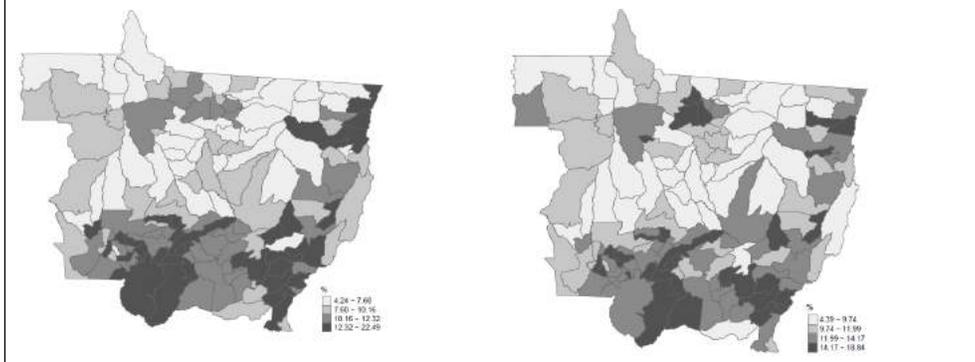


Figura 1 – Distribuição espacial das variáveis: (A) Porcentagem de Idosos na população; (B) Porcentagem dos Idosos com 60 a 69 anos de idade; (C) Porcentagem dos Idosos com 70 a 79 anos de idade; e (D) Porcentagem de Idosos com 80 ou mais anos de idade. Mato Grosso, 2010 e 2020.

Em 2010, o Percentual de idoso com mais de 60 anos de idade foi maior em Ponte Branca (16,57%) e São José do Povo (16,23%) e menor em Sapezal (2,85%) e Campos de Júlio (3,10%); o Percentual de idosos com 60 a 69 anos de idade foi maior em Campos de Júlio (77,50%) e Sapezal (76,12%) e menor em Rio Branco (50,90%) e Luciara (47,39%); o Percentual de idosos com 70 a 79 anos de idade foi maior em Novo Horizonte do Norte (38,27%) e Luciara (38,26%) e menor em Campos de Júlio (18,13%) e Sapezal (18,06%); e o Percentual de idosos com 80 ou mais anos de idade foi maior em Campinápolis (22,49%) e Nova Nazaré (21,71%) e menor em Santa Rita do Trivelato (4,27%) e Gaúcha do Norte (4,24%); IEP foi maior em São José do Povo (78,05%) e Ponte Branca (75,32%) e menor em Campos de Júlio (10,51%) e Sapezal (10,31%); O RDI foi maior em Ponte Branca (26,98%) e São José do Povo (25,77%) e menor em Campos de Júlio (4,61%) e Sapezal (4,09%); e a LI maior em Nova Nazaré (35,23%) e Luciara (35,22%) e menor em Itanhangá (10,96%) e Nova Lacerda (9,74%).

Em 2020, o Percentual de idoso com mais de 60 anos de idade foi maior em Ponte Branca (24,52%) e Torixoréu (21,74%) e menor em Tapurah (4,71%) e Sapezal (4,27%); o Percentual de idosos com 60 a 69 anos de idade foi maior em Santa Rita do Trivelatto (75,97%) e Tapurah (75,19%) e menor em Nova Nazaré (46,05%) e Reserva do Cabeçal (45,86%); o Percentual de idosos com 70 a 79 anos de idade foi maior em Serra Nova Dourada (36,36%) e Santo Afonso (36,22%) e menor em Santa Rita do Trivelato (19,38%) e Tapurah (19,06%); o Percentual de idosos com 80 ou mais anos de idade foi maior em Nova Nazaré (18,84%) e Campinápolis (18,39%) e menor em Santa Rita do Trivelato (4,65%) e Sapezal (4,39%); o IEP foi maior em Torixoréu (146,30%) e Ponte Branca (139,19%) e menor em Lucas do Rio Verde (19,60%) e Sapezal (15,11%); o RDI foi maior em Ponte Branca (42,36%) e Torixoréu (34,28%) e menor em Sapezal (6,32%) e Tapurah (6,31%); a LI foi maior em Reserva do Cabeçal (34,53%) e Araguainha (33,51%) e menor em Sapezal

(11,85%) e Santa Rita do Trivelato (10,47%).

Na tabela 2 apresenta o Índice (I) de Moran Global dos três indicadores IEP, RDI e LI para os anos de 2010 e 2020, os quais foram positivos e significantes, demonstrando a existência de autocorrelação espacial global e que os municípios vizinhos apresentam estágios semelhantes no processo de envelhecimento populacional.

Indicadores	Anos	I*	p-valor
Índice de Envelhecimento	2010	0,516	< 0,001
	2020	0,455	< 0,001
Razão de dependência de idosos	2010	0,367	< 0,001
	2020	0,42	< 0,001
Longevidade	2010	0,484	< 0,001
	2020	0,457	< 0,001

*I - Índice de Moran Global

Tabela 2 Autocorrelação espacial para os indicadores para idoso, Mato Grosso, 2010 e 2020.

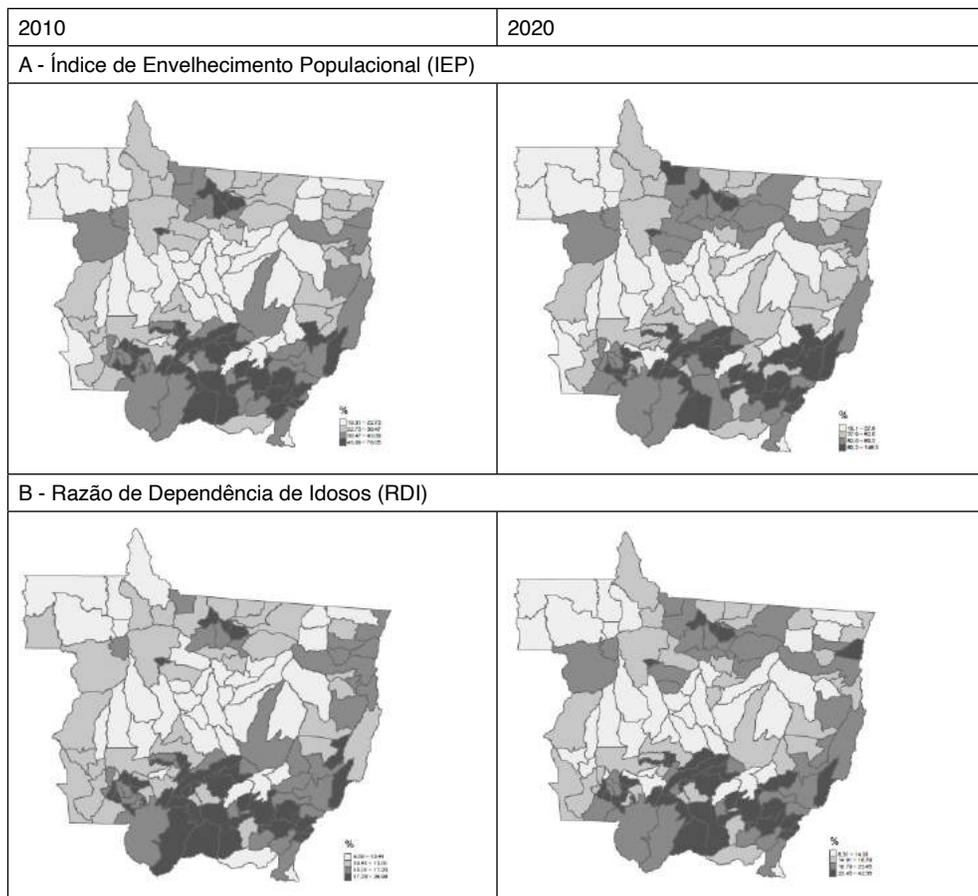
Na tabela 3, os Municípios do Grupo II, em 2010, tinham uma população idosa maior, dado o IEP de 48,74, enquanto em 2020, ambos os Grupos I e II tiveram um crescimento da população idosa, dados os IEP's de 41,37 e 82,96, respectivamente. Observou-se que na análise dos dois períodos, apenas 11 Municípios mudaram de cluster do Grupo I para o Grupo II (Itaúba, Paranaíta e União Do Sul) e do Grupo II para o Grupo I (Alto Araguaia; Alto Garças; Jangada; Mirassol D'oeste; Poconé; Reserva do Cabaçal; e Serra Nova Dourada; e Vale de São Domingos).

Grupos / Cluster	Índice de Envelhecimento		Razão de dependência de idosos		Longevidade		Número de municípios N (%)
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
2010							
I – Baixo envelhecimento	24,62	6,72	10,64	2,86	19,41	4,67	89 (63,12%)
II -Alto Envelhecimento	48,74	9,99	18,65	3,04	24,28	3,13	52 (36,88%)
2020							
I – Baixo envelhecimento	41,37	11,94	15,66	3,85	21,69	4,12	94 (66,66%)
II -Alto Envelhecimento	82,96	18,49	26,19	4,31	26,68	2,89	47 (33,33%)

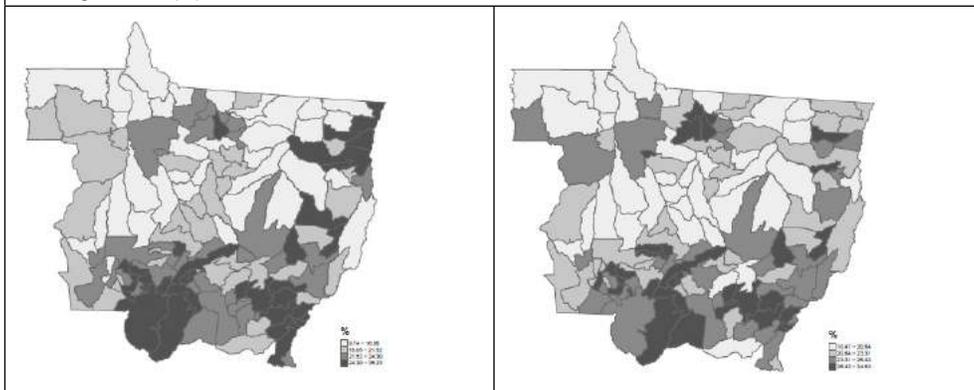
Tabela 3 Descrição dos indicadores demográficos por grupos definidos pelo K-means. Mato Grosso. 2010 e 2020.

A distribuição espacial pelos clusters indicados por meio do K-means, caracterizou o envelhecimento no Estado de Mato Grosso no sentido sul/norte, enquanto a região central tem menor envelhecimento, observando-se maiores índices de IEP e RDI na região sul, enquanto a LI está melhor distribuída (Figura 02).

Observa-se que as médias do IEP, RDI e LI aumentaram em ambos os grupos nos períodos estudados, com diminuição da quantidade de municípios no grupo de alto envelhecimento em 2020 (Tabela III e Figura 2), indicando uma redução no processo de envelhecimento no Estado de Mato Grosso.



C- Longevidade (LI)



D - Grupos definidos pelo método K-means

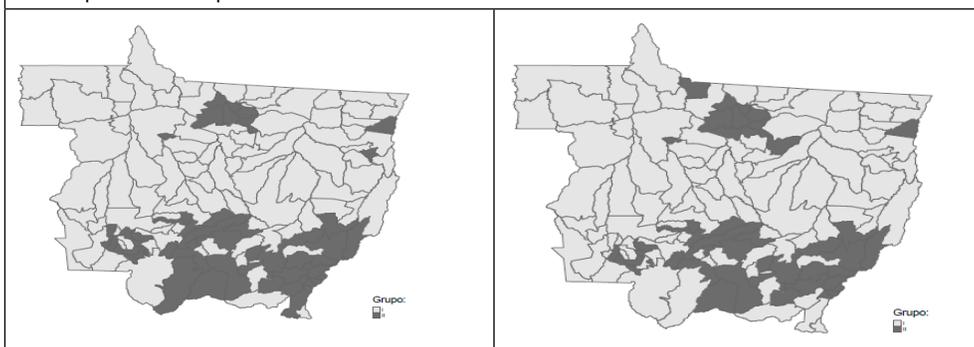


Figura 2. Distribuição espacial dos indicadores: (A) Índice de Envelhecimento Populacional; (B) Razão de Dependência de Idosos; (C) Longevidade; e (D) Grupos definidos pelo método K-means. Mato Grosso, 2010 e 2020.

DISCUSSÃO

O planejamento de ações para população idosa exige acompanhamento por meio de indicadores que reflitam suas condições de saúde e vida, sendo que os índices de número e proporção de idoso, que reflete o estágio de desenvolvimento de uma sociedade; o índice de envelhecimento que reflete o ritmo de envelhecimento de uma população; e de razão de dependência que reflete o contingente populacional inativo que deve ser sustentado pela população potencial ativa, são indicadores básicos para saúde no Brasil (COELHO, 2013).

Valores elevados do IE indicam que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado, considerando que um valor menor 15 como indicativo de uma população jovem; entre 15 e 30, uma população em nível intermediário; e acima de 30, uma população idosa. Por meio deste índice, é possível acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais, mesmo utilizando estimativa populacional, que pode trazer limitações neste estudo. Sua análise permite

avaliar tendências da dinâmica demográfica e, assim, subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas em diversas áreas, como da saúde e da previdência social (CLOSS *et al.*, 2012). Na perspectiva desse autor, a população de Mato Grosso pode ser considerada idosa.

Entre 2000 e 2019, a população mato-grossense aumentou em 39,1% (IBGE, 2021), o que tem sido atribuído, em parte, ao intenso fluxo migratório gerado pelo agronegócio e aos seus efeitos indiretos nas economias municipais, sobretudo no fortalecimento do setor terciário (CARMO *et al.*, 2017), corroborando com a transição demográfica está em curso no estado e houve crescimento de 93% da população idosa entre 2000 e 2019 (IBGE, 2021).

Mato Grosso está em processo de envelhecimento populacional desde 1970 quando o IEP era 7,71 (CLOSS *et al.*, 2012), e em 2010 o IEP era 30,74 e 48,03 em 2020, indicando um aumento de 522% em todo este período.

Comparado ambos os grupos, nos dois períodos estudado, constatou-se que o Grupo II tem quase o dobro da população idosa em relação ao Grupo I, embora tenha aumentado a longevidade em ambos os Grupos, a razão de dependência aumentou muito mais no Grupo II, sendo que no Grupo I o IEP aumentou 68,03%, a LI aumentou 11,74% e o RDI aumentou 47,18% e no Grupo II o IEP aumentou 70,20, a LI aumentou 9,88% e o RDI 40,42. Demonstrando que a proporção de pessoas idosas aumentou mais no Grupo II, que teve o menor aumento de LI e de RDI, indicando um menor crescimento da população jovem no Grupo I aonde o RDI aumentou.

Desde 1990, a RDI tem aumentado continuamente em todas as regiões do mundo, embora seu nível e velocidade de aumento tenham variado. Globalmente, em 2019 havia 16 pessoas com 65 anos ou mais por 100 pessoas com idades entre 20-64. Para 2050, esta proporção deve aumentar para 28 por 100², cuja realidade também foi analisada nos Municípios de Mato Grosso que estão envelhecendo, em diferentes estágios.

O aumento da população idosa e do RDI, indica que sem uma estrutura familiar capaz de dar suporte aos idosos e carente de estruturas de apoio para essa população, a sociedade, através da Administração Pública, deve estar consciente do preço que terá de pagar e do custo crescente da assistência à população idosa (MIRANDA *et al.*, 2016).

A constatação de que a proporção de pessoas idosas aumentou mais no Grupo II, mas com menor aumento de LI e da RDI, indica uma maior mortalidade dessa população, uma vez que esses índices estão relacionados com a quantidade da população com mais de 75 anos de idade e mais de 60 anos de idade, indicando a necessidade de um estudo específico.

Observou-se no período estudado houve uma moderada tendência de envelhecimento da população, dado a maior mudança de municípios do Grupo II – alto envelhecimento para o Grupo I – baixo envelhecimento, provavelmente em decorrência do processo de migração interna do estado de Mato Grosso (SES, 2021).

O processo de envelhecimento no Estado de Mato Grosso está relacionado com a migração, haja vista que os Municípios mais velhos têm maior envelhecimento populacional do que os mais novos, dado a criação de inúmeros Municípios no período de 1980-2010 (Tabela 1), que aumentaram de 55 em 1980 para 95 em 1991, depois para 126 em 2000 e 141 em 2010 (IBGE, 2021), sendo que os fluxos migratórios gera um envelhecimento heterogêneo, que tende a rejuvenescer as populações que recebem os migrantes e envelhecer as populações que os perdem (MELO et al., 2017), como ficou evidente na divisão dos clusters dos municípios em alto e baixo envelhecimento.

Um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS, 2009). É que até 2050, a demanda por serviços de saúde entre os idosos deverá crescer 59% para consultas médicas, 96% para exames, 122% para tratamentos e 39% para internações, que acarretará um aumento do gasto de saúde em relação ao PIB de cerca de 30% (DIAS et al., 2006).

A partir da divisão proposta dos Municípios em dois grupos, torna-se possível indicar a necessidade de políticas públicas específicas de acordo com as características de cada população. Naqueles Municípios aonde os valores de IEP e RDI indicarem maior número jovens e adultos em relação ao número de idosos, qual seja o Grupo I, as políticas públicas devem ter foco no envelhecimento saudável e promoção da qualidade de vida. Enquanto, naqueles com maior quantidade de população idosa, ou seja, o Grupo II, as políticas públicas deverão intensificar o controle dos agravos associado ao envelhecimento, qual seja hipertensão e diabetes, assegurando avanço no envelhecimento (ALVES et al., 2016).

As diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são bons exemplos das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, com a recuperação da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida (VERAS, 2009), cuja realidade deve ser observada para ambos os grupos estudados.

Essa nova realidade demográfica, com um número cada vez maior de idosos, exige do sistema de saúde uma capacidade para responder às demandas atuais, futuras no intuito de garantir os direitos fundamentais da pessoa idosa. Ocorre que dentre os idosos, além dos saudáveis, muitos apresentam alguma doença crônica e/ou deficiência, demandando uma por uma atenção à saúde mais custosa e especializada, dado às peculiaridades advindas com o processo do envelhecimento (MIRANDA et al., 2016).

O envelhecimento saudável pode ser uma realidade para todos, demandando a mudança de ausência de doença para a promoção da habilidade funcional que permite

à pessoa idosa ser e fazer aquilo que valoriza, sendo necessárias ações de melhoria do envelhecimento saudável em múltiplos níveis e em múltiplos setores, de modo a prevenir doenças, promover a saúde, manter a capacidade intrínseca e viabilizar a habilidade funcional. Para atingir objetivos como esses, previstos na Agenda 2030, enquanto compromisso global, as sociedades devem estar preparadas e assumir uma postura sensível às necessidades das populações idosas de hoje e do futuro (WHO, 2021).

Para a população idosa, a proximidade ao serviço e a possibilidade de o alcançar em um período de tempo reduzido é um fator positivo diferenciador e promotor de equidade, tendo em conta a possibilidade de deslocação a pé ou utilizando o modo rodoviário, acessibilidade, custo, quantidade e informação sobre os serviços (COSTA *et al.*, 2020).

Muitos sistemas de saúde são configurados para tratar de condições de saúde individuais e agudas e não das condições da pessoa idosa, não estando preparados para entregar uma atenção à saúde de boa qualidade à pessoa idosa integrada entre os prestadores e instalações e associada à disponibilização de uma atenção sustentável e de longo prazo (WHO, 2021), sendo este desafio de todos os países em que a população idosa está crescendo (MCLIGEYO, 2002).

Fortalecer a atenção primária à saúde para entregar uma atenção com base na comunidade, segura, equitativa, acessível e adaptada à pessoa idosa demandará uma força de trabalho competente, legislação e regulação adequadas e financiamento sustentável e suficiente. É que a atenção primária à saúde, pilar da cobertura universal de saúde, é o principal ponto de entrada da pessoa idosa no sistema de saúde, constituindo também a abordagem mais eficiente e efetiva para o aprimoramento da capacidade física e mental e do bem-estar, motivo pelo qual deve-se desenvolver e treinar uma força de trabalho com competência na área de envelhecimento, incluindo para avaliações amplas centradas na pessoa e gerenciamento integrado de condições de saúde complexas ou crônicas, incluindo demência. Isto fará com que se fique mais próxima a garantia de que mais pessoas sejam beneficiadas pelo serviço de saúde pública, para melhorar a vida de todas as pessoas idosas, de suas famílias e de suas comunidades (WHO, 2021). Estudos tem indicado a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde (MARTINS *et al.*, 2007) em especial da atenção primária, além da necessidade de adesão dos idosos às ações de saúde (MARIN *et al.*, 2008).

O estudo proposto indica a necessidade de uma nova percepção em relação à saúde do idoso com políticas públicas com foco no envelhecimento saudável e promoção da qualidade de vida e na intensificação do controle dos agravos associado ao envelhecimento, qual seja hipertensão e diabetes, assegurando avanço no envelhecimento.

CONCLUSÃO

Mato Grosso está diante do desafio do envelhecimento populacional que indica a

necessidade políticas públicas intersetoriais para assegurar o envelhecimento saudável, com renda, moradia, transporte, alimentação saudável e principalmente acesso ao cuidado com as doenças crônicas, típicas do aumento da expectativa de vida, considerando as diferenças entre as populações de ambos os clusters estudados, cujas especificidades devem ser observadas.

Esta realidade demográfica, indica a necessidade de se implementar políticas para construir sistemas de saúde para melhorar a vida das pessoas idosas, especialmente na atenção primária, capacitando a força de trabalho e ofertando serviços médicos acessíveis, considerando o tempo e as formas de acesso, além da qualificação necessária.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S. B.; BARBOSA, M. T. S., CAFFARENA, E. R., SILVA, A. S. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 63-69, jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010272>. Acesso em: 16 set. 2021;

CARMO, R. L.; VAZQUEZ, F. F.; CAMARGO, K. Agronegócio e dinâmica populacional: a soja e os frigoríficos em Mato Grosso. **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**. n° 17. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: 2017.. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_regional/171110_brua_17_Ensaio10.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021;

CLOSS, V. E.; SCHWANKIE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro. v.15. n. 3, p. 443-458. set. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300006>. Acesso em: 04 nov. 2021;

COELHO, J. M. Saúde do idoso. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2013; p. 401-446;

COSTA, E. M; COSTA, N. M.; LOURO, A.; BARATA, M. “Geografias” do acesso dos idosos aos cuidados de saúde primários na Área Metropolitana de Lisboa, Portugal - um território de diferenças. 1 Este artigo foi desenvolvido no contexto do projeto de investigação da FCT: GRAMPCITY - Para uma mobilidade e acessibilidade mais amigas dos idosos em áreas urbanas/Moving smartly towards accessible & inclusive urban environments for our elders, PTDC/GES-TRA/32121/2017, desenvolvido por quatro universidades portuguesas. M. Barata é bolsista FCT neste projeto. **Saúde e Sociedade [online]**. São Paulo, v. 29, n. 2, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200108>. Acesso em: 02 out. 2021;

DIAS C. S.; COSTA, C. S. L; MARISA, A. L. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. v. 9, n. 2, p. 7-24, mai./ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09022>. Acesso em: 28 out. 2021;

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de População. Atlas Nacional Digital do Brasil. Evolução da malha municipal**. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/atlas_nacional/#/home/serie-historica. Acesso em: em 29 out. 2021;

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de População. EstimaPop**. Disponível em <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/estimapop/tabelas>. Acesso em: 20 ago. 2021;

LIKAS, A.; VLASSIS, N.; VERBEEK, J. J. The global k-means clustering algorithm. **Pattern Recognition**. York, v. 36, n. 2, p. 451-461, fev. 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0031-3203\(02\)00060-2](https://doi.org/10.1016/S0031-3203(02)00060-2). Acesso em: 04 nov. 2021;

MARIN, J. S.; MARTINS, A. P.; MARQUES F.; FERES B. O. M.; SARAIVA A. K. H.; DRUZIAN, S. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. Projeto de Iniciação Científica Financiado pela Fapesp - Parecer nº 06/60058-9. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. v. 11, n. 2, p. 245-258, mai./ago. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11029>. Acesso em: 28 out. 2021;

MARTINS, J. J., SCHIER, J; ERDMANN, A. L; ALBUQUERQUE, G. L. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-382, set./dez. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10039>. Acesso em: 28 out. 2021;

MCLIGEYO, S. O. **Ageing population in Africa and other developing communities: a public health challenge calling for urgent solutions**. East African Medical Journal. Nairobi. v. 79, n. 6, p. 281-283, jun. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.4314/eamj.v79i6.8846>. Acesso em: 03 nov. 2021;

MELO, L.A.; FERREIRA, L. M. B. M., SANTOS, M.M.; LIMA, K. C. Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro.. v. 20, n. 04, p. 493-501, jul./ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170004>. Acesso em: 28 out 2021;

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; Silva, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 03, p. 507-519, mai./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Acesso em: 18 set. 2021;

MS - Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Demográficas e socioeconômicas. População residente. Censos e estimativas populacionais**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente>. Acesso em: 30 ago. 2021;

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Introdução à Estatística Espacial para a Saúde Pública** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Simone M. Santos, Wayner V. Souza, organizadores. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/capacitacao_e_atualizacao_em_geoprocessamento_em_saude_3.pdf. Acesso em: 02 out. 2021;

R Core Team (2018). **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Available online at <https://www.R-project.org/>. Disponível em: <https://www.gbif.org/pt/tool/81287/r-a-language-and-environment-for-statistical-computing>. Acesso em: 02 out. 2021;

SES. Secretaria de Estado de Planejamento do Estado de Mato Grosso. **Caderno de Indicadores Demográficos Mato Grosso**. Disponível em: http://www.seplan.mt.gov.br/documents/363424/5931254/Caderno+Indicadores+Demogr%C3%A1ficos_+2018.pdf/6bc0f6e9-0e31-0edd-157b-289ddf0b7b43. Acesso em: 29 out. 2021;

SOUSA, S. P. O.; PEDRA BRANCA, S. B. Panorama epidemiológico do processo de envelhecimento no mundo, Brasil e Piauí: evidências na literatura de 1987 a 2009. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v. 2, n. 3, p. 188-190, ago. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n3.132>. Acesso em: 01 jul. 2021;

UN – United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). **World Population Ageing 2019** (ST/ESA/SER.A/444). Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>. Acesso em: 16 set. 2021;

UN - United Nations. **Report of the Second World Assembly on Ageing; Building a society for all ages**. Madrid, Spain; New York: United Nations; 2002 Apr: chap. I, resol. 1, annex II. Disponível em: <https://unece.org/DAM/pau/MIPAA.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2021;

UN - United Nations. **Report of the World Assembly on Aging**. 1982 Jul-Aug; Vienna, Austria: New York: United Nations; 1982. Disponível em: <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2021;

UN - United Nations. **United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030)**. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/75/131>. Acesso em: 04 nov. 2021;

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública [Internet]**. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>. Acesso em: 04 nov. 2021;

WHO - World Health Organization. **Decade of Healthy Ageing 2020–2030**. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE GESTÃO PARA INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA, NAS AÇÕES CONTRA O COVID19

Data de aceite: 01/03/2022

Claudia Walleska Ronaib Silva

Graduada em Enfermagem pela Universidade Anhembi Morumbi-UAM

Juliana Paula Santos Guarato Leme

Graduada em Enfermagem pela Universidade Camilo Castelo Branco

Vanessa Leonora Gomes

Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP

Raquel Xavier de Souza Saito

Doutora pelo Cursode Ciências da Saúde da Universidade Estadual de São Paulo-USP

Soraia Nogueira Felix

Doutoranda em Clínica Médica pelo Instituto de Assistência Médica ao Serv. Público Estadual-IAMSPE

RESUMO: No município de São Paulo, a Vigilância em Saúde se faz por processos contínuos e sistemáticos de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde no território de abrangência. A descentralização, em unidades territoriais, visa ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação sobre os condicionantes e determinantes da saúde. Para tanto, ações de proteção e promoção da saúde, prevenção, assistência e reabilitação de doenças e agravos são desenvolvidas numa

perspectiva longitudinal (BOCATTO, 2015). Na Vigilância Epidemiológica, as ações devem ocorrer de forma articulada com as demais Vigilâncias (Sanitária, Ambiental e da Saúde do Trabalhador) e outros serviços desenvolvidos e ofertados no SUS. Essa integração configura redes de atenção por meio das quais se objetiva a integralidade da atenção. Neste sentido, durante a pandemia de SARS-CoV-2, o serviço de epidemiologia da Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) de Itaquera apresenta estratégias para assessoria dos serviços de saúde adstritos ao território no enfrentamento da pandemia. Cenário complexo em que, ainda no contexto da epidemia de sarampo, a pandemia de COVID-19 impôs à Vigilância a obrigatoriedade de reorganização rápida de seus processos de trabalho de modo a apoiar as equipes e unidades de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Epidemiológica, Gestão, COVID-19, Atenção Primária.

ABSTRACT: In the city of São Paulo, Health Surveillance is carried out through continuous and systematic processes of collection, consolidation, data analysis and dissemination of information on health-related events in the territory covered. Decentralization, in territorial units, aims to plan and implement public health measures, including regulation, intervention and action on health conditions and determinants. Therefore, actions for the protection and promotion of health, prevention, assistance and rehabilitation from diseases and injuries are developed in a longitudinal perspective (BOCATTO, 2015). In Epidemiological Surveillance, actions must occur

in conjunction with other Surveillance (Sanitary, Environmental and Occupational Health) and other services developed and offered in the SUS. This integration configures care networks through which comprehensive care is aimed. In this sense, during the SARS-CoV-2 pandemic, the epidemiology service of the Health Surveillance Unit (UVIS) in Itaquera presents strategies for advising the health services in the territory in dealing with the pandemic. A complex scenario in which, even in the context of the measles epidemic, the COVID-19 pandemic imposed on Surveillance the obligation to quickly reorganize its work processes in order to support health teams and units.

KEYWORDS: Epidemiological Surveillance, Management, COVID-19, Primary Care.

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

No município de São Paulo, a Vigilância em Saúde se faz por processos contínuos e sistemáticos de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde no território de abrangência. A descentralização, em unidades territoriais, visa ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação sobre os condicionantes e determinantes da saúde. Para tanto, ações de proteção e promoção da saúde, prevenção, assistência e reabilitação de doenças e agravos são desenvolvidas numa perspectiva longitudinal (BOCATTO, 2015). Na Vigilância Epidemiológica, as ações devem ocorrer de forma articulada com as demais Vigilâncias (Sanitária, Ambiental e da Saúde do Trabalhador) e outros serviços desenvolvidos e ofertados no SUS. Essa integração configura redes de atenção por meio das quais se objetiva a integralidade da atenção. Neste sentido, durante a pandemia de SARS-CoV-2, o serviço de epidemiologia da Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) de Itaquera apresenta estratégias para assessoria dos serviços de saúde adstritos ao território no enfrentamento da pandemia. Cenário complexo em que, ainda no contexto da epidemia de sarampo, a pandemia de COVID-19 impôs à Vigilância a obrigatoriedade de reorganização rápida de seus processos de trabalho de modo a apoiar as equipes e unidades de saúde.

Pretendemos descrever o conjunto de ações e estratégias desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica da Unidade de Vigilância em Saúde da Supervisão Técnica de Saúde de Itaquera (STS- Itaquera) durante o ano de 2020 e primeiro trimestre de 2021, para apoio e assessoria dos serviços de saúde adstritos ao território de abrangência; além de trazer a vivência e a importância da integração entre Vigilância Epidemiológica e Posto de Abastecimento e Distribuição de imunobiológico (PADI) no sentido de assegurar abastecimento e orientação técnica baseada em protocolos. A primeira estratégia foi responsabilizar cada técnico (enfermeiras, médica, bióloga) por um distrito administrativo da STS – Itaquera, que abrange quatro distritos: Parque do Carmo, Cidade Líder, José Bonifácio e Itaquera. As UBS e serviços de saúde (26 UBS, 4 hospitais e Ambulatórios), passaram, a partir dessa divisão, a contar com uma referência com a qual seria possível

discutir casos e situações complexas ou específicas. Depois dessa divisão, ocorreu a definição dos agravos que deveriam ser monitorados prioritariamente, entre eles: investigação do perfil epidemiológico das pessoas que evoluíram a óbito, em razão do maior risco; supervisões e monitoramento de casos suspeitos e confirmados em Instituições de Longa Permanência (ILPI); surtos nas escolas públicas e privadas; assessoria técnica na atenção aos documentos técnicos elaborados pela Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo e Coordenadoria Regional de Saúde Leste para grupos prioritários e elegíveis; apoio logístico e operacional na distribuição dos imunobiológico no território da STS – Itaquera.

LIÇÕES APRENDIDAS

No âmbito da Vigilância Epidemiológica as doenças transmissíveis, principalmente as doenças respiratórias continuam como um importante problema de saúde pública. No contexto de uma pandemia, COVID-19, cuja transmissão é respiratória equipes de vigilância epidemiológica precisam se apresentar capacitadas e prontas à assessoria dos serviços. Foram realizadas 398 investigações de óbitos por SARS-CoV-2, o que confirmou a tendência nacional, maior taxa de idosos, obesos e pessoas com comorbidade. Foram efetuadas 401 supervisões nas unidades para orientação sobre protocolos Ministeriais e documentos técnicos; 46 inspeções sanitárias conjuntas com a vigilância sanitária em Instituições de Longa Permanência, 23 plantões de final de semana e feriados para apoio das ações de imunização; 36 monitoramentos/acompanhamentos nas ações dos mega drives de imunização, 287 investigações em instituições escolares e, destas, 168 foram notificadas por surto e 42 com atividades presenciais suspensas; 19 reuniões com instituições de saúde para orientação técnica; centenas de visitas às UBS para entrega de vacinas em apoio ao PADI- Leste. Ocorreu o recebimento e notificação em tempo oportuno das notificações de surtos em escolas e ILPI. A principal resultado atingido foi a melhor integração com os estabelecimentos de saúde do território, UVIS e PADI.

RECOMENDAÇÃO

A Vigilância Epidemiológica se constitui e atua diretamente na capacidade de resposta aos problemas de saúde. Mediante a pandemia, fez-se necessário adaptar as condutas e fortalecer a integralidade com as instituições de saúde do nosso território. Ser referência para coleta, consolidação, análise de dados, supervisão territorial e assessoria dos serviços de saúde em um território de abrangência com mais de 540.000 pessoas é relativamente complexo. Ao longo da pandemia de COVID-19, ações e estratégias foram incorporadas e somadas ao conjunto de atividades da Vigilância Epidemiológica da STS – Itaquera, na zona leste do município de São Paulo. A equipe de vigilância epidemiológica se desdobrou no sentido de apresentar pronta e disponível a apoiar as equipes e serviços para atuação baseada em evidências científicas. A reformulação das ações tem resultado em

melhor integração com os serviços de saúde do território e permitido dialogo constante com os serviços. Na atualidade percebe-se que os serviços buscam respostas para demandas do dia a dia na vigilância e, apesar de ter as mãos documentos técnicos conta com a vigilância para discussão de exceções e situações não contempladas. Ou seja, todos os resultados alcançados até aqui são produtos de muita reorganização institucional, gestão e gerencia voltada ao apoio das equipes e serviços, com vista a aumentar sua capacidade de predição e intervenção.

AGRADECIMENTOS

A Vigilância Epidemiológica é um serviço coletivo e fundamental para as ações de saúde pública e nada é possível sem a colaboração de uma equipe multiprofissional, por isso agradecemos nossos colegas de trabalho, do setor da epidemiologia da Unidade de Vigilância em Saúde de Itaquera (UVIS Itaquera), que se dedicam e favorecem essas ações de saúde acontecer, a saber: Amanda Puosso Almeida, Camila Matias Modesto, Gildete Santos Rosa, Karla Regina Harami Pereira Alves, Laurinda Fujiko Tsukuda, Luiza da Luz Quintela, Patricia dos Reis Ferreira, Sonia Aparecida Leite e Tatiana Cruz Vitorio dos Santos. Agradecemos também nossa Gerente do nosso núcleo de Vigilância, a Sra. Lívia Regina Freitas Medeiros e a coordenadora da UVIS Itaquera, a Sra. Maria Elizabet Pereira de Siqueira e toda rede de atendimento das unidades de saúde do território que, com maestria, vem fazendo um papel ativo e colaborativo durante todo este período pandêmico.

REFERÊNCIAS

BOCATTO M. Vigilância em Saúde. In: Repositório Institucional UNIFESP, 2015.

TREINAMENTO DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DURANTE A PANDEMIA COVID 19 COM USO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 28/12/2021

Eduardo Guerra Barbosa Sandoval

Centro Universitário Municipal de Franca (UNIFACEF), Docente do Departamento de Medicina
Franca, São Paulo, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0316566737579922>

Kelly Jacqueline Barbosa

Centro Universitário Municipal de Franca (UNIFACEF), Docente do Departamento de Medicina
Franca, São Paulo, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6883153374607034>

Renata Camila Barros Rodrigues

Centro Universitário Municipal de Franca (UNIFACEF), Docente do Departamento de Medicina
Franca, São Paulo, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7963263562983368>

Regina Helena Pires

Universidade de Franca (UNIFRAN), Docente do Programa de Doutorado em Promoção de Saúde
Franca, São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6004-5951>

RESUMO: **Introdução:** A Doença do Coronavírus (COVID-19) foi declarada pandemia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, causando impacto significativo na atenção primária,

secundária e terciária do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos meses seguintes, com altos picos de incidência, a mortalidade por COVID-19 tornou-se o pior problema de saúde pública da história recente da humanidade. Rapidamente, equipes multidisciplinares de profissionais de saúde tiveram que ser capacitadas para lidar com essa nova situação, em meio a um fluxo contínuo de novas informações sobre a doença, dificultando o direcionamento da formação dessas equipes. **Objetivo:** Relatar a experiência do uso da simulação clínica para treinamento de equipes multidisciplinares de profissionais de atenção primária, secundária e terciária para o enfrentamento da COVID-19. **Método:** Foi realizado um estudo observacional de treinamentos aplicados por uma equipe de instrutores de simulação clínica da Faculdade de Medicina Municipal de Franca, São Paulo, para trinta e duas equipes multiprofissionais. O treinamento utilizou cenários que simulavam atendimento a pacientes com suspeita de COVID-19, com foco no atendimento inicial ao paciente, proteção individual da equipe no contato com pacientes infectados e acesso às vias aéreas em casos de insuficiência respiratória aguda. Foram discutidos os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde para casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus (SARS-COV2). **Resultados:** A aplicação da simulação clínica em equipes multiprofissionais possibilitou a aquisição de habilidades e conhecimentos sobre a abordagem inicial de pacientes com suspeita de COVID-19. Os resultados também mostraram que a simulação clínica pode ser

uma ferramenta útil em treinamentos que requerem rápido aprendizado, como no caso de uma pandemia. **Conclusão e recomendações:** A aplicação da simulação clínica às equipes multiprofissionais durante a pandemia contribuiu para a melhoria da prática assistencial dos profissionais de saúde perante o COVID-19, fortalecendo o vínculo multiprofissional.

PALAVRAS-CHAVE: Simulação; Treinamento; Covid19; multidisciplinar; Ensino.

TRAINING OF MULTIDISCIPLINARY TEAMS DURING THE COVID 19 PANDEMIC WITH THE USE OF CLINICAL SIMULATION

ABSTRACT: Introduction: Coronavirus Disease (COVID-19) was declared a global pandemic by the World Health Organization (WHO) on March 11, 2020, causing a significant impact on primary, secondary and tertiary care in the Unified Health System (SUS). In the following months, with high incidence peaks, mortality from COVID-19 became the worst public health problem in the recent history of humanity. Quickly, multidisciplinary teams of health professionals had to be trained to deal with this new situation, amid a continuous flow of new information about the disease, making it difficult to direct the formation of these teams.

Objective: To report the experience of using clinical simulation to train multidisciplinary teams of primary, secondary and tertiary care professionals to deal with COVID-19. **Method:** An observational study of training applied by a team of clinical simulation instructors from the Municipal Medical School of Franca, São Paulo, to thirty-two multidisciplinary teams was carried out. The training used scenarios that simulated care for patients suspected of having COVID-19, with a focus on initial patient care, individual protection of the team in contact with infected patients, and access to the airway in cases of acute respiratory failure. The protocols recommended by the Ministry of Health for suspected cases of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-COV2) were discussed. **Results:** The application of clinical simulation in multidisciplinary teams enabled the acquisition of skills and knowledge about the initial approach to patients suspected of having COVID-19. The results also showed that clinical simulation can be a useful tool in training that requires rapid learning, such as in the case of a pandemic. **Conclusion and recommendations:** The application of clinical simulation to multidisciplinary teams during the pandemic contributed to improving the care practice of health professionals before COVID-19, strengthening the multidisciplinary bond.

KEYWORDS: Simulation; Training; Covid-19; multidisciplinar; Teaching.

1 | INTRODUÇÃO

Entre novembro e dezembro de 2019, uma doença infecciosa contagiosa grave de origem viral foi detectada em Wuhan, uma cidade na China Central. Após análise do China Center for Disease Control, descobriu-se que era uma pneumonia grave causada por um novo coronavírus, denominado pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus como: Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus-2 (SARS - COV-2) (1- 3). A nova doença espalhou-se rapidamente em proporções mundiais (7). A Doença por Coronavírus (COVID-19) foi declarada pandemia global pela OMS em 11 de março de 2020 (2) e no Brasil, causou grande impacto na atenção primária, secundária e terciária do Sistema

Único de Saúde (SUS). Nos meses seguintes, ocorreram altos picos de incidência e a morbimortalidade causada pela COVID-19 que tornou-se o pior problema de saúde pública da história recente da humanidade (6). Os profissionais de saúde envolvidos na chamada “linha de frente” do atendimento ao paciente infectado incluem médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outros; esses atores que antes atuavam no SUS de maneira adequada às condições normais de trabalho, tiveram que se adaptar e treinar rapidamente para esta nova situação, de forma abrupta, exigido pelo rápido avanço da pandemia (4). Muitas dessas equipes estavam habituadas ao atendimento eletivo de pacientes em boas condições físicas ou cronicamente acometidos por patologias de menor impacto na mortalidade e sem necessidade de acesso a serviços de emergência (5).

Porém, repentinamente surgiu a demanda por treinamentos específicos para o atendimento de pacientes com doenças respiratórias graves (1), além do conhecimento e aplicação de rígidas medidas de proteção individual e / ou coletiva contra a contaminação do SARS-COV-2 (6). Simultaneamente, a comunidade científica mundial focou em estudos voltados para a contenção da pandemia, envolvendo os centros de controle de doenças infecciosas e contagiosas dos países afetados, o que resultou em um imenso volume de publicações, protocolos assistenciais voltados para o controle do COVID-19 e alcançou, em um poucos meses, um arsenal de informações a ser estudado e assimilado por profissionais de equipes multiprofissionais (3). Tais pesquisas geraram evidências científicas importantes e urgentes sobre a doença, dificultando o treinamento urgente adequado dessas equipes.

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é relatar a experiência de aplicação da simulação clínica como ferramenta de treinamento de equipes multiprofissionais de atenção primária, secundária e terciária para o enfrentamento do COVID-19.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo e observacional, realizado como projeto de extensão universitária, criado especificamente para treinar rapidamente equipes multidisciplinares no enfrentamento da pandemia COVID-19.

A equipe de instrutores de simulação clínica da Faculdade de Medicina Municipal de Franca-SP e voluntários aplicou treinamentos intensivos a trinta e duas turmas de profissionais da saúde, que atuavam na atenção básica, secundária (pronto-socorro e ambulatorios) e terciária (hospitais que prestam atendimento ao SUS). Foram aplicados cenários simulados para atendimento ao paciente com suspeita de COVID-19, com foco no atendimento inicial ao paciente, proteção individual das equipes no contato com o paciente e treinamento no acesso às vias aéreas em casos de insuficiência respiratória aguda. Além disso, foram discutidos protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde para os casos suspeitos de SARS-COV2, bem como o encaminhamento para serviços específicos para

cada condição clínica, de acordo com a gravidade do caso.

A duração do treinamento foi de aproximadamente quatro horas por grupo de participantes, sempre iniciando com uma apresentação expositiva sobre as diretrizes do Ministério da Saúde, sociedades de terapia intensiva e demais órgãos de saúde vinculados ao estado / município. Em seguida, foram aplicados cenários de simulação clínica, tratando das condições clínicas do COVID19, seguidos de discussões (debriefings) valorizando os principais pontos norteadores de cada sessão simulada.

3 | RESULTADOS

A observação dos participantes pelos instrutores permitiu algumas considerações importantes sobre o treinamento: primeiramente, a insegurança foi o principal sentimento dos profissionais em relação ao atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados com COVID19 (alguns treinandos expressaram medo de serem contaminados e seus pares, supondo que seria imprudência atuar, portanto, atuar no atendimento). No entanto, os instrutores frequentemente observaram que o medo e a insegurança diminuíram ao longo do treinamento, especialmente após a aplicação de cenários simulados e debriefings. Em relação à aquisição de habilidades para acessar as vias aéreas, assistência ventilatória, vestimentas, proteção de ambientes suscetíveis à contaminação, observou-se que a maioria dos participantes já as possuía, mas em diferentes níveis de conhecimento e especialização. Alguns dos participantes se sentiram seguros para manusear adequadamente pacientes ventilados mecanicamente e/ou intubados, enquanto outros tiveram dificuldades nesse manejo devido ao pouco ou nenhum hábito de lidar rotineiramente com esses pacientes. Observou-se também que quanto mais inseguros os profissionais, nesses e em outros procedimentos, esses se sentiram mais confiantes após passar pelo treinamento.

No que se refere à aquisição de novos conhecimentos relacionados à pandemia, percebeu-se que os participantes assimilaram muito mais, tanto as informações adquiridas no treinamento quanto aquelas resultantes da leitura de artigos ou protocolos de atendimento ao COVID19, conforme identificado nos relatos do debriefings finais. Essa observação foi facultada ao fato de que à simulação clínica ter a vantagem de promover um aprendizado mais rápido da parte cognitiva (5).

As simulações aplicadas, inspiradas em situações reais vivenciadas pelos instrutores, proporcionaram treinamento às equipes interdisciplinares em ambiente seguro (Figs. 1 e 2). Nos debriefings nos finais das sessões de simulação, os participantes relataram que, após o treinamento, se sentiram muito mais seguros para retornar aos seus postos de trabalho. Além disso, eles também se mostraram dispostos e motivados a multiplicar os conhecimentos e habilidades adquiridos em suas equipes de trabalho, demonstrando também que a conscientização também foi uma habilidade implementada após o treinamento com simulação.



FIGURA 1. Treinamento COVID-19



FIGURA 2. Treinamento COVID-19

4 | CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A aplicação da simulação clínica em equipes multidisciplinares possibilitou a aquisição de habilidades e conhecimentos no manejo de pacientes infectados ou com suspeita de COVID-19. Além disso, a simulação é uma ferramenta útil nos treinamentos que requerem aprendizado rápido, como em pandemias, sendo que vincula a prática assistencial à educação continuada. É importante destacar que as ações de treinamento com simulação realizadas durante a pandemia contribuíram para a melhoria da prática assistencial dos profissionais de saúde perante o COVID-19, fortalecendo o vínculo multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. André , RPD, Oliveira HC, Gouvêa G, Fernandes FC, Jerônimo IRL, Campos JF. **Treinamento de intubação orotraqueal na pandemia por coronavírus: aplicação da Prática Deliberada em Ciclos Rápidos**; REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA | 45 (3) : e0136, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20210019>
2. Ardabili, S.F.; Mosavi, A.; Ghamisi, P.; Ferdinand, F.; Varkonyi-Koczy, A.R.; Reuter, U.; Rabczuk, T.; Atkinson, P.M. **COVID-19 Outbreak Prediction with Machine Learning. Algorithms** 2020, 13, 249. <https://doi.org/10.3390/a13100249>
3. Ciotti M, Angeletti S, Minieri M, Giovannetti M, Benvenuto D, Pascarella S, Sagnelli C, Bianchi M, Bernardini S, Ciccozzi M: **COVID-19 Outbreak: An Overview**. Chemotherapy 2019;64:215-223. doi: 10.1159/000507423

4. Pimentão AR, Ueno TMRL, Silva AC, Nogueira TO, Oliveira MLC. **Simulação clínica para enfrentamento da Covid-19: formação complementar de enfermeiros.** Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e246653 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246653>

5. Santos KB, Püschel VAA, Luiz FS, Leite ICG, Cavalcante RB, Carbogim FC. **Treinamento por simulação para admissão hospitalar de pacientes com COVID-19: avaliação de profissionais de enfermagem.** Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021 [acesso MÊS ANO DIA]; 30:e20200569. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0569>

6. Silva, MI, Silva MTBF, Santos RG, Ferreira RKG. **Trabalho da Equipe Multiprofissional no contexto da COVID-19: Diversos olhares, um só objetivo;** Research, Society and Development, v. 10, n. 3, e53210313439, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13439>

7. Waris A , U.K. Atta, M. Ali, A. Asmat, A. Baset. **COVID-19 outbreak: current scenario of Pakistan,** New Microbes and New Infections, Volume 35, 2020,100681,ISSN 2052-2975. <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2020.100681>.

CAPÍTULO 10

A INSERÇÃO DE TERAPIAS COMPLEMENTARES EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE: HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO

Data de aceite: 01/03/2022

Fernanda Lopes Bento Xavier

Graduada em Terapia Ocupacional e Coordenadora Técnica em Saúde da APAE Sorocaba

Felipe Costa Battistuzzo

Psicopedagogo

Edna Silva de Araújo de Moraes

Psicopedagoga

Renata Ribeiro Cé

Arteterapeuta

Kethyllin Souza Costa

Musicoterapeuta

RESUMO: Este trabalho apresenta o relato de experiência da inserção do projeto de Terapias complementares, com financiamento do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Sorocaba- CMDCA, para o atendimento ambulatorial de 70 crianças e/ ou adolescentes do centro de reabilitação em saúde da APAE Sorocaba, durante os anos de 2020 e 2021. A proposta teve como objetivo compor um grupo de estratégias de serviços que fortalecem o modelo de atenção humanizada e centrada na integridade da pessoa com deficiência. Conclui-se que ao integrar as terapias complementares com as essenciais já existentes no serviço, observa-se um ganho na integralidade do usuário, assim como em sua família, fortalecendo o modelo terapêutico já existente e rompendo

com a prática baseada no modelo biomédico.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiência Intelectual; Terapias Complementares, Arteterapia, Musicoterapia e Psicopedagogia.

ABSTRACT: This work presents the experience report of the insertion of the Complementary Therapies project, with funding from the Municipal Council for the Rights of Children and Adolescents of Sorocaba - CMDCA, for outpatient care of 70 children and / or adolescents from the health rehabilitation center of APAE Sorocaba, during the years 2020 and 2021. The proposal had as objective compose a group of service strategies that consolidate the model of humanized care and focused on the integrity of people with disabilities. It is concluded that by integrating the complementary therapies with the essential ones already existing in the service, there is a gain in the integrality of the user, as well as in his family, reinforce the existing therapeutic model and breaking with the practice based on the biomedical model.

KEYWORDS: Intellectual Disability; Complementary Therapies, Art Therapy, Music Therapy and Psychopedagogy.

INTRODUÇÃO

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Sorocaba- APAE Sorocaba, com 54 anos de existência, é uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos atuando nas áreas de assistência social, educação, saúde, prevenção, inclusão no mercado de

trabalho, defesa e garantia de direitos, esporte, cultura, lazer, estudo, pesquisa e outros. Constitui caráter primordial da instituição a defesa e garantia dos direitos da população com deficiência, preferencialmente intelectual e múltipla, em constante e consciente processo de militância em busca da melhoria da qualidade de vida deste público.

O centro de reabilitação em saúde da instituição atua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo a assistência à saúde na reabilitação/habilitação de pessoas com deficiência intelectual e/ou física. O acompanhamento é realizado por meio de atendimento ambulatorial de equipe multidisciplinar (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, e Psicologia), centrado no desenvolvimento e ampliação de habilidades para uma vida autônoma e de participação efetiva em seus projetos de vida pessoais e sociais, desde a estimulação precoce até os processos de envelhecimento.

Esse artigo busca relatar a experiência da inserção do projeto Terapias Complementares no Centro de reabilitação em saúde da APAE Sorocaba, através das especialidades de Arteterapia, Musicoterapia e Psicopedagogia. O projeto conta com o financiamento do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Sorocaba - CMDCA, através do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – FUMCAD para o atendimento semanal de 70 crianças e/ ou adolescentes, com deficiência atendidos na instituição, com duração média de 30 minutos por atendimento, durante o período de outubro de 2020 a outubro de 2021.

As PICS (Práticas Integrativas e Complementares) são práticas terapêuticas que utilizam recursos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas questões de saúde. Incluí-las no cotidiano de centro de reabilitação propõe o rompimento da prática baseada no modelo biomédico e sugere a valorização do saber popular no processo de cuidado e reabilitação. O projeto previu pensar no processo de reabilitação com o olhar humanizado das terapias complementares e assim viabilizar condições de melhorar a qualidade de vida da pessoa com deficiência, partindo do entendimento que grande parte das dificuldades enfrentadas durante o tratamento terapêutico estão diretamente relacionadas com os aspectos sociais que as envolvem, tais como a dificuldade de se perceber enquanto indivíduo funcional e a sua inclusão na sociedade.

A Arteterapia foi direcionada em três principais eixos: o atendimento para crianças e adolescentes com deficiência intelectual e múltiplas; a arteterapia familiar e o atendimento exclusivo aos pais de pessoas com deficiência acompanhadas nas terapias essenciais da unidade. Tais eixos foram priorizados ampliando o olhar para a família, pois neste processo humanizado, entende-se que o cuidado com a família da pessoa com deficiência é de suma importância devido aos obstáculos enfrentados por eles em todo contexto da deficiência, seja ele social, emocional ou até mesmo para que haja uma orientação no enfrentamento das dificuldades da inclusão desta criança e do adolescente com deficiência na sociedade como um todo.

No atendimento às crianças e adolescentes com deficiência, a premissa é oferecer

as expressões artísticas e o brincar para que se possa obter a partir de um universo criativo e lúdico, um melhor desenvolvimento de suas habilidades, favorecendo sua habilitação e/ou reabilitação e ofertar um acolhimento amplamente humanizado para que se sintam seguras e possam fortalecer sua autonomia.

Já na arteterapia familiar, o atendimento ocorre com os pais e filhos reunidos, para que eles possam vivenciar juntos as propostas artístico-terapêuticas e criar a partir dessas experiências um vínculo mais afetivo enquanto grupo familiar.

O atendimento individual aos pais prioriza atividades expressivas que promovam o autoconhecimento e a percepção da importância do autocuidado, para que haja um fortalecimento emocional e uma melhora nos contatos interpessoais, amenizando possíveis sentimentos de medo, culpa e promovendo a autoestima. Com propostas de criações artísticas em que eles possam se perceber na própria arte, na qual sua criação funciona como um espelho de si. Ao trabalhar de forma simbólica as expressões de seus anseios, representados em uma pintura em tela, ou em uma mandala de fios ou até mesmo em uma colagem com figuras de revistas, o indivíduo vai percebendo como ele vem conduzindo sua vida e entendendo como ele pode promover transformações para uma vida mais harmoniosa.

No Projeto Terapias Complementares, a Psicopedagogia visa contribuir com o serviço já existente, fortalecendo o modelo de atenção humanizada e centrada na integridade da pessoa com deficiência, desde a primeira infância até a adolescência, com intervenções que favoreçam o desenvolvimento cognitivo, as habilidades psicomotoras e estímulo das competências pedagógicas, diminuindo assim, os obstáculos que dificultam os processos de aprendizagem, e também oferecer esclarecimento, orientação e apoio ao usuário, família e rede de ensino, facilitando assim o processo de inclusão.

Utilizando a vivência em oficinas de jogos diversos com contexto pedagógico, brincadeiras de expressão corporal e mímicas envolvendo ações do dia a dia, atividades em grupo, fazendo adaptações de materiais únicos e significativo para cada sujeito, a reabilitação psicopedagógica visa criar conexões neurais, ativando diferentes áreas do cérebro possibilitando a neuroplasticidade do mesmo, ou seja, criar diferentes caminhos para estímulos novos.

Vale ressaltar que durante o período de pandemia, o grande desafio é manter o vínculo dos usuários com a aprendizagem acadêmica, uma vez que o ensino presencial precisou ser suspenso, com apenas aulas em modo remoto ou híbrido, houve grande falta de interesse ou dificuldade em fazer as atividades escolares em casa, surgindo a demanda de incluir nas intervenções o apoio para a realização dessas atividades. Para isso utilizamos da conversa e da escuta terapêutica nas visitas escolares para a construção de propostas pedagógicas com a equipe escolar que acompanha o usuário, entre eles (professor, coordenador, diretor, professor do atendimento educacional especializado, inspetor, cuidador e professor auxiliar).

Os atendimentos de Musicoterapia realizados com os pacientes na APAE foram todos conduzidos e fundamentados em técnicas e abordagens que oferecem possibilidades de experienciar os sons, as músicas e os seus elementos (ritmo, melodia, harmonia, timbre) através da construção de vínculo e pontes de comunicação na relação paciente - terapeuta. A prática musicoterapêutica se desenvolveu com o objetivo de ampliar o potencial terapêutico da equipe pelo trabalho com essa ferramenta que favorece o estímulo das capacidades existentes da pessoa e colabora para adesão e controle de resistência ao tratamento com outros profissionais.

As atividades musicais foram desenvolvidas a partir do olhar da equipe diante dos objetivos terapêuticos traçados para cada atendido, utilizando recursos sonoro-musicais para trabalhar aspectos motores, cognitivos, emocionais, de socialização e linguagem. Dentro da prática há a importância de buscar entender a pessoa como um todo para poder compreender quais são suas necessidades terapêuticas e quais parâmetros de ação do musicoterapeuta e da equipe.

DISCUSSÃO

Terapias Complementares no atendimento de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e ou múltipla

De acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), em vigor desde 2006 no Brasil, as ações de cuidados transversais podem ser oferecidas em todos os níveis de atendimento à saúde dentro do sistema, sejam eles de baixa, média ou alta complexidade. O acompanhamento no que diz respeito ao processo de habilitação e reabilitação de crianças com deficiência acontece na média complexidade, através de terapias que oferecem estímulos diversos capazes de oferecer condições adequadas para o desenvolvimento neuropsicomotor e social. (PNPIC/2006)

Arteterapia

A arteterapia é uma prática terapêutica que pode ser feita individualmente ou em grupo, e que faz uso de técnicas e materiais artísticos que facilitam o desenvolvimento da criatividade e que conforme Patrícia Pinna Bernardo, psicóloga e arteterapeuta, “permite que olhemos para dentro de nós através do que trazemos para fora de nós a partir da utilização de recursos artísticos”. (BERNARDO/2013).

Quando esse olhar através da arte ocorre em um setting terapêutico, a arte torna-se não apenas um instrumento de expressão e comunicação, mas também uma potente ferramenta de percepção de si e de suas relações com o outro na sociedade. Assim, no desenrolar do processo arteterapêutico, ocorrem grandes ganhos e transformações na promoção do bem-estar e da saúde. Com propostas ofertadas e mediadas por uma arteterapeuta, tais como: desenho, pintura, modelagem, recorte e colagem, música, dança,

teatro entre outras, é facilitado um cuidado para com a saúde emocional, física e cognitiva do participante. Para Bernardo/2013 “os recursos arteterapêuticos podem nos fornecer as ferramentas que nos permitem o desbravamento de nossas florestas nessa jornada interior, que Jung chamou de individuação: processo de nos tornarmos mais inteiros, o que nos mantém saudáveis”.

Percebeu-se que nestes atendimentos às crianças, mesmo com dificuldades derivadas de suas deficiências, se mostraram envolvidas pelas propostas artísticas e embarcaram em desafios munidos de seus pincéis e lápis de cor, sem medo de fracassar. Aqui, ao ouvir uma história, fazer um simples avião de papel, colorir e arriscar conduzir o voo de seu brinquedo novo de autoria própria, é motivo de grande satisfação e realização pessoal. De acordo com Bernardo/2013, “Ao promover processos de transformação, o trabalho arteterapêutico leva um questionamento existencial que nos predispõe à abertura para a criação de um projeto de vida que inclua a conquista de nossos tesouros internos, a realização de nossos sonhos de felicidade, ou seja, a nossa autorrealização”.

Ao reunir a família e oferecer para ela uma proposta artística única, elaborada especialmente para este grupo, visando suprir as dificuldades nas relações e ao mesmo tempo atender suas necessidades enquanto indivíduo, as atividades artísticas surgem como um novo canal de comunicação para aqueles que precisam se expressar naquele grupo e muitas vezes não conseguem se fazer compreender.

Shirley Riley/1998 nos traz uma reflexão sobre a arteterapia familiar como ferramenta preciosa para reestruturação da realidade familiar:

“As representações de arte provêm a oportunidade de olhar a situação com “uma certa distância”. A tarefa de arte oferece à família uma lente para observar-se como se estivesse fora do seu sistema. Discutir as ilustrações estimula a linguagem e a conversação na família. Há uma maior possibilidade de encontrar novos temas, novas histórias, criar uma visão alternativa para seu problema, inventar uma nova realidade.” (RILEY/1998)

Os resultados obtidos neste eixo familiar foram bastante significativos, percebendo-se aqui várias possibilidades de mudanças nas relações. Por exemplo, houve caso de mãe e filho que inicialmente vinham em uma relação conflituosa e com certa agressividade e juntos no processo arteterapêutico, ao criarem desenhos, se ajudarem em suas dificuldades no processo criativo, reduziram aos poucos tais situações de enfrentamento, e passaram a se tratar com mais afeto e respeito, facilitando os cuidados perante a deficiência e melhorando a qualidade de vida nesse lar. Houve também vários casos de mães que a princípio estavam acometidas de um comportamento superprotetor, fator que dificulta o desenvolvimento da autonomia do filho, e ao fazer juntos as propostas de arteterapia puderam perceber que é possível conduzir uma relação mais leve, na qual todos são participativos, porém a criança tem mais espaço para experimentar sua autonomia e para tentar enfrentar seus desafios sem medo. Sendo assim, de acordo com Bernardo/2013,

percebe-se que “podemos desenvolver estratégias de comunicação interpessoal em que diferentes pontos de vista possam se complementar, ajudando a construir uma perspectiva mais abrangente sobre o homem e suas relações”.

Musicoterapia

Considerando a música como um ingrediente importante na experiência humana, o uso do som e da música tem sido registrado na história das civilizações em rituais tribais e religiosos de cura, em processos educacionais e em expressões de indivíduos nos mais diferentes contextos e lugares. A música transparece características da cultura com ritmos, melodias, letras e vozes, que quando ouvidas e outrora cantadas, são como um veículo que carregam e passam adiante no tempo e em espaços, importantes aspectos culturais, morais, espirituais e eventos e valores históricos. A música tem sido usada para acalmar ou alvoroçar e até vivenciar sentimentos, então, quando tocamos um instrumento sozinho ou em um grupo musical e perto de pessoas que gostamos, é possível perceber a redução de distâncias sociais e afetivas (PORGES/2010).

A utilização da música através da Musicoterapia, no contexto da instituição, colabora para atenuar a resistência ao tratamento e estimula as capacidades residuais da pessoa de forma não invasiva (CASTRO/2012). Para que a ação do musicoterapeuta seja eficaz, é essencial realizar inicialmente a avaliação musicoterapêutica para conhecer o desenvolvimento do paciente e estabelecer os parâmetros para o processo de reabilitação. Seguindo o Protocolo de Avaliação Inicial em Musicoterapia proposto pela Abordagem Plurimodal – APM (SCHAPIRA/2007), foi possível estabelecer critérios de organização e aplicação das experiências musicais para pacientes com sequelas relacionadas à linguagem, sociabilização, motricidade e aspectos cognitivos; mesmo depois da entrevista inicial, o processo de avaliação global continua para levantamento e alcance de novas demandas considerando a diversidade dos perfis dos atendidos, sendo assim, é difícil encontrar um padrão para estabelecer uma sequência de aplicação de experiências musicais. Portanto, são privilegiadas as informações colhidas através das atividades musicais - *improvisações musicais terapêuticas, trabalho com canções e uso seletivo da música editada*, em conjunto com o fortalecimento do vínculo paciente-terapeuta durante o processo. (SCHAPIRA/2007).

Durante os atendimentos e quando em uma “simples” e repetida atividade musical, o musicoterapeuta pôde perceber pontos de dificuldade não notados em outras terapias e os pontos fortes, potenciais para recuperação e aquisição de capacidades existentes e/ou adormecidas, pois o musicoterapeuta “usa da sua sensibilidade, habilidades e criatividade para pôr em movimento e guiar o processo de oferecer experiências que promovem a prevenção, a adaptabilidade, a reabilitação e melhora da saúde e da qualidade de vida da pessoa ou grupo.” (BRUSCIA/2013). Quando os atendidos frequentaram um ambiente seguro e acolhedor, foi oferecido um amparo de seus potenciais e de suas limitações, e até mesmo os mais retraídos ou aqueles sem contato com o fazer musical, que embora fossem

desafiados a cantar ou tocar, com o passar do tempo puderam encontrar novas formas de comunicar aspectos de sua identidade e realidade, ao mesmo tempo encontrando nas atividades uma “experiência útil e libertadora de emoções contidas” (PRIESTLEY apud FERRARI/2007, p. 201).

Ademais, foram reconhecidos o “tipo de ouvinte” (física, emocional e intelectual, de forma receptiva ou interativa) que a pessoa é e quais suas reações à audição musical, constatando ao terapeuta “um mapeamento útil a respeito da relação da pessoa com o universo sonoro” e de forma dinâmica e aprimorada, pôde vir a “organizar o pensar as reações humanas diante do fenômeno musical” (QUEIROZ/2001). Também foi possível reconhecer quais as representações sociais musicais da pessoa, explicado por Schapira (2007), que apresenta qual tipo de “território existencial” o paciente percorre – territórios massificados, territórios marginais, territórios universais ou territórios de singularização. (CASTRO/2012).

De acordo com o plano terapêutico individual e a especificidade do trabalho da Musicoterapia, foram estabelecidos critérios referenciais para encaminhamento ao serviço que fossem coerentes às necessidades de cada pessoa, sendo esses descritos por (WIGRAM, PEDERSEN & BONDE/2002):

- 1. Dificuldades na interação social em níveis verbal e/ou não-verbal;*
- 2. Falta de compreensão ou de motivação para a comunicação;*
- 3. Padrões rígidos e repetitivos de atividade e/ou jogo;*
- 4. Relações interpessoais empobrecidas;*
- 5. Hipersensibilidade a sons/ruídos;*
- 6. Falta de habilidade ou de interesse em compartilhar experiências;*
- 7. Dificuldades significativas em cooperar/ adaptar-se a mudanças;*
- 8. Aparente falta de habilidade em aprender com experiências;*
- 9. Falta de reciprocidade emocional e/ou de empatia;*
- 10. Senso empobrecido de si mesmo.*

(WIGRAM, PEDERSEN & BONDE: p.152/ 2002).

Em complemento, no decorrer das sessões, os pacientes foram avaliados progressivamente por protocolos: referente à responsividade (HANSER/1999) para encontrar parâmetros de experiências musicais “que despertem motivação, engajamento e componentes do desempenho e da iniciativa em tarefas que envolvem percepção, criatividade, fazer musical em colaboração com o musicoterapeuta nas tarefas de base”; e, para localizar práticas da Musicoterapia e atingir objetivos focais, emocionais e sociais através do uso projetivo dos instrumentos dentro das propostas (BAKER & TAMPLIM/2006).

Obtivemos comentários da família ou responsáveis sobre os resultados terapêuticos, além disso, foi possível perceber que houve uma ou várias significativas e visíveis

mudanças de comportamentos sociais, cognitivos e mentais dos participantes, quando percebemos que suas relações, antes empobrecidas, depois tinham se desenvolvido em trocas espontâneas e autênticas; observamos a evolução neurofisiológica quando habilidades musicais foram se aprimorando no ritmo, harmonia, melodia, dinâmicas de intensidade e velocidade, e quando observado que a música é transformada, se constata a transformação do paciente (SCHAPIRA/2007); são assinaladas metas alcançadas com pessoas que antes não compreendiam nem se comunicavam, e hoje em dia demonstram aprender com experiências e interação socialmente em nível verbal e/ou não verbal; verificamos o controle e a redução de dor, estresse e ansiedade de pacientes que eram submetidos a terapias às vezes desconfortáveis e doloridas, esses demonstraram alívio e adaptabilidade às dinâmicas diárias por entonações, expressões e comunicações corporais. (THAUT/2014).

Todas as experiências contribuíram para o aprimoramento e busca por conhecimentos da musicoterapeuta atuante no projeto, onde tem como indispensável praticar e exercer a empatia para oferecer um espaço seguro de acolhimento, afeto, música e expressividade. Verifica-se a importância da implantação da Musicoterapia na instituição para ampliar as possibilidades de alcance terapêutico da equipe e garantir, por direito, que as pessoas possam ser vistas além de seus comprometimentos de saúde e poderem se desenvolver como um todo (GONÇALVES/2010). Constatam-se os benefícios da terapia quando nos remetemos ao psiquiatra e psicoterapeuta Carl Gustav Jung: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” (JUNG/1991).

Psicopedagogia

A Psicopedagogia é um campo de conhecimento e ação interdisciplinar em Educação e Saúde com diferentes sujeitos e sistemas, quer sejam pessoas, grupos, instituições e comunidades. Ocupa-se do processo de aprendizagem considerando os sujeitos e sistemas, família, escola, sociedade e o contexto social, histórico e cultural. Utiliza instrumentos e procedimentos próprios, fundamentados em referenciais teóricos distintos, que convergem para o entendimento dos sujeitos e sistemas que aprendem e sua forma de aprender. (ARTIGO 1º Código de Ética do Psicopedagogo/1996).

O psicopedagogo ao promover experiências como: brincar, pensar, criar, trocar, ensinar e aprender, criando espaço de aprendizagem e desenvolvimento para a criança/adolescente atendido, também está favorecendo a reabilitação de habilidades, orientando família, colaborando com a escola (no processo de inserção, reinserção da criança e de estratégias e recursos alternativos), desenvolvendo redes de apoio, colaborando para a adesão para o plano terapêutico, integrando a equipe transdisciplinar, ensino e prática em saúde. Nessa perspectiva, a atuação do psicopedagogo está voltada não só para aspectos específicos do desenvolvimento e escolarização da criança/adolescente, mas também para

aspectos ampliados do acompanhamento terapêutico. (LAVOR/2011)

Cada indivíduo é completo dentro de suas particularidades, sendo assim o fazer psicopedagógico tem que ser feito de forma lúdica e prazerosa, para aprender é necessário que se tenha desejo, que a aprendizagem seja significativa e para que isso ocorra utilizamos de atividades lúdicas, jogos simbólicos, atividades artísticas e outras ações possíveis de acordo com a possibilidade de cada usuário. (FEITOSA/1999)

A oferta do atendimento terapêutico no momento pandêmico trouxe resultados positivos, onde alguns atendidos voltaram a fazer as atividades em casa, organizando e cuidando dos materiais escolares, demonstrando interesse pelas atividades e ficando felizes ao perceberem que conseguem, elevando a autoestima em relação à aprendizagem. As orientações para as famílias se intensificaram, estreitando laços entre terapeutas, usuários, família e alguns professores, com intuito de construir ações que possam minimizar o impacto causado pela falta das aulas presenciais e a dificuldade na participação das modalidades de ensino ofertadas neste momento.

Dessa maneira, para cada usuário foi ofertado recurso específico, pensados desde a avaliação feita no momento da triagem e as constantes observações da equipe multidisciplinar no desenvolvimento do processo terapêutico associados com as informações coletadas na escola, para uma perspectiva de atendimento integral e respeitoso às necessidades e demandas apresentadas que não restringe o sujeito a um diagnóstico, colaborando para o desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades. A dicotomia saúde-doença é ultrapassada, conforme apontado por (Dethlefsen e Dahlke/1983).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral os resultados no que diz respeito aos vínculos estabelecidos entre instituição, escola e família apresentam nítida melhora. Destaca-se ainda o trabalho em equipe multiprofissional como elementos fundamentais para a oferta de atendimentos baseados no modelo humanizado de saúde.

A proposta na qual diferentes áreas terapêuticas se complementam ao olhar o indivíduo como ser único e buscam atender suas necessidades para a melhoria da qualidade de vida, provocam mudanças de paradigmas de uma realidade que insiste em ignorar a fala, a presença e os direitos da pessoa com deficiência intelectual e múltipla, ofertando condições para reduzir os obstáculos impostos pela discriminação e preconceito, oferecendo a autonomia para que o usuário possa expressar-se e ser protagonista de suas ações.

Em conclusão, ao avaliar os processos terapêuticos acima relatados, nota-se que o Projeto Terapias Complementares na APAE Sorocaba, a partir do olhar humanizado para um desenvolvimento e aprimoramento em seu processo de habilitação e/ou reabilitação, ao integrar as terapias complementares com as essenciais permitiu um ganho na integralidade

da criança e/ou adolescente, assim como na família desse usuário, fortalecendo o modelo terapêutico já existente.

REFERÊNCIAS

BERNARDO, P. P. **A Prática da arteterapia: correlações entre temas e recursos; V 1**, São Paulo, 4. ed. Artepinna Editorial, 2013. P.41, p146, p138, p70

BRASIL, M.S. Portaria nº 971- **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares PNPIC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL,. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, s.d.

BRASIL,. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica**. Brasília (DF); 2010

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. Traduzido por Marcus Leopoldino. Barcelona Publishers, 3ª ed., 306 p. 2015.

CASTRO, A. A. G. **Avaliação em Musicoterapia: Diretrizes da Abordagem Plurimodal aplicadas à realidade de um centro de reabilitação**. Anais do XVI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia / Associação de Musicoterapia no Nordeste – Olinda, 2012, p. 150-160.

CÓDIGO DE ÉTICA da ABPp. Conselho Nacional do Biênio 91/92, revisão Biênio 95/96. São Paulo, 1996

DETHLEFSEN, Thorwald; DAHLKE, Rüdiger. **A doença como caminho: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem**. Editora Cultrix, 2003.

FEITOSA, S. C. S. **Método Paulo Freire-Princípios e Práticas de uma Concepção Popular de Educação**. 1999.

FERRARI, K. **Processo Musicoterapêutico – aspectos de la valoración diagnóstica en el Abordaje Plurimodal** in Musicoterapia – Abordaje Plurimodal, 2007.

GONÇALVES, C. S. G. A. **Musicoterapia e reabilitação: diferenciais da prática, pesquisa, abordagens e aspectos da clínica musicoterapêutica em equipe multidisciplinar**. Anais do XII Fórum Paranaense de Musicoterapia, 2010, p. 40 – 53.

HANSER, S. B. **The New Music Therapist’s Handbook**. 2ª ed. Completely updated and revised. Boston: Berklee Press, 1999.

JUNG, Carl Gustav. Obras Completas. Volume VII. **Estudos Sobre a Psicologia Analítica**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1991. P.5

LAVOR, Mayra Maria Leony de. **Dimensões da intervenção psicopedagógica em ambiente hospitalar com criança com mielomeningocele**. 2011.

PORGES, S.W. (2010). **Music Therapy & Trauma: Insights from the Polyvagal Theory**. Em K. Stewart ed.), Symposium on Music Therapy & Trauma: Bridging Theory and Clinical Practice. New York: Satchnote Press.

QUEIROZ, G. J. P. **Os Tipos de Ouvinte**. Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano V, nº 6, 2002.

RILEY, S. **Arteterapia para famílias: abordagens integrativas**. 1.ed. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

SCHAPIRA, D. **A Abordagem Plurimodal de Musicoterapia Aspectos Teóricos** in Musicoterapia – Abordaje Plurimodal, 2007.

THAUT, Michael H., HOEMBERG, Volker. **A Handbook of Neurologic Music Therapy**. ed.1, Estados Unidos: Oxford University Press, 2014.

UBAM. **União Brasileira das Associações de Musicoterapia: Musicoterapia no SUS**.

WIGRAM, T.; PEDERSEN, I.; BONDE, L. O. **A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice and Training**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002. (tradução livre de Camila Gonçalves).

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA LÍNGUA LIVRE PARA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM ANQUILOGLOSSIA DE RECÉM-NASCIDOS NO MUNICÍPIO DE LINHARES-ES, BRASIL

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 10/01/2022

Itamar Francisco Teixeira

Universidade São Francisco (USF) –
Odontologia/Homeopatia
Linhares - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/1354390373254564>

Marcela Vieira Calmon

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
- Odontologia
Linhares – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/8715667294079962>

Josirley de Bortoli

Universidade de Vila Velha (UVV) –
Fonoaudiologia
Fundão - Espírito Santo
<http://Lattes.cnpq.br/2544839606272435>

Rosiene Conti Feitoza

Faculdade de Odontologia de Campos –
Odontologia
Linhares - Espírito Santo
<http://Lattes.cnpq.br/>

Manuela de Souza Reis Finamore

Faculdade Pitagoras de Linhares – Odontologia
Linhares - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/4195274557957857>

Carlos Alberto Fiorot

Universidade Federal do Espírito Santo UFES –
Medicina/Homeopatia
Rio Bananal – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/8787271800344559>

RESUMO: Anquiloglossia é o termo que descreve uma anomalia popularmente conhecida como “língua presa”. Seus danos para o binômio mãe-bebê vão muito além dos já conhecidos problemas de fonação e maloclusões, mais comumente diagnosticados na segunda infância. Para as puérperas e seus lactentes os problemas mais urgentes podem estar ligados a amamentação e, o Teste da Linguinha, é um método instituído para auxiliar no diagnóstico da anquiloglossia para público. Apesar desse teste ser previsto em lei, existem impedimentos para a realização do procedimento de soltura do freio, sendo importante analisar os impactos sociais sobre o diagnóstico e tratamento desta anomalia. Assim, foi importante implantar um programa que trate a anquiloglossia com resolutividade e fácil acesso para a população, como um fator de auxílio da amamentação e aleitamento materno. Objetivo: Prevenir e tratar anquiloglossia e descrever o Método Língua Livre como importante para amamentação e aleitamento maternos para mães e bebês de toda a população. Metodologia: O artigo conta a descrição do Método Língua Livre e com imagens dos atendimentos e prontuário realizados no Programa Língua Livre, no ambulatório de pequenas cirurgias da Unidade Sanitária do município de Linhares-ES, Brasil. Foi executado um estudo qualitativo e descritivo, por meio de revisão bibliográfica com dados obtidos em artigos científicos e notas publicadas por entidades conceituadas no Brasil e do mundo, entre 2008 e 2021. Considerações finais: O tratamento da anquiloglossia nos pacientes recém-nascidos tem se mostrado extremamente importante, principalmente quando amparado

por um diagnóstico realizado de forma multidisciplinar, integrado, obtido em clínica ampliada e centrado na pessoa. É desenvolvido pelos profissionais de saúde no ciclo de atenção materno-infantil, não somente para a manutenção da amamentação, mas também para o exercício da promoção, prevenção, recuperação e redução de danos na estratégia de saúde da família, com o apoio do Programa Língua Livre.

PALAVRAS-CHAVE: Anquiloglossia; Amamentação; Método Língua Livre; Programa Língua Livre. Estratégia Saúde da Família.

IMPLEMENTATION OF THE PROGRAMA LÍNGUA LIVRE FOR MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION IN NEWBORN ANKYLOGLOSSIA IN THE CITY OF LINHARES-ES, BRAZIL

ABSTRACT: Ankyloglossia is the term that describes an anomaly popularly known as “tongue-tied”. Its damage to the mother-infant pair goes far beyond the already known problems with phonation and malocclusions, more commonly diagnosed in second childhood. For postpartum women and their infants, the most urgent problems may be linked to breastfeeding, and the Tongue Test is a method established to assist in the diagnosis of ankyloglossia for the public. Although this test is provided for by law, there are impediments to the brake release procedure, and it is important to analyze the social impacts on the diagnosis and treatment of this anomaly. Thus, it was important to implement a program that treats ankyloglossia with resoluteness and easy access for the population, as an aid to breastfeeding and breastfeeding. Objective: To prevent and treat ankyloglossia and describe the Free Language Method as important for breastfeeding and breastfeeding for mothers and babies across the population. Methodology: The article contains a description of the Lingua Livre Method and images of the consultations and medical records carried out in the Lingua Livre Program, in the small surgery clinic of the Sanitary Unit in the city of Linhares-ES, Brazil. A qualitative and descriptive study was carried out, through a literature review with data obtained from scientific articles and notes published by reputable entities in Brazil and the world, between 2008 and 2021. Final considerations: The treatment of ankyloglossia in newborn patients has been shown to be extremely important, especially when supported by a diagnosis carried out in a multidisciplinary, integrated way, obtained in an expanded clinic and centered on the person. It is developed by health professionals in the maternal-infant care cycle, not only for the maintenance of breastfeeding, but also for the promotion, prevention, recovery and harm reduction in the family health strategy, with the support of the Language Program Free.

KEYWORDS: Ankyloglossia. Breast-feeding. Free Language Method. Free Language Program. Family Health Strategy.

1 | INTRODUÇÃO

No início do desenvolvimento, a língua encontra-se fundida com o pavimento da cavidade oral. Devido à apoptose embrionária, a única ligação remanescente dessa fusão inicial é o freio da língua. E à medida que crescimento infantil ocorre normalmente, o freio da língua torna-se menos proeminente (ROWAN-LEGG, 2015). A anquiloglossia é uma anomalia congênita do freio da língua, e ocorre tipicamente de forma isolada (ROWAN-

LEGG, 2015), quando a porção do frênulo lingual não sofre apoptose embrionária, resultando em restrição dos seus movimentos e de suas funções. Na imagem da **figura 1**, é possível observar características do frênulo lingual e de anquiloglossia presente e nitidamente visível ao choro.



Figura 1: Anquiloglossia em neonato.

Fonte: A autoria própria, 2018.

A causa exata da anquiloglossia não é conhecida. Pensa-se que tenha uma componente genética associada, tendo em conta que a condição médica parece estar presente em algumas famílias. (ROWAN-LEGG, 2015; O'SHEA et al., 2017) e pode estar associada a outras malformações craniofaciais (FRANCIS et al., 2015).

Quando se fala em frênulo lingual, é fundamental que se diferencie os termos freio e frênulo. O freio é um pequeno pedaço de tecido que liga duas estruturas, sendo uma delas móvel. Pode ser definido como uma prega de pele que limita o alcance de movimento de uma estrutura. Já o frênulo é utilizado para denominar pequenas pregas (MARTINELLI et al., 2016).

2 | PREVALÊNCIA

A prevalência da anquiloglossia em bebês está estimada entre 0.1% e 12% (WALSH; TUNKE, 2017). Estes valores variam na bibliografia possivelmente pelo fato de que a anquiloglossia pode ocorrer de forma assintomática e pela falta de consenso nos critérios de diagnóstico. (JOSEPH et al., 2016).

Ballard et al 2002 relataram prevalência de 3,2% e 12,8% no mesmo estudo. Também são encontrados estudos relatando prevalências mais altas entre 15% e 37,1%, no Brasil e em outros países. (Vieira et al., 2010; Martinelli et al., 2013; NGERNCHAM et al., 2013; AMAT, 2017).

Para Vieira et al. (2010), em comunidades indígenas do Brasil, há uma prevalência de

37,1% de recém-nascidos à idosos. A nuliparidade, obesidade materna, gênero masculino e macrosomia estão potencialmente associados à anquiloglossia. Parto pré-termo (PPT) e gravidez gemelar, em contrapartida, parecem ser fatores protetores (JOSEPH et al., 2016). Dos bebês com anquiloglossia, cerca de 25% a 80% manifestam dificuldades relacionadas com a amamentação e sucção, bem como dor no mamilo e insuficiente produção de leite na mãe (FRANCIS et al., 2015; WALSH et al., 2017).

3 | FISIOPATOLOGIA DA ANQUILOGLOSSIA

Os freios bucais são estruturas anatômicas essenciais para a mastigação, deglutição, fala e respiração. O encurtamento dos freios limita os movimentos dos lábios e da língua. O freio lingual tem como função controlar os movimentos da língua, interferindo na amamentação do bebê (PEIXOTO et al., 2019). O frênulo lingual é a prega mucosa que começa de uma área mais fixa para uma parte com maior liberdade de movimentos, indo da metade da face inferior da língua até o assoalho da boca (ARAÚJO et al., 2015).

A anquiloglossia sintomática corresponde ao encurtamento do frênulo da língua, interferindo na sua motilidade (FERRÉS-AMAT et al., 2016). Trata-se de uma condição anatômica em que o sujeito nasce com um frênulo curto, podendo ou não impactar na vida do indivíduo (ISAC, 2018). As principais alterações do frênulo da língua podem ocasionar diversas sequelas dentre elas a manutenção contínua da boca entreaberta, alterações oclusais e periodontais, limitação nos movimentos linguais e postura baixa da língua na cavidade bucal (ALMEIDA et al., 2017). Aparentemente, pode interferir na amamentação do bebê (WALSH, TUNKE, 2017; KAPOOR, VISHAL et al., 2018).

Na **figura 2** é possível observar um bebê portador de anquiloglossia em aleitamento misto, com o auxílio da técnica de translactação sonda-peito descrita por Medeiros et. al. (2018).



Figura 2: Lactente portador de anquiloglossia em translactação.

Fonte: Autoria própria, 2018.

Essas limitações podem causar comprometimento mastigatório, na deglutição e fala. Nesses casos, a intervenção cirúrgica pode ser indicada para corrigir as alterações do frênulo da língua, geralmente, sendo realizada por profissionais como cirurgiões dentistas e otorrinolaringologistas (SANTOS, BARBOSA, 2017).

4 | DIAGNÓSTICO

A anquiloglossia é a anomalia congênita mais diagnosticada e negligenciada da nova geração, se não tratada pode influenciar a vida do indivíduo de diversas formas, trazendo consequências irreversíveis e graves em várias fases da sua vida. Portanto, para que haja uma avaliação mais completa, a existência de uma equipe multidisciplinar é fundamental, contando com profissionais como pediatra, fonoaudiólogo, odontopediatra, além de um clínico geral (OLIVEIRA et al., 2019). Observa-se que as diferentes manifestações de anquiloglossia em bebês podem ser importantes para uma melhor determinação do tratamento a ser realizado. O “Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês” (PAFLB) de Martinelli, popularmente conhecido como “teste da linguinha”, é importante para o diagnóstico precoce, o que lhe torna imprescindível para uma melhor qualidade de vida, sendo ela emocional ou funcional para uma criança e sua mãe (OLIVEIRA et al., 2019). A partir deste diagnóstico, com o fortalecimento da odontologia para bebês, a correção da anquiloglossia e de outras complicações tornou-se possível (SANTOS, 2019). Na **figura 3** observa-se a abordagem integrada realizada no Programa Língua Livre, pelo Cirurgião-Dentista e pelo Fonoaudiólogo do programa simultaneamente:



Figura 3: Cirurgião-Dentista e Fonoaudiólogo em abordagem integrada.

Fonte: Autoria própria, 2021.

O fonoaudiólogo atua sobre os casos de anquiloglossia averiguando as reais condições do frênulo da língua com exame visual, observando sua mobilidade e analisando as funcionalidades orofaciais de deglutição, mastigação e fala. Quando necessária, deve

haver uma avaliação de outro profissional para a realização da intervenção cirúrgica ou fonoterapia para reparação das alterações detectadas (BRITO et al., 2008).

A World Health Organization (WHO) e United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) tem promovido os benefícios da amamentação e sua contribuição significativa para a qualidade de vida e para o bom estado de saúde dos bebês (TODD, 2014). Isso pode ter promovido o aumento do número de diagnósticos e tratamento desta anomalia (JOSEPH et al., 2016).

A mídia traz à tona os benefícios da amamentação, informando que o tratamento da anquiloglossia melhora as dificuldades relacionadas com a amamentação (SETHI, NEERAJ et al., 2013) e soluciona os problemas mais prevalentes relacionados ao aleitamento materno, tais como a sucção ineficaz, a dor mamilar materna e o ganho de peso insuficiente (BENOITON, 2016).

Quanto aos protocolos de classificação para a anquiloglossia, nenhum deles é utilizado ainda universalmente (BENOITON, et al., 2016). A classificação de Coryllos define quatro tipos de frênuos linguais, baseados no local de adesão: tipo 1 – o frênulo da língua é delgado e elástico e encontra-se aderido na ponta da língua; tipo 2 – o freio da língua é delgado e elástico, e apresenta-se aderido 2-4 mm do ápice lingual ao arco alveolar inferior; tipo 3 - o frênulo da língua é espesso e fibroso, e está aderido do meio da língua até o soalho bucal; tipo 4 – o frênulo da língua é praticamente imperceptível, mas à manobra de palpação, é possível sentir uma aderência fibrosa desde a base da língua e o soalho bucal.

Quanto ao Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (HATLFF) e ao Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT), o HATLFF constitui o sistema de classificação mais completo e incorpora a anatomia e função ao diagnóstico. É constituído por 5 critérios relacionados ao aspecto do freio da língua e 7 critérios relacionados com a função da língua. A cada um dos critérios é atribuído um escore de 0 a 2. Os 7 movimentos da língua avaliados são: lateralização, elevação, protrusão, expansão da porção anterior da língua, convexidade, peristaltismo e retração (estalido). Neste sistema de classificação, a anquiloglossia é detectada quando o resultado do aspecto do frênulo lingual é ≤ 8 e/ou o resultado da função da língua é ≤ 11 (POWER, MURPHY, 2014).

Para se determinar aspectos relacionadas com a amamentação, aplica-se o sistema de classificação LATCH, que tem em conta 5 critérios. Os critérios são: sucção, deglutição audível, tipo de mamilo, conforto e pega. Desta forma, é possível determinar o risco de a mãe abandonar a amamentação. Um pequeno questionário, o Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) pode ser utilizado para determinar o grau de dor no mamilo e leva 2 a 5 minutos em média para ser aplicado (POWER, MURPHY, 2014).

5 | AMAMENTAÇÃO

Para ocorrer uma amamentação adequada e eficaz, o bebê precisa fazer uma

sucção com a boca e a língua na aréola da mama. A sucção ocorre com movimentos de protusão da mandíbula e da língua. A língua do bebê, posicionada por debaixo do mamilo, além de ajudar a selar a cavidade bucal, produz um movimento ascendente e gera uma onda peristáltica que transfere o leite para o fundo da cavidade bucal do bebê, favorecendo a deglutição. Concomitantemente, a mandíbula comprime os ductos e extrai o leite pelo mamilo (ROWAN-LEGG, 2015). A língua funcional é importante no processo de amamentação. Os bebês com anquiloglossia podem não conseguir realizar protrusão da língua para além do rebordo e sulco alveolar inferior e nem selar a boca corretamente, resultando na utilização da mandíbula para amamentação (FRANCIS et al, 2015). Na **figura 4** pode-se observar uma mãe amamentando seu bebê logo após o procedimento de frenotomia.



Figura 4: Amamentação após frenotomia.

Fonte: A autoria própria, 2021.

A limitação da mobilidade da língua faz surgir complicações na extração de leite, acarretando dor no mamilo da mãe (O'SHEA et al., 2017). Essa dor experimentada pela mãe durante a amamentação reduz a transferência de leite para o bebê (GEDDES et al., 2008).

6 | MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As diversas consequências da anquiloglossia na hora da amamentação são questionáveis na literatura, onde ocorre na minoria dos casos. A dificuldade de amamentação ocorre quando a criança precisa se alimentar e não consegue fazer a sucção do mamilo com os lábios e a língua, o que impede o fechamento adequado, causando desconforto e dor dos mamilos, e dificuldade de sucção, assim o bebê tem perda de peso e acontece o desmame precoce (QUEIROZ, 2019).

No exame clínico do bebê e da mãe pode-se observar manifestações como sucção insuficiente de leite, amamentação por períodos prolongados, irritabilidade com a amamentação, ganho insuficiente ou perda de peso e, até mesmo, incapacidade de efetivar a amamentação. No exame clínico intraoral, o bebê pode apresentar restrição dos movimentos linguais e apresentar deformidade da língua, em forma de coração (WALSH, TUNKEL, 2017).

A mãe do bebê com anquiloglossia pode manifestar dor durante a amamentação, infecções e ulcerações do mamilo, sangramento no mamilo, mastite e esvaziamento incompleto da mama. Estes sintomas podem gerar ansiedade e abandono precoce da amamentação (WALSH, TUNKEL, 2017). Nas crianças mais velhas, a anquiloglossia pode desenvolver atraso no desenvolvimento da linguagem (O'SHEA, 2017).

7 | TRATAMENTO

Como o frênulo lingual é constituído por um número significativo de fibras do músculo estriado e apresenta alta prevalência de fibras de colágeno tipo I nas áreas mais profundas, limitando os movimentos da língua, a frenulotomia ou a frenectomia são consideradas as formas mais indicadas para soltar a língua e proporcionar uma melhor função oral (FERRÉS-AMAT et al., 2016). A frenotomia pode ser parcial (frenulotomia) ou total (frenectomia) (FUJINAGA et al., 2016). O procedimento cirúrgico simplificado, seguro e eficiente consiste em realização de um pequeno corte no freio lingual da criança, devendo ser realizado por profissionais como otorrinolaringologistas, pediatras e dentistas (XAVIER, 2014). É um procedimento rápido e fácil de executar, com raros efeitos adversos ou intercorrências e promovem uma melhoria dos parâmetros da amamentação (BENOITON et al., 2016). Normalmente, a incisão realizada não necessita de sutura, e o bebê recupera rapidamente, sendo capaz de ser amamentado imediatamente após a intervenção (O'SHEA, 2017).

As guidelines apoiam a abordagem cirúrgica como tratamento para anquiloglossia (DIXON et al., 2018). The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) corrobora a utilização de frenulotomia lingual, visto que não trazem grandes preocupações associadas à cirurgia pela vantagem e melhoria evidentes na amamentação e recomendam ainda que esse procedimento seja realizado assim que a anquiloglossia sintomática esteja identificada, logo nos primeiros dias, enquanto a díade mãe-filho estabelece vínculo importante pela amamentação (TODD, 2014). The Unicef UK Baby Friendly Initiative e a Academia Americana de Pediatria também apoiam esta intervenção na anquiloglossia sintomática e preconizam que deve ser realizada o mais precocemente possível, de modo a minimizar os problemas relacionados com a amamentação (POWER, MURPHY, 2014).

A técnica consiste na incisão linear anteroposterior do freio lingual, sem retirada alguma de tecido (PROCÓPIO et al., 2017). Antes do procedimento cirúrgico, os pais deverão ser informados em relação aos riscos e benefícios da intervenção e o consentimento livre e

esclarecido (TCLE) deve ser obtido. Os instrumentos necessários a frenulotomia são uma tesoura de extremidade romba ou lâmina de bisturi e um afastador (quando necessário) e compressas de gaze. O frênulo lingual deve ser transluminado e a translucência ajuda a verificar o grau de vascularização local, pois ele é geralmente delgado, com uma membrana hipovascularizada. A frenulotomia, nestes casos, constitui uma abordagem que acarreta pouco ou nenhum sangramento.

Ocasionalmente, o frênulo lingual pode ser espesso e fibroso, e relativamente vascularizado. E, nestes casos, a frenulotomia deve ser realizada preferencialmente por um cirurgião com experiência neste tipo de intervenção e controladamente (OVENTAL et al., 2016). O frênulo da língua é praticamente desprovido de inervação sensorial, motivo pelo qual, os bebês com idade inferior a 4 meses toleram muito bem a frenulotomia sem anestesia local. Para a frenulotomia, o bebê deverá ser colocado em posição supina na maca ou no colo da mãe e um assistente poderá ficar encarregado de estabilizar a cabeça e a mandíbula. Após a incisão, são aplicadas compressas de gaze no local e aguarda-se até garantir a ausência de hemorragia e, em seguida, o bebê deve ser levado até à mãe e ser amamentado. Após a intervenção, são reavaliadas a capacidade de sucção e a dor no mamilo da mãe. Raramente ocorre infecção no local da incisão, o que é normalmente prevenido através das devidas condições de assepsia. (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE, 2021).

A utilização de anestesia neste procedimento foi considerada, mas concluiu-se que esta contribui para aumentar o período de choro após a intervenção (TODD, 2014; OVENTAL et al., 2014). Especula-se que os bebês podem reagir ao sabor amargo do anestésico. A duração do período de choro, tanto no procedimento com analgesia tópica, como sem analgesia, é curta e não excede os 60 segundos (OVENTAL et al., 2016). O aumento do tempo de choro associado à utilização de benzocaína tópica, somado ao potencial risco de meta-hemoglobinemia, é suficiente para concluir que este analgésico não deve ser utilizado na frenulotomia (OVENTAL et al., 2014). Além disso, a anestesia afeta a mobilidade da língua e interfere no aleitamento imediato após o procedimento (TODD, 2014).

A idade do paciente constitui um fator decisivo para o bom resultado da frenulotomia, e é importante realizá-la o mais precocemente possível (FERRÉS-AMAT et al., 2016). O ideal é que seja realizada entre os 2 e os 6 dias de vida, dando tempo para que sejam implementadas estratégias menos invasivas para melhorar os parâmetros da amamentação (DONATI-BOURNE et al., 2015). Percebe-se na **figura 5**, o paciente G.F.F. diagnosticado como portador de anquiloglossia, pelo Teste da Linguinha na maternidade, durante avaliação pelos profissionais do Programa Língua Livre, no ambulatório de Pequenas Cirurgias da Unidade Sanitária de Linhares (USL-3), para a realização do procedimento cirúrgico da frenotomia, aos 25 dias de vida extrauterina, observado na **figura 6**.



Figura 5: Fenda lingual típica de Anquiloglossia durante protrusão.

Fonte: Autoria própria, 2021.

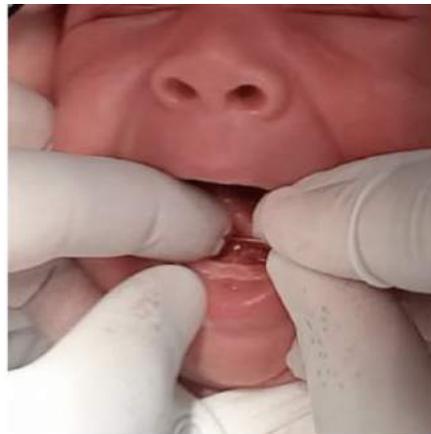


Figura 06: Frenotomia em recém-nascido.

Fonte: Autoria Própria, 2021.

As complicações associadas à frenulotomia são raras. A mais comum é o sangramento que rapidamente reverte após compressão local e amamentação. Outra complicação poderá ser o desenvolvimento de hematoma, sendo que, nesse caso, é necessário ter atenção para não danificar a veia lingual. Muito raramente, os ductos salivares poderão ser danificados, e cerca de 2% dos bebês poderão vir a desenvolver úlceras na superfície inferior da língua (POWER, MURPHY, 2014).

Imediatamente após a realização da cirurgia no bebê é recomendado que a mãe amamente o bebê, pois a partir disso é possível melhorar os movimentos de sucção feitos pelo bebê, além de manter a calma do paciente, se espera melhora imediata ou nas primeiras 72 horas. Sendo assim, obtém-se uma grande importância nos movimentos para a extração do leite materno durante a amamentação (ALMEIDA et al., 2017; BISTAFFA et

al., 2017).

Após a frenulotomia, os bebês apresentam alterações que favorecem a amamentação, a sucção melhora e a dor referida pela mãe durante a amamentação diminui. O tempo de amamentação é reduzido, o lactente consegue alcançar o peso ideal para a sua idade e verifica-se uma melhoria global da experiência da amamentação (FERRÉS-AMAT et al., 2016). Alguns estudos sugerem que, após o procedimento, ocorre um aumento da produção de leite. Num deles verificou-se, por exemplo, que 24 horas depois da realização da frenulotomia, a produção de leite aumentou entre 36 e 362 gramas (GEDDES et al., 2008). Os benefícios revelam-se imediatos em 85% dos casos e continuam a melhorar nas duas semanas seguintes em 82% nos casos (BENOITON, 2016).

8 | RELATO DE EXPERIÊNCIA: A IMPLEMENTAÇÃO DO “PROGRAMA LÍNGUA LIVRE” NO MUNICÍPIO DE LINHARES-ES

8.1 Contextualização

O Programa Língua Livre teve início em meio à pandemia COVID-19, quando percebeu-se que alguns recém-nascidos do município de Linhares-ES, que apresentavam anquiloglossia ou “língua presa” e não tinham acesso à frenulotomia e/ou à fonoterapia. Tem como base a Lei Federal 13.002 de 2014, que versa sobre a obrigatoriedade do “Teste da Linguinha” em recém-nascidos, ainda na maternidade e é realizado de acordo com as especificações da Nota Técnica de Número 35/2018 que orienta as equipes de saúde responsáveis pela aplicabilidade da Lei. Linhares possui 166 mil habitantes e uma média de 2500 nascimentos ao ano e possui três maternidades que atendem a população do município e arredores, portanto têm uma grande incidência de frênulo lingual anquilosado. Grande parte das crianças sai da maternidade com problemas na amamentação, levando à desnutrição ou à alimentação por mamadeiras, findando na substituição definitiva do aleitamento materno.

8.2 Objetivos

Realizar a intervenção cirúrgica e fonoterápica precoce nos recém-nascidos com anquiloglossia (língua presa) para auxiliar na sucção e na amamentação imediata dos recém-nascidos. Prevenir os possíveis distúrbios orais relacionados à anquiloglossia (língua presa), bem como tratar as alterações de desenvolvimento já instaladas; propor orientações às famílias de recém-nascidos encaminhados, com ou sem diagnóstico positivo de alterações do frênulo da língua, através do Teste da “linguinha”; fomentar apoio técnico-operacional às equipes de APS durante a puericultura, como pode-se observar no fluxograma de atendimento do programa (**figura 7**).

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

“PROJETO LÍNGUA LIVRE”

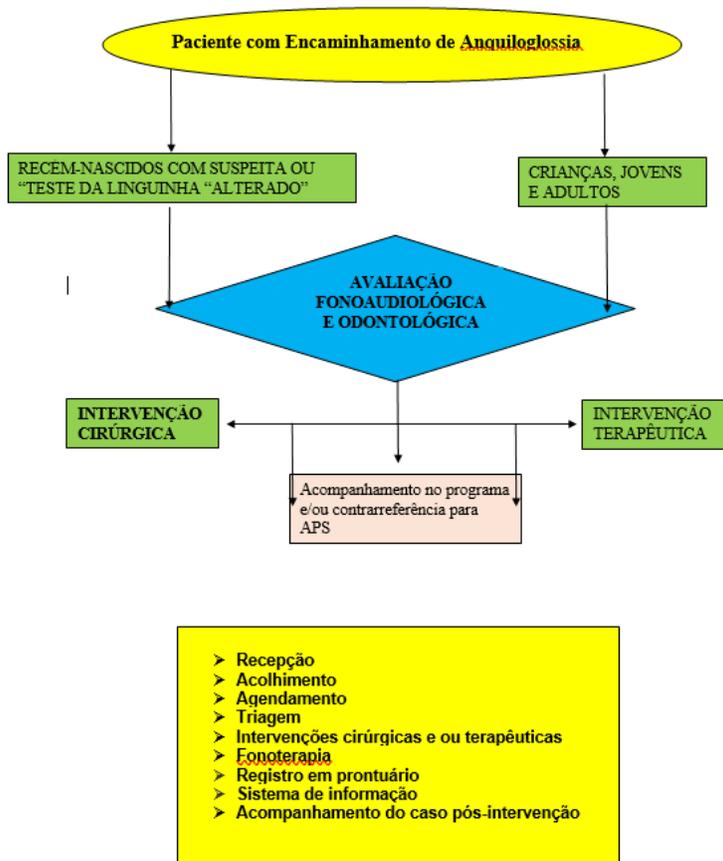


Figura 7: Fluxograma de acesso ao Programa Língua Livre.

Fonte: Autoria própria. Programa Língua Livre, 2020.

Com base nas evidências disponíveis, a frenotomia não pode ser recomendada para todos os lactentes com anquiloglossia, uma vez que não há relação absoluta entre anquiloglossia e dificuldades na amamentação (LEGG, 2015). Em relação aos bebês que não apresentaram dificuldades na amamentação, mas apresentaram freio lingual alterado, estes poderão apresentar outros problemas no futuro como dificuldades na fala na idade pré-escolar e escolar (CUESTAS, 2014), consequentes obstáculos para as interações sociais, pois a criança pode sofrer discriminações por não falar de forma correta (WALLS, 2014; SUZART, 2016), problemas respiratórios pela posição inadequada da língua dentro da cavidade oral, como a síndrome obstrutiva do sono, alterações dentárias e esqueléticas (SRINIVASAN, CHITHARANJAN, 2013).

Quanto aos aspectos da motricidade oral, o “Teste da linguinha” é o principal meio de

diagnóstico da anquiloglossia utilizado no Programa Língua Livre para identificar a limitação dos movimentos da língua preferencialmente antes do primeiro mês de vida, preconizando, conforme a Lei, o uso do Protocolo “Bristol Tongue Assessment Tool” (BTAT), recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018). O fonoaudiólogo e os cirurgiões-dentistas do Programa Língua Livre realizam o diagnóstico da anquiloglossia de forma sinérgica e conjunta e, aos cirurgiões-dentistas é delegada a função de planejamento e intervenção cirúrgica e contra referenciamento à ESF para proservação e puericultura. O fonoaudiólogo pode encaminhar para a fonoterapia e trabalhar as principais funções da cavidade oral, adequada para cada idade. A multi e interprofissionalidade na promoção de saúde bucal e geral são primordiais nesse programa. A transição alimentar e o desmame da criança, bem como o uso de chupetas são informados e orientados aos pais do bebê e encaminhados à SF para a puericultura multiprofissional, onde, conjuntamente, pode-se dar orientações quanto à introdução de alimentos na dieta da criança e as consistências indicadas para diferentes faixas etárias.

O diagnóstico de anquiloglossia não se resume à avaliação anatomofuncional proposta pelos testes. São excelentes ferramentas para conduzir o exame, orientar pais e responsáveis, documentar a avaliação realizada e respaldar a realização do diagnóstico. A avaliação clínica de cada caso é de suma importância para decidir sobre a necessidade ou não da realização da frenotomia. (BRASIL, 2015; SILVA et al., 2019).

8.3 Desenvolvimento e intervenção

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo assistencial alternativo significativo e estruturante para a organização dos serviços e ações da Atenção Primária à Saúde (APS), produzindo consideráveis resultados, inclusive por adotar uma concepção mais ampla de saúde (ARANTES, SHIMIZ; MERCHÁN-HAMANN, 2016); suas ações são pautadas priorizando a proteção e promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e contínua (MARTINS et al., 2014; MATTOS et al., 2014). Além do mais, a ESF prevê a produção de vínculos, mudanças das práticas de saúde, implantação do acolhimento, articulação entre os saberes popular e técnico, o reconhecimento da saúde como direito, cidadania e representação da qualidade de vida, entre outros (MARTINS et al., 2014; SORATTO et al., 2015).

A inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família tem entre seus principais objetivos a diminuição dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, bem como a possibilidade de rompimento com os modelos assistenciais excludentes apoiados no curativismo, tecnicismo e biologicismo (SOUZA; RONCALLI, 2007; LOURENÇO et al., 2009). De maneira geral, propõe-se uma reorganização do modelo de atenção à saúde voltada para a proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família (MARTINS et al., 2014).

Para Salvador et al. (2011) assegurar a integralidade do cuidado é a multiprofissionalidade, que pode ser entendida como a relação de diferentes profissões atuando de forma integrada com o objetivo de garantir efetividade da integralidade e do cuidado à saúde. O acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as 15 equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. (BRASIL, 2013).

Com a coordenação dos serviços de saúde bucal, foi possível reorganizar a rede de serviços e os casos de anquiloglossia passaram a ser atendidos na forma de programa com dentistas, fonoaudiólogo e técnicas de enfermagem; além disso, criou-se a oportunidade de realizar a educação dos profissionais da APS e os cirurgiões-dentistas do município e apresentar o Programa Língua Livre desenvolvido em rede e de forma multidisciplinar na promoção da amamentação e aleitamento materno na Jornada Odontológica da Faculdade Pitágoras no mês de novembro como incentivo e orientação sobre a importância da intervenção no tratamento da anquiloglossia na amamentação e incentivo ao aleitamento materno. A **figura 8** a seguir demonstra o banner de divulgação da mesa redonda na Jornada Odontológica.



Figura 8: Banner de Divulgação.

Fonte: Faculdade Pitágoras de Linhares. Jornada Odontológica do curso de odontologia, 2021.

O Programa Língua Livre foi implantado no município de Linhares-ES, para a intervenção cirúrgica e fonoterapêutica no frênulo lingual limitante de movimentos da língua, de forma multidisciplinar, com acolhimento e empatia, a fim de garantir qualidade na amamentação do bebê e evitar possíveis perdas de peso ou o desmame precoce.

O programa atende às demandas espontâneas da população, aos encaminhamentos referenciados das unidades de saúde da família e das maternidades da região. As intervenções no frênulo lingual limitante são cirúrgicas ou fonoterapêuticas, executadas por equipe multidisciplinar composta por cirurgião-dentista, fonoaudiólogo e técnicas de enfermagem, com acolhimento e empatia, a fim de garantir qualidade na amamentação do bebê e evitar possíveis perdas de peso ou o desmame precoce. A amamentação do bebê é imediata, na primeira consulta e as mães e bebês são contra referenciadas para a equipe da ESF.

A lei que regulamenta o “Teste da Linguinha” obriga a realização do teste, mas não obriga o hospital ou maternidade realizarem a frenotomia. Além disso, a decisão do tratamento é dos pais e necessita da avaliação de um dentista ou de um médico, que são os profissionais aptos a realizarem o procedimento. Caso os pais não queiram que o bebê receba o tratamento, este não é realizado (Brasil, 2014).

Todas as frenotomias são realizadas pelos cirurgiões-dentistas da equipe. O protocolo consiste antissepsia, incisão com lâmina de bisturi, manobra com o dedo indicador para confirmar a liberação da língua, hemostasia com gaze estéril, colocar o bebê para mamar, e após o término da mamada verificar a ferida cirúrgica.

Além disso, ao realizar a anamnese, algumas perguntas de investigação são usadas para a avaliação da qualidade da amamentação e não são muito objetivas para as mães: “Quanto tempo o bebê dorme após as mamadas?”, “Quanto tempo leva entre uma mamada e a outra?”, “O bebê se cansa ao mamar?”, “O bebê mama um pouquinho e dorme em seguida? O bebê sente fome após as mamadas? O bebê vai soltando o mamilo antes de dormir?”. Estas perguntas são de acesso exclusivo dos profissionais do programa, como é possível verificar na **figura 9**, onde dispõe-se o modelo do prontuário do Programa Língua Livre.

 Prefeitura de Linhares PROGRAMA LÍNGUA LIVRE		PRONTUÁRIO MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL PARA AVALIAÇÃO DE ANQUILOGLOSSIA																											
QUESTIONÁRIO GERAL: Texto da língua(s): <input type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/> Não Tempo: _____ Profissional: _____ Resultado: _____ Realizado na maternidade/hospital: (<input type="checkbox"/> Sim/Qual? _____) (<input type="checkbox"/> Não) (Outros: _____) Motivo da indicação: _____ Quais principais: _____ Encaminhado por: (<input type="checkbox"/> SUS: _____) (<input type="checkbox"/> Comércio: _____) (<input type="checkbox"/> Particular: _____) Histórico familiar: (Investiga possível presença de alterações de orelhas de freio lingual na família): Não (<input type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/>) Grau de parentesco: _____ Diagnóstico: _____ Cosem: _____ Co-morbidades: Sim (<input type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/> Qual? _____) Quais sintomas relacionados ao problema: (1) Nunca (2) Sempre (3) Às vezes (1) Frouxidão de lábios (1) Posição da língua (1) Capacidade de sucção (1) Qualidade de pega. (1) Dificuldade na amamentação (1) Refluxo gastroesofágico (1) Capacidade de deglutição (1) Bavo ganho de peso. (1) Respiração bucal (1) Sucção digital (1) Chupeta (1) Deficiência de feia (1) Habilidade de mastigação (1) Desenvolvimento de lactação (1) Dificuldades de audição (1) Defeito de splanziologia (1) Simetria facial. (1) Prurite Corporal (1) História de meningite (1) Problemas de occlusão (1) Cefaléias frequentes (1) Ruídos na ATM. (1) Dor na ATM (1) Dor no pescoço (1) Mobilidade de Pescoço (1) Dor nos ombros (1) Dificuldade ao abrir e fechar a boca. (1) Desvio de mandíbula ao abrir a boca (1) Dificuldade de movimentar a mandíbula para os lados. (1) Problemas periodontais (1) Outras Especificar: _____		Desvios/lesões: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Alterar ambiente</th> <th>I</th> <th>II</th> <th>III</th> <th>Notas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pré-avaliação (Fotografada?)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pré-avaliação (Fotografada?)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pré-avaliação (Fotografada?)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pré-avaliação (Fotografada?)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Alterar ambiente	I	II	III	Notas	Pré-avaliação (Fotografada?)					Pré-avaliação (Fotografada?)					Pré-avaliação (Fotografada?)					Pré-avaliação (Fotografada?)				
Alterar ambiente	I	II	III	Notas																									
Pré-avaliação (Fotografada?)																													
Pré-avaliação (Fotografada?)																													
Pré-avaliação (Fotografada?)																													
Pré-avaliação (Fotografada?)																													
		AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA Profissional Responsável: (Data, assinatura e carimbo)																											
		AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO ODONTOLÓGICA Profissional Responsável: (Data, assinatura e carimbo)																											
		AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DE PUERICULTURA/ENFERMAGEM Profissional Responsável: (Data, assinatura e carimbo)																											
		RETORNO E REVISÃO Profissional Responsável: (Data, assinatura e carimbo)																											
ALEITAMENTO E ALIMENTAÇÃO: Amamentação: (<input type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/> Sim Tempo: _____ Dificuldades: (<input type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/> Sim: _____ Consultor(s): (<input type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/> Não Profissional: _____ Diagnóstico: _____ Relação/Transição: (<input type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/> IM (<input type="checkbox"/> JF Tempo: _____ Método: _____ (<input type="checkbox"/> Perturbou na Amamentação / Relato de mãe: _____ Maneiras: (<input type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/> Sim Início: _____ Vezes/Dia: _____ Período noturno: _____ Tempo: _____ Fórmula Infantil: _____ Complemento: _____ Restrições: _____ Relato de mãe: _____ Alimentação sólida: (<input type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/> Sim Início: _____ Vezes/Dia: _____ Dificuldades: _____ Hábitos alimentares: _____ Restrições: _____ Alergias: _____ Relato de mãe: _____																													

Figura 9: Página 01 e página 02 do Prontuário do Programa Língua Livre.

Fonte: Fonte própria, 2021.

O prontuário foi elaborado de forma multiprofissional, pelos profissionais participantes do programa e levando em conta as necessidades técnicas observadas por cada um deles no âmbito de registro de dados relevantes dos pacientes.

8.4 Resultados

Foram realizadas 212 frenotomias linguais ocorridas entre os meses de janeiro de 2021 a dezembro de 2021. Dentre as frenotomias realizadas não houve nenhuma complicação. Todas sem incidentes, autorizadas previamente pela mãe e, após o procedimento, as mães relataram melhora na pega em todos os casos. A relação entre frenotomia e anquiloglossia nesse estudo foi significativa, e o procedimento só foi realizado naqueles bebês que apresentaram necessidade da intervenção, ou seja, associação do escore alterado com dificuldades na amamentação, como observado na literatura (EMOND et al., 2014; ITO, 2014).

Constatou-se de forma imediata, a facilitação da pega do mamilo e da sucção pelo bebê, tranquilidade emocional na mamãe, fortalecimento do vínculo psíquico-afetivo da tríade mãe-bebê-família, maior adesão à puericultura na Atenção Primária em Saúde (APS), estímulo e motivação dos profissionais da equipe do programa durante a pandemia.

Dos relatos e avaliações dos pais, eles se sentiram amparados e acolhidos pelos

profissionais do programa, que despertaram neles o interesse sobre a importância da amamentação materna no desenvolvimento da criança e na prevenção de possíveis problemas de respiração, mastigação, fonação, alinhando e atendendo às lacunas que a ausência da amamentação poderia produzir.

Nas sessões de acompanhamento, os profissionais perceberam nos pais, maior amadurecimento no processo de cuidado e amamentação, criando neles o sentimento de segurança, alegria, felicidade, gerando autonomia e protagonismo na promoção de saúde de seus bebês. Na **figura 10** pode-se observar toda a equipe do Programa Língua Livre no momento de assistência à uma família:



Figura 10: Equipe do Programa Língua Livre.

Fonte: Autoria própria. Equipe multidisciplinar do Programa Língua Livre, 2021.

Portanto, a frenulotomia poderá cooperar para o melhor progresso do psicoemocional do indivíduo, na medida que irá proporcionar uma melhor mobilidade do movimento da língua, assim como uma melhor pronúncia das palavras.

9 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida e os benefícios dela estão bem estabelecidos, sendo os problemas relativos à amamentação multifatoriais e amplamente abordados. Desta forma, é importante excluir alterações anatômicas que possam ser a causa dos problemas de sucção na amamentação.

Todas as mães e bebês merecem ter uma experiência de amamentação livre de dor e desconforto. A frenotomia revela-se necessária, portanto, visto ser um procedimento com baixo risco de complicações e elevado potencial de benefícios em termo de nutrição, ganho de peso e conforto tanto para a mãe como para o bebê.

O atraso no tratamento pode significar múltiplos problemas, dificuldade de ganho ou perda de peso, cólicas, dor no mamilo, mastite e abandono precoce da amamentação. O aleitamento exclusivo proporciona aos bebês as condições ideais no início de vida e é um fator que contribui para a saúde infantil, pelo que se conclui que realizar a frenulotomia lingual pode ser determinante para alcançar um bom vínculo na díade mãe-bebê e garantir que o aleitamento exclusivo ocorra bem sucedido e adequado.

A criação do Programa Língua Livre foi fundamental para esse público que, em situação de preocupação e apreensão, perceberam dificuldades na solução para o impedimento de amamentação de seus bebês.

É de se considerar que esse programa traz mais uma oportunidade de assistência integral a esse público, sendo a APS a facilitadora no engajamento dos profissionais com a assistência materno-infantil, contemplando importantes valores de acolhimento e vínculo da comunidade com as equipes da ESF.

REFERÊNCIAS

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE. “**Protocol #11: Guidelines for the Evaluation and Management of Neonatal Ankyloglossia and Its Complications in the Breastfeeding Dyad.**” Acesso em 299 de dez. 2021. <https://www.bfmed.org/assets/Ankyloglossia%20position%20statement%202021.pdf>

AMAT, E.F., *et al.* **The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study.** *European Journal of Paediatric Dentistry*, 2017; vol. 18/4.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E; MERCHÁN-HAMANN, E. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasília, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

ARAÚJO, T., *et al.* **Anquiloglossia: Causas, consequências e tratamento.** *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica*, 2017; 2(1): 1-6.

ALMEIDA, K.R., *et al.* **Frenotomia lingual em recém-nascido, do diagnóstico à cirurgia: relato de caso.** *Revista CEFAC*, 2018; 20(2): 258-262.

BENOITON, L., *et al.* “**Management of Posterior Ankyloglossia and Upper Lip Ties in a Tertiary Otolaryngology Outpatient Clinic.**” *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 88, 2016, pp. 13–16., doi:10.1016/j.ijporl.2016.06.037.

BISTAFFA, A.G.I., *et al.* **Frenotomia lingual em bebê.** *Revista Uningá Review*, 2017; 29(2): 1-5
BRITO SF, et al. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. *Revista CEFAC*, 2008; 10(3): 343-351.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica n.28, v.1. Acolhimento à Demanda Espontânea – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.*

_____. Lei Nº 13.002, de 20 junho de 2014. **Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde da criança: **aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.** Brasília (BR): Nota Técnica 09/ 2016, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.** Brasília (BR): Nota Técnica 35/ 2018, 2018.

CUESTAS, G. *et al.* **Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños.** *Arch Argent Pediatr.* 2014;112(6):567-70

DIXON, B. *et al.* **“A Multifaceted Programme to Reduce the Rate of TongueTie Release Surgery in Newborn Infants: Observational Study.”** *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 113, 2018, pp. 156–163., doi:10.1016/j.ijporl.2018.07.045.

DONATI-BOURNE, J., *et al.* **“Tongue-Tie Assessment and Division: A Time-Critical Intervention to Optimise Breastfeeding.”** *Journal of Neonatal Surgery*, vol. 4, no. 1, 2015, p. 3, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4420400/. 26

EMOND, A. **Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild/moderate tongue-tie.** *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2014 May;99(3):F189-95.

FERRÉS-AMAT, E., *et al.* **“Management of Ankyloglossia and Breastfeeding Difficulties in the Newborn: Breastfeeding Sessions, Myofunctional Therapy, and Frenotomy.”** *Case Reports in Pediatrics*, vol. 2016, 2016, pp. 1–5., doi:10.1155/2016/3010594.

FRANCIS, D. O., *et al.* **“Treatment of Ankyloglossia and Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review.”** *Pediatrics*, vol. 135, no. 6, 2015, doi:10.1542/peds.2015-0658.

FUJINAGA, C.I., *et al.* **Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo.** *Audiology-Communication Research*, 22: e1762, 2017.

GEDDES, D. T., *et al.* “**Frenulotomy for Breastfeeding Infants With Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound.**” *PEDIATRICS*, vol. 122, no. 1, 1 July 2008, pp. e188–e194, 10.1542/peds.2007-2553.

ISAC, C. **Frenectomia-momento ideal da intervenção cirúrgica.** Tese de Doutorado (Doutorado em Medicina Dentária). Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, 2018; 71p

ITO, Y. **Does Frenotomy Improve Breastfeeding Difficulties in Infants with Ankyloglossia.** This article is based on a study first reported in the *Journal of the Japan. Pediatric Society* 2014; 118: 462-474, titled “Effectiveness of frenotomy in breastfeeding difficulties in infants with ankyloglossia: Systematic Review” (in Japanese).

JOSEPH, K. S., *et al.* “**Temporal Trends in Ankyloglossia and Frenotomy in British Columbia, Canada, 2004-2013: a Population-Based Study.**” *CMAJ Open*, vol. 4, no. 1, 2016, doi:10.9778/cmajo.20150063.

KAPOOR, V., *et al.* “**Frenotomy for Tongue-Tie in Australian Children, 2006- 2016: an Increasing Problem.**” *Medical Journal of Australia*, vol. 208, no. 2, 2018, pp. 88–89., doi:10.5694/mja17.00438.

LOURENÇO, E. C., *et al.* **A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Minas Gerais, v. 14, supl. 1, p. 1367-1377, 2009.

MARTINELLI, R.L.D.C.; MARCHESAN, I.Q.; BERRETIN-FÉLIX, G. **Protocolo de avaliação do frênuo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais.** *Revista CEFAC*, 2013; v.15, n.3, p.599-610.

MARTINELLI, R.L.C. **Validação do protocolo de avaliação do frênuo da língua em bebês.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015; 116p

MARTINS, A.N., *et al.* **A inserção do cirurgião – dentista no PSF: Revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal.** *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 4, n. 1, p. 24-33, 2014.

MATTOS, G.C.M., *et al.* **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.2, p.373- 382, 2014.

NGERNCHAM, S., *et al.* **Lingual frenulum and effect on breastfeeding in Thai newborn infants.** *Paediatr Int Child Health*, 2013; 33:86–90.

OLIVEIRA, M.T.P., *et al.* **Frenotomia lingual em bebês diagnosticados com anquiloglossia pelo Teste da Linguinha: série de casos clínicos.** *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, 2019; 24(1): 73-81.

O'SHEA, J. E., *et al.* “**Frenotomy for Tongue-Tie in Newborn Infants.**” *Cochrane Library. Database of Systematic Reviews*, 11 Mar. 2017, doi:10.1002/14651858.cd011065.pub2.

OVENTAL, A., *et al.* “**Using Topical Benzocaine before Lingual Frenotomy Did Not Reduce Crying and Should Be Discouraged.**” *Acta Paediatrica*, 2014, doi:10.1111/apa.12654.

PEIXOTO, A.P.M., *et al.* **Frenectomia lingual e labial superior em odontopediatria.** Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia). Univale, Governador Valadares, 2019; 11p

POWER, R.F.; MURPHY, J.F. **“Tongue-Tie and Frenotomy in Infants with Breastfeeding Difficulties: Achieving a Balance: Table 1.”** Archives of Disease in Childhood, vol. 100, no. 5, 2014, pp. 489–494., doi:10.1136/archdischild-2014-306211.

QUEIROZ, I.Q.D. **Comparação entre dois protocolos para diagnóstico de Anquiloglossia em bebês nascidos no Hospital Universitário de Brasília.** Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2019; 80p.

RICKE, L.A., *et al.* **Tongue-tie: Prevalence and Effect on Breast-Feedin.** J Am Board Fam Pract, 2005; v.18, p.1–7. 37. Hazelbaker AK. Tongue-tie: morphogenesis, impact, assessment and treatment. Aidan and Éva Press: Columbus, 2010.

ROWAN-LEGG, A. **“Ankyloglossia and Breastfeeding.”** Paediatrics & Child Health, vol. 20, no. 4, 11 May 2015, pp. 209–213, doi:10.1093/pch/20.4.209.

SALVADOR, A. S., *et al.* **Construindo a Multiprofissionalidade: um olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.** R bras ci Saúde, v. 15, n. 3, p. 329-338, 2011.

SANTOS, H.K.M.P.S. **Efeito da frenotomia lingual na atividade elétrica dos músculos masseter e supra-hióideos e na qualidade da amamentação.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019; 107p.

SETHI, N., *et al.* **“Benefits of Frenulotomy in Infants with Ankyloglossia.”** International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, vol. 77, no. 5, 2013, pp. 762–765., doi:10.1016/j.ijporl.2013.02.005.

SILVA, Y.J.A., *et al.* **Dificuldades no aleitamento materno na maternidade da Fundação Canta Casa de Misericórdia do Pará e o apoio do banco de leite.** REAS [Internet], 2019;11(5):e292.

SORATTO, J. *et al.* **Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

SRINIVASAN, B.; CHITHARANJAN, A.B. **Skeletal and dental characteristics in subjects with ankyloglossia.** Prog Orthod. 2013; 14:44.

SUZART, D.D.; CARVALHO, A.R.R. **Alterações de fala relacionadas a alterações de frênulo lingual em escolares.** Rev. CEFAC. 2016 Nov-Dez; 18(6):1332-1339. 65

TODD, D. **“Tongue-Tie in the Newborn: What, When, Who and How? Exploring Tongue-Tie Division.”** Breastfeeding Review, vol. 22, no. 2, July 2014.

VIEIRA, E.M.M. *et al.* **Frequência de anquiloglossia em uma comunidade indígena.** RGO – Rev Gaúcha Odontol. 2010; v.58, n.2, 215-218. 60

WALLS, A. et al. **Parental perception of speech and tongue mobility in three-year olds after neonatal frenotomy.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78(1):128–131.

WALSH, J.; TUNKEL, D. “**Diagnosis and Treatment of Ankyloglossia in Newborns and Infants.**” JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery, vol. 143, no. 10, 2017, p. 1032., doi:10.1001/jamaoto.2017.0948.

XAVIER, M.M.A.P.C. **Anquiloglossia em pacientes pediátricos.** Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária). Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2014; 47p.

CAPÍTULO 12

PRIMEIRA USINA DE OXIGÊNIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Data de aceite: 01/03/2022

Paola Darbello da Silva

Miriam Pontes Marreiro

Daniela Caroline do Nascimento Vieira

Thaís de Almeida Miana

RESUMO: Introdução: Em março de 2021, um ano após o início da pandemia, Embu das Artes se destacou com a instalação da primeira usina de oxigênio capaz de suprir todo o atendimento de sintomáticos respiratórios do hospital de campanha instalado provisoriamente na UPA Dra. Zilda Arns, para atendimento de 20 leitos de enfermaria e 05 leitos de suporte ventilatório. Objetivos: Construção e instalação de usina capaz de purificar e distribuir o ar ambiente na rede de gases para utilização nos pacientes acometidos de COVID-19, no intuito de evitar o desabastecimento de oxigênio e por consequência, o agravamento das doenças nos pacientes atendidos. Método: Instalar uma usina que produz Oxigênio a 12m³ por hora, equivalente a um cilindro grande, capaz de realizar o atendimento satisfatório de 20 leitos de enfermaria e 5 leitos de suporte ventilatório. Resultados: O Município de Embu das Artes não foi atingido pelo desabastecimento de Oxigênio, exclusivamente em razão da usina de oxigênio, sendo fundamental para o êxito na recuperação dos casos de Covid-19 no município. Conclusão: Houve efetividade tecnológica evitando o

desabastecimento e óbitos causados pela ausência de oxigênio.

PALAVRAS-CHAVE: Pioneirismo, Usina de Oxigênio, Embu das Artes.

ABSTRACT: Introduction: In March 2021, one year after the beginning of the pandemic, Embu das Artes stood out with the installation of the first oxygen plant capable of supplying all the care for respiratory symptoms at the field hospital temporarily installed in the UPA Dr. Zilda Arns, for the care of 20 infirmary beds and 05 ventilatory support beds. Objectives: Construction and installation of a plant capable of purifying and distributing ambient air in the gas network for use in patients affected by COVID-19, in order to avoid oxygen shortages and, consequently, the aggravation of diseases in patients treated. Method: Install a plant that produces Oxygen at 12m³ per hour, equivalent to a large cylinder, capable of satisfying 20 infirmary beds and 5 ventilatory support beds. Results: The Municipality of Embu das Artes was not affected by the shortage of oxygen, exclusively due to the oxygen plant, being fundamental for the success in the recovery of Covid-19 cases in the municipality. Conclusion: There was technological effectiveness avoiding shortages and deaths caused by the absence of oxygen.

KEYWORDS: Pioneering, Oxygen Plant, Embu das Artes.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou no dia 30 de janeiro de 2020 que o

surto do novo coronavírus (2019-nCoV) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) após o SARS-CoV-2 ser descoberto em pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, China, em dezembro de 2019.

No Brasil em 03 de fevereiro de 2020 o Ministério da Saúde através da Portaria 188 declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), o primeiro caso no país foi confirmado em 25 de fevereiro de 2020 no Estado de São Paulo.

O Decreto Municipal 1946 de 16 de março de 2020 declara “situação anormal, caracterizada como Situação de Emergência e Calamidade em Saúde Pública, no Município da Estancia Turística de Embu das Artes, em razão da necessidade de ações para conter a propagação de infecção viral, bem como de preservar a saúde da população contra o Novo Coronavírus - COVID-19”.

A definição de Covid-19 pelo Ministério da Saúde refere ser “ uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global.”

Na cidade de Embu das Artes desde o início da pandemia foram realizadas várias ações para contenção da propagação do vírus e cuidados aos pacientes que foram contaminados.

Em março de 2021, um ano após o início da pandemia, Embu das Artes continuou se destacando e realizou a instalação da primeira usina de oxigênio capaz de suprir todo o atendimento de sintomáticos respiratórios do hospital de campanha instalado provisoriamente na UPA Dra. Zilda Arns, para atendimento de 20 leitos de enfermaria e 05 leitos de suporte ventilatório.

A instalação ocorreu no momento crítico de abastecimento de oxigênio por torpedos no Estado de São Paulo, sendo a opção dar continuidade do atendimento por oxigenoterapia aos pacientes acometidos pela COVID-19, em momento que todos os leitos estavam ocupados, com evolução rápida de número de infectados e internados.

OBJETIVOS

Construir e instalar uma usina capaz de purificar e distribuir o ar ambiente na rede de gases para utilização nos pacientes acometidos de COVID-19, no intuito de evitar o desabastecimento de oxigênio e por consequência, o agravamento da doença nos pacientes atendidos.

MÉTODO

Realizada a construção e instalação de uma usina que produz Oxigênio a 12m³ por hora, equivalente a um cilindro grande, capaz de realizar o atendimento satisfatório de 20 leitos de enfermaria e 05 leitos de suporte ventilatório.

A implantação da usina de oxigênio ocorreu em curto prazo, sendo adaptado todo o sistema de gases do equipamento de saúde para rede de gases ligada diretamente a usina.

A produção da usina consiste na captação do ar ambiente (nitrogênio, oxigênio e outros gases), a purificação e separação desses gases e posteriormente pressurização e distribuição direta na rede, havendo garantia de autonomia de atendimento em caso de pane do equipamento.

RESULTADOS

Com a instalação da usina de oxigênio foi constatado que o Município de Embu das Artes não foi atingido pelo desabastecimento de Oxigênio, exclusivamente em razão da usina de oxigênio, sendo fundamental para o êxito na recuperação dos casos de Covid-19 no município.

CONCLUSÃO

Houve efetividade tecnológica evitando o desabastecimento e óbitos causados pela ausência de oxigênio sendo uma experiência exitosa constatando que o pioneirismo nesse momento salvou muitas vidas.

A PERCEPÇÃO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SOBRE A ESPIRITUALIDADE E SUA COLABORAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA

Data de aceite: 01/03/2022

Marília Beatriz Silva Almeida

Pós -Graduanda em Saúde Pública, Saúde da Família e Docência, UniDiferencial Teresina - PI

Luciane Maria Linhares Da Conceição

Bacharel em Enfermagem, UNIFSA Teresina – PI

Liana Dantas da Costa e Silva Barbosa

Profa. Dra. em Psicologia, docente UNIFSA Teresina - PI

Maria Enioia Dantas da Costa e Silva

Profa. Dra. em Enfermagem, docente UNIFSA Teresina - PI

Trabalho apresentado no 2º Congresso Brasileiro Ciência e Sociedade (CBCS 2021), promovido pelo Centro Universitário Santo Agostinho, de 04 a 07 de outubro de 2021, em Teresina-PI.

RESUMO: Um dos principais fatores que implementam a busca da qualidade de vida, é a espiritualidade, e a fase do envelhecimento é marcada pela sensibilidade em relação a esse tema. Essa pesquisa aborda a percepção dos idosos institucionalizados sobre a espiritualidade e sua colaboração na qualidade de vida, visando compreender a relação entre a saúde do idoso e a espiritualidade, discutir a importância da espiritualidade quanto aos aspectos mentais, sociais e físicos do idoso e analisar a importância

da espiritualidade aplicada nos cuidados de enfermagem. A pesquisa foi realizada em uma instituição de longa permanência localizada em Teresina – Piauí. Os resultados mostram que o tema espiritualidade ainda é pouco reconhecido pelo seu real sentido, sendo identificado frequentemente como religiosidade, no entanto, observamos que há um exercício do mesmo tanto de forma individual, quanto pelos cuidados da equipe de enfermagem, tomando aspectos positivos na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Espiritualidade. Qualidade de vida.

ABSTRACT: One of the main factors that implement the search for quality of life is spirituality, and the aging phase is marked by sensitivity to this issue. This research addresses the perception of institutionalized elderly people about spirituality and their contribution to quality of life, aiming to understand the relationship between the elderly's health and spirituality, discuss the importance of spirituality regarding the mental, social and physical aspects of the elderly and analyze the importance of applied spirituality in nursing care. The research was carried out in a long-term institution located in Teresina – Piauí. The results show that the spirituality theme is still little recognized for its real meaning, being often identified as religiosity, however, we observed that it is exercised both individually and by the care of the nursing team, taking positive aspects in quality of life of institutionalized elderly.

KEYWORDS: Elderly. Spirituality. Quality of life.

INTRODUÇÃO

A população brasileira está envelhecendo de forma rápida, o que evidencia a saúde dessas pessoas, sendo de responsabilidade principalmente dos profissionais de saúde, que devem levar em conta não apenas a ausência de doenças e sim a qualidade de vida, incluindo e enfatizando a espiritualidade. A espiritualidade é a busca pessoal de um significado para a vida, podendo ou não estar vinculada a religiões e crenças, entretanto é um fator de extrema importância, pois a sua presença ou ausência interferem de na saúde física, mental e social do indivíduo (PAULA, 2020).

Os idosos institucionalizados estão mais propícios ao domínio da espiritualidade, pois passam pela difícil experiência de enfrentar o envelhecimento e suas mudanças, a transição para um ambiente novo e a ausência de familiares e amigos no novo lar. Esses fatores facultam os pensamentos sobre os motivos para viver, para enfrentar as dificuldades e de seguir na procura da qualidade de vida e aproveitamento da mesma (FREITAS; SCHEICHER, 2010). A espiritualidade influencia de forma direta no enfrentamento das dificuldades que esses idosos sofrem, pois dá significado às coisas da vida e os capacitam, de forma abrangente, a traçar caminhos para o suporte desses desafios (NUNES et al., 2017).

Para os profissionais da saúde, a espiritualidade desperta os sentimentos de simpatia, empatia, sensibilidade, compaixão, entre tantos outros, que agem de forma essencial para uma análise do paciente como um todo, onde há o respeito da individualidade e a ação do profissional vai de acordo com a singularidade do paciente, deixando-o o mais confortável possível nas suas necessidades e criando um ambiente de confiança entre eles, resultando em uma consulta mais aprofundada e completa, obtendo melhores resultados e incentivando o ânimo e a fé do paciente (FARAH; SÁ, 2008).

Uma das propostas da centralização na qualidade de vida do paciente, é a diminuição da visão hospitalocêntrica, tornando a assistência de saúde mais humana e holística em todas as áreas, fazendo a união da racionalidade da ciência, tratamentos medicamentosos, procedimentos e se possível a cura de doenças, com o entusiasmo da emoção, afeição e sensibilidade no cuidado, tornando o atendimento completo, e trabalhando os âmbitos necessários para ter como prioridade a busca pelo bem-estar físico, mental e social do usuário (SILVA et al., 2019).

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a importância da espiritualidade na saúde do idoso institucionalizado, discutir a relevância da espiritualidade na qualidade de vida de idosos institucionalizados quanto aos aspectos mentais, sociais e físicos e analisar a influência da espiritualidade nos cuidados de enfermagem segundo a percepção de idosos institucionalizados.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sendo o estudo exploratório, descritivo e explicativo, desenvolvida a partir de uma pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo. A pesquisa foi desenvolvida em uma Instituição de Longa Permanência – ILP, Casa São José, localizada na Rua Orlando Carvalho 4479, bairro Santa Isabel em Teresina-PI. Trata-se de um estabelecimento particular filantrópico criado há 11 anos que acolhe idosos a partir dos 60 anos. A amostra foi constituída por 10 idosos, em uma população de 35.

Os idosos incluídos na pesquisa, estavam com idade maior ou igual a 60 anos, eram de ambos os sexos, com qualquer escolaridade, institucionalizados na casa de longa permanência por no mínimo seis meses, pois esse idoso já começa a sentir as consequências da mudança social e manifestar maior afinidade ou não do âmbito espiritual, e os participantes que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido /TCLE, autorizando sua participação na pesquisa. Como critérios de exclusão foram idosos com incapacidade de fala ou lesões neurológicas que de alguma maneira poderia interferir na cognição e comunicação, transtornos mentais graves/severos que impossibilite o discernimento do real e imaginário e idosos que não aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados a partir de uma entrevista, que teve o apoio de um formulário elaborado e aplicado pelas pesquisadoras. Esse instrumento de coleta de dados foi dividido em duas partes, uma para obtenção de dados sociodemográficos e a segunda parte que abrange os sentimentos e implicações psicológicas sobre a temática. Os nomes dos idosos foram mantidos em sigilo e substituídos pelo nome participante, seguido de um número atendendo a ordem das entrevistas (ex.: Participante 1, Participante 2...).

Esta pesquisa atende os requisitos da Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto só teve início após aprovação, mediante Parecer nº 3.142.968, pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP, do Centro Universitário Santo Agostinho, via plataforma Brasil e autorização da instituição coparticipante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos idosos, nesta pesquisa, está assim caracterizado: 6 participantes (60%) apresenta a média de idade entre 70 e 80 anos, sendo a mais recorrente a idade de 79 anos, apenas 1 (10%) com idade entre 60 e 70 anos e 3 (30%) mais de 80 anos. O sexo mais prevalente foi o feminino com 6 (60%) mulheres e 4 (40%) homens. O tempo de institucionalização de 1 a 5 anos foi de 4 (40%) participantes, de 6 meses a 1 ano, 2 (20%) idosos, de 5 a 10 anos 2 (20%) e 2 entrevistados (20%) com mais de 10 anos de instituição. Acerca da escolaridade, apenas 1 (10%) idoso era analfabeto, 1 (10%) alfabetizado, ensino fundamental, 5 (50%), ensino médio 1 (10%) e ensino superior também 1 (10%) idoso.

O conteúdo das entrevistas, após análise segundo Minayo (2017), permitiu a

construção de duas categorias semânticas que contemplam a percepção dos participantes a respeito do tema proposto, denominadas conforme o sentido: Espiritualidade, Religiosidade e Fé na Melhoria da Saúde e Qualidade de Vida do Idoso e a Espiritualidade no Cuidados de Enfermagem Segundo Percepção do Idoso.

Na primeira categoria constituída pelo conteúdo das falas de 60% (n = 6) dos participantes do estudo trata da espiritualidade, religiosidade e fé na percepção dos idosos para a melhoria de sua saúde e qualidade de vida, em que foi observado nas amplas aceções de espiritualidade, que a religiosidade se destaca, com maior reconhecimento sobre seu significado pelos idosos, estando associada às crenças religiosas e não aos comportamentos humanos como prevê estas aceções.

Segundo Nunes, M. G. S. et al. (2017), no cotidiano e na vivência a religiosidade e a espiritualidade são uma estratégia de resiliência. A fé em Deus é importante na vida da pessoa idosa, assim como práticas de leitura da bíblia, rezas de terço e orações. Desse modo, o idoso deixa transparecer em qualquer relato da sua rotina sua estreita relação com o que é considerado por ele divindade superior e torna aquilo um elemento fundamental para viver com tranquilidade e alcançar a longevidade.

Neste sentido, os participantes da pesquisa têm a religiosidade aflorada, estabelecendo relação direta com a fé em Deus que promove a cura das doenças e qualidade de vida, ambas direcionadas a respostas a essas crenças. Estas evidências estão presentes nas falas seguintes:

Quando se fala do espírito, o espírito é a alma da pessoa, não é? E se falando no espírito e na alma, se lembra religião [...]. (Participante 10).

Eu tenho fé mas não em gente, fé em Deus, fé no Pai Eterno, fé nos santos (São Francisco e Santa Teresinha) mas o resto, não tenho fé serrada no meu coração. (Participante 7).

Em primeiro lugar, tudo nós pedimos a Deus, porque Deus é quem nos dá tudo, mas em primeiro lugar, pedir a Deus o que mais precisamos. Eu, o que mais preciso é saúde. [...] porque sou doentinha e quem não é doentinha agradece a Deus a saúde que tem. (Participante 10).

[...] quando eu estou sentindo alguma coisa eu peço a Jesus, peço para eu ficar boa [...]. (Participante 3).

[...] Deus me ajuda na minha saúde, eu me apego com minha saúde [...]. (Participante 2).

Nas falas das participantes acima, a religiosidade e a crença são o depositário de sua fé de forma rotineira e estabelecem relação direta com os processos de melhoria de doenças e cura, entendendo a espiritualidade como religiosidade. Para Reis, L. A. & Menezes, T. M (2017), o ato de praticar a espiritualidade alteram a neuroquímica cerebral, o que repercute em sensação de paz, segurança e felicidade. A prática religiosa auxilia na redução da ansiedade, aumenta as esperanças. Constatou-se, ainda, que o uso da religiosidade como recurso terapêutico é compatível com a saúde mental e física, permitindo

elucidar um melhor desempenho no cotidiano das pessoas idosas.

Estudos desses autores, mostram que atividades de fé e religiosidade estão ligadas à diminuição da taxa de mortalidade, melhoria da qualidade de vida e saúde física. Diante disso, a pesquisa em pauta destaca a importância da religiosidade dos participantes idosos auxiliando de forma positiva nos processos de cura e qualidade de vida.

Sobre religiosidade, Alostani, S. et al. (2021), apontam que ela traz esses aspectos acima mencionados aos idosos, pois trata de uma participação contínua e individual, onde há o respeito às suas necessidades e capacidades, proporcionando segurança, deixando-o à vontade para uma participação ativa. A religiosidade apresenta uma relação mediadora com o componente físico do idoso, resultando em um suporte social e ajudando a lidar com doenças adversas. Em vista disso, podemos observar nas falas dos participantes, uma projeção da fé no processo de melhoria de doenças e perspectiva de cura (NUNES, M. G. S. et al., 2017).

Nesta categoria ainda é evidenciado de forma clara, que todos os participantes do estudo são cristãos, sendo a maioria, da igreja católica, estimulados a perseverar a fé na religião, por estarem em uma instituição predominantemente católica. No entanto, há um idoso participante da pesquisa, que afirma ser da igreja evangélica, em que não há uma acessibilidade ao seu grupo religioso, ocorrendo desigualdade perante a execução da sua religiosidade, deixando-o em desvantagem em relação aos demais.

Por conseguinte, a religiosidade, além de ser uma forma de estruturação psicológica do idoso, é também usada como uma importante ferramenta de socialização entre eles, os funcionários e a sociedade frequentadora dessa igreja, pois os eventos religiosos são abertos ao público, o que promove o aumento das visitas e da convivência entre estes idosos e a população, conforme evidenciado nas falas seguintes:

[...] sou católica, quando amanhece só saio do quarto quando termino de rezar o terço na cama. Tenho fé em Deus, [...] eu me apego com todos os santos e anjos da guarda [...] Eu acredito em Deus e aqui tem festejos de São José e eu gosto muito. (Participante 2).

Eu tenho fé graças a Deus, peço ao Senhor Jesus Cristo, a São Francisco, com muita devoção. Quando eu peço, eu peço com fé, pela minha saúde e dos outros. Porque sou a intercessora da renovação eu tenho que rezar pelas pessoas, não é? Aí, é muito bom porque eu fico rezando sozinha, entrego tudo ao Senhor que eu sei que Ele é quem cuida de tudo, a gente só faz pedir, só agradecer. (Participante 3).

Outro aspecto importante, também destacado na fala dos participantes é que a crença nessa religiosidade promove a garantia da qualidade da relação com as outras pessoas:

Se a pessoa mexeu comigo para me maltratar ou mexer nas minhas coisas, eu fico brava, xingo, mais não é nomes feios, naquele momento não tem ódio no coração, rancor, raiva de momento, não tem raiva de ninguém por dentro de mim não, eu nunca me intrigo com ninguém, porque eu sei que

não é bom, tudo que eu acho que é ruim, eu vejo na bíblia o que significa a palavra a bondade, amor e eu faço do jeito que tem escrito. Mas tem muita gente que faz muitas coisas erradas. Eu não tenho ódio no meu coração não, quando esse fica por dentro, a gente desabafa, aquilo sai tudo e pronto. Eu brinco com elas ('as cuidadoras') faltam morrer de rir, a gente conversa, tira brincadeiras. A fé ajuda na sua vida, se tivermos fé em Deus, tudo a gente alcança, se a gente não tiver fé não adianta, se não tiver fé, é o mesmo que está conversando a toa. Eu sei que Ele me ouve, Deus me ouve, eu tenho fé em Deus e nos santos. Tem muitas pessoas que vêm, pede oração e conversa sobre a fé. (Participante 3).

A religiosidade ainda influencia no comportamento e nas decisões do indivíduo, ressaltando a relevância da religião na qualidade de vida das pessoas. De acordo com Costa, A. & Humboldt, S. V. (2020), qualidade de vida, refere-se a compreensão do indivíduo sobre sua posição na vida, sobre valores, objetivos, padrões e expectativas, onde pretendem chegar sempre em um tempo maior de autonomia e individualidade. Diante do exposto, os resultados desse estudo são respaldados no conhecimento construído pelos autores.

Quanto a fé evidenciada na fala dos participantes, esta é expressa no estudo como espiritualidade no sentido de ser um propósito de vida. Para Esperandio, M. R. G. et. al. (2019), a fé é um elemento subjetivo e intimamente particular do ser humano. Neste sentido, percebe-se a similaridade na utilização da fé pelos idosos, sendo ela o amparo sobre essa fase e essa situação de institucionalização:

[...] Sem a fé nós não podemos nem viver, uma pessoa que não tem fé, não tem espiritualidade, não tem nada, é a fé que cura tudo, é a fé que lhe ajuda a você viver a vida com determinadas coisas [...] Você, às vezes está tomando um remédio para se tratar, mas se você não tiver fé aquele remédio não tem utilidade, não é isto? [...] Se eu não tivesse fé, eu estava esvanecido de tudo, achando que eu não ia conseguir vencer. (Participante 5).

[...] fé em Deus ajuda, ajuda sim, é tudo [...] A fé é pedir a Deus para melhorar, é Deus quem melhora [...] estou melhor graças a Deus, não é? [...] Pedindo a Deus a saúde, pedindo a Deus todo dia [...]. (Participante 10).

O estudo da percepção dos idosos em pauta, mostra que a religiosidade e a fé são fatores importantes para eles, pelo seu percurso, ideia de finitude, pelas doenças que o acometem, pelo sentimento de sofrimento e abandono e por tantos outros motivos. Estudo de Cruz, E. J. E. R. et.al. (2018), enfoca que a fé e a religiosidade são expressas através da oração, onde se determina esse momento para conectar-se com Deus, as pessoas oram/rezam para agradecer a vida, para pedir bênçãos e conforto, refletindo na melhoria da saúde, aumento das possibilidades de sucesso na cura de doenças, sendo uma estratégia poderosa para o enfrentamento de crises existenciais.

Em face do exposto, a fé e a religiosidade merecem uma atenção especial, principalmente da área da saúde, devendo os profissionais analisar os pacientes como um todo e não como presença ou ausência de doença, pois a espiritualidade pode servir

como intervenção, ou seja, a utilização da fé e religiosidade no combate às doenças físicas, mentais e emocionais. Nos conteúdos apresentados, é evidenciada a dimensão da influência da oração na saúde dos idosos participantes do estudo.

No tocante à espiritualidade, numa acepção mais ampla, conforme já mencionado no texto, foram escassos os resultados, considerando o real sentido da palavra, pois a maioria dos entrevistados a assimilam como religiosidade. Contudo, algumas falas exprimem um significado fidedigno à espiritualidade:

[...] É a pessoa está bem de espírito, é... ter uma vida saudável, não ter problema [...] viver tranquilo [...]. (Participante 5).

[...] a minha espiritualidade é muito assim forte... forte assim, se eu não tivesse espiritualidade há muito tempo que eu já tinha morrido [...] então essa espiritualidade justamente eu celebro todos os dias [...]. Então a espiritualidade me ajuda muito, é um combustível, é uma força que nos dá assim, não apenas a medicação e a remediação que eu tomo, [...] mas também a espiritualidade é aquela que, ela cobre tudo enquanto [...]. A espiritualidade não é só aquilo que vai rezar ali quietinho não [...]. A espiritualidade contém vários fatores, ou seja, vários modos de ser espiritualista não é? (Participante 9).

Em estudo realizado por Scortegagna, et. al. (2018), a espiritualidade se relaciona com a qualidade de vida principalmente dos idosos, quando a mesma alcança seu papel, e promove a confiança e plenitude, mesmo com todos os problemas que os envolvem, sendo associada a bons acontecimentos e perseverança para encarar momentos difíceis.

A segunda categoria é constituída pela fala de 8 (80%) dos participantes, trata da percepção dos idosos sobre os cuidados de enfermagem na perspectiva da existência ou não de espiritualidade destes profissionais. O cuidado de enfermagem mencionado nas falas seguintes evidencia as características de uma assistência espiritualizada, embora estes não utilizem a expressão espiritualidade na descrição desses cuidados:

[...] Eles tratam da gente direitinho. Elas são boas pessoas [...]. (Participante 1).

[...] as enfermeiras são boas, chegam tudo na hora certa. Se eu estou aqui, elas vêm deixar o remédio. A enfermeira é quem dá o remédio, quem tem cuidado, faz um chá e a gente toma. Ela tem cuidado comigo, dá o remédio [...]. (Participante 2).

[...] todas me tratam muito bem. Me dão assistência de enfermagem, trazem o remédio aqui aonde eu estou. [...] tudo suportam, não tem rancor de ninguém, não passam carão em ninguém [...]. (Participante 4)

[...] a enfermeira tem muita paciência para lutar com a gente. Quando a gente está sentindo alguma coisa, ela procura um remédio para botar na gente, a gente melhora [...]. (Participante 6)

[...] todos me tratam bem, os cuidadores, as enfermeiras [...]. A gente conta o que está sentindo, aí depois ela pergunta se a gente está melhor, se melhorou, se ficou bom [...]. (Participante 8)

[...] enfermeira, o nome já está dizendo! É enfermeira. A enfermeira tem que

cuidar, a enfermeira cuida de quem? De quem está doente [...]. Dá o remédio é com a enfermeira, porque dar o remédio é o trabalho da enfermeira, só a enfermeira pode dar o remédio [...]. (Participante 10).

A partir da análise do conteúdo das falas dos participantes, é possível identificar que os idosos institucionalizados estão satisfeitos com a assistência prestada pela equipe de enfermagem especialmente na administração de medicamentos, na identificação de suas alterações físicas que podem remeter à doenças, e ainda na comunicação estabelecida com eles no dia a dia. Assim, os resultados obtidos nessa pesquisa apontam para a chance de se construir caminhos de mudanças e inovação no cuidado, reconhecendo que é um mecanismo favorável para uma assistência humanizada.

Sobre o cuidado de pessoas idosas, Costa, M. F. et al. (2017), ressaltam que os profissionais de enfermagem devem, por intermédio de uma assistência completa, agregar aspectos biológicos e emocionais, não desconsiderando suas crenças, valores, perdas e limitações impostas pelo envelhecimento. Neste sentido, a enfermagem que assiste os idosos participantes desse estudo, está respaldada nas recomendações desses estudiosos.

De acordo com Emiliano et al. (2017), lidar com ser idoso exige o aumento de habilidades interativas para uma melhor explicação e captação de suas crenças, valores e situações de vida por meio da comunicação sendo ela verbal ou não.

Corroborando, Costa, M. F. et al. (2017), ressaltam que a comunicação em enfermagem, empregada de maneira terapêutica, possibilita que os profissionais se relacionem empaticamente com os idosos, possibilitando a compreensão de suas dúvidas, medos e inseguranças e ao mesmo tempo, transmitir informações com o objetivo de tornar a pessoa idosa ativa e autônoma diante as suas dificuldades enfrentadas no seu dia-a-dia. Podemos perceber a comunicação entre os profissionais de enfermagem e os idosos nas seguintes falas:

[...] A enfermeira conversa, a gente se comunica muito bem [...]. (Participante 5)

[...] A relação eu posso dizer que é boa [...] eu tenho um relacionamento muito bom com eles, nós conversamos e tudo mais [...]. (Participante 9)

Estudo de Rodrigues, M. A. et al. (2018), retrata que o enfermeiro, na rotina de suas atividades, deve agir com igualdade nas escolhas para suas intervenções, portanto as pessoas, dependendo da fase de vida que se encontram, possuem dificuldades específicas, que irão precisar ser atendida de forma individualizada, e o grupo pode ser um elemento favorável para o processo do cuidado na promoção e prevenção da saúde.

As investigações sobre o autocuidado e condições de vida das pessoas idosas, segundo Moura, M. M. D. & Veras, R. P. (2017), possibilita aos profissionais da área a compreensão do conhecimento pessoal de cada um, em relação, a entender a cerca de cada história de vida, à percepção e a opinião do idoso em relação à sua patologia. Esse entendimento permitirá a comunicação entre idoso com a incapacidade de recuperação e

a rotina do enfermeiro que tem como propósito de oferecer mudanças no plano do cuidado ao idoso, para melhoria da sobrevivência desse idoso.

Diante disso, os cuidados de enfermagem na percepção do idoso são achados que ajudarão para uma melhor compreensão dos enfermeiros, para prestarem uma assistência integralizada ao idoso colocando em prática esses cuidados, onde essa assistência deverá ser contínua e particularizada. Por meio do cuidado de enfermagem busca reconhecer e auxiliar as necessidades da pessoa a ser cuidada promovendo a saúde com um olhar na dimensão biopsicossocial (RODRIGUES, M. A. et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresenta que a espiritualidade, embora não tenha seu conceito bem delimitado e sequer bem entendido pelos idosos entrevistados, está fortemente presente e ajuda diretamente na saúde física e mental dos mesmos. A espiritualidade, foi por eles entendida como religiosidade, e essa comutação ainda é realizada pela maioria das pessoas que não têm conhecimento sobre o assunto, não se restringindo apenas a eles. Embora isso, podemos perceber durante suas falas que a espiritualidade era bem trabalhada, assim como a religiosidade, que estava presente inclusive por pertencerem a uma instituição religiosa.

Contudo, foi possível identificar que a assistência do enfermeiro com os idosos institucionalizados evidencia características de uma assistência espiritualizada, embora estes não utilizem a expressão espiritualidade na descrição desses cuidados, sendo satisfeitos com a assistência da equipe de enfermagem. Sendo assim, apontam para uma chance de construir caminhos de mudanças com inovação no cuidado, reconhecendo que a espiritualidade é um mecanismo favorável para uma assistência humanizada.

REFERÊNCIAS

ALOSTANI, S. et al. **O efeito da terapia religiosa no status cognitivo do idoso**. Journal of religion and health, v. 60, p. 2066-2076, 2021. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-019-00904-9>>. Acesso em: 10 ago 2021.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/1mTMIS3>>.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2fmnKeD>>.

COSTA, A. HUMBOLDT, S. V. **A espiritualidade e as doenças crônicas em idosos** – estudo exploratório em idosos. Psicologia, saúde e doenças, v. 21. n. 1, 2020.

COSTA, M. F. et al. **A enfermagem no cuidado ao idoso institucionalizado: revisão sistemática.** Sergipe: Realize 2017. Disponível em: <<http://editorarealize.com.br/revistas/coh/anais.php>>. Acesso em: 15 ago 2021.

CRUZ, E. J. E. R. et al. **Resiliência como objeto de estudo da saúde do trabalhador:** uma revisão narrativa. Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental, v. 10, 1 ed., p. 283-288, 2018. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-32240>>. Acesso em: 09 out. 2018.

DIAS, K.C.O.de; et al. **O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa.** Revista Enfermagem UFPE on line, Recife, v.8, n.5, p.1337-46, maio. 2014.

EMILIANO, M S,da; et al. **A percepção da consulta de enfermagem por idosos e seus cuidadores.** Revista Enfermagem UFPE on line, Recife, v.11, n. 5, p.1791-7, maio. 2017

ESPERANDIO, M.R.G.et al. **Envelhecimento e espiritualidade:** o papel do coping espiritual/religioso em pessoas idosas hospitalizadas. Interação em psicologia, v. 23, n.2, 2019.

FARAH, O. G. D; SÁ, A. C. de. **Psicologia Aplicada à Enfermagem.** 1. ed. Manole, 2008.

FHON, J. R. S. et al. **Fatores associados à fragilidade em idosos: um estudo longitudinal.** Revista Saúde Pública, v. 52, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102018000100266&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 23 set. 2018.

FREITAS, M. A. V; SCHEICHER, M. E. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro. v. 13, n. 3, p. 395-401, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16. 17, 2017.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOURA, M. M. D. de; VERAS, R. P. **Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência.** Physis, v. 27, n. 01, 2017.

NUNES, M. G. S. et al. **Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais.** Saúde Debate, v. 41, n. 115, p. 1102-1115, 2017.

PAULA, Leandro. **A alma como problema público: espiritualidade e saúde no contexto dos EUA.** Religião e Sociedade. Rio de Janeiro. V. 40, n. 3, p. 95-119, 2020.

REIS, L. A. dos; MENEZES, T. M. O. **Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longo vivo no cotidiano.** Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn, v. 70, n. 4, p. 761-766, 2017.

RIBEIRO, P. C. P. S. V, et al. **O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar.** Ver Bras enferm [internet], v. 70, n. 4, p. 865-872, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_003=7167-reben-70-04-0830.pdf>.

RODRIGUES, M. A. et al. **Exercício profissional de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos**: estudo retrospectivo. *Texto Contexto Enferm*, 2018. Disponível em: < www.scielo.br > . Acessado em: 13 ago 2021.

SCORTEGAGNA, H.M; PICHLER, N.A; FÁCCIO, L.F. **Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, n 3, p. 304-311, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000300293&script=sci_abstract&lng=pt >. Acesso em: 25 mai 2019.

SILVA, R. S. S; Fedosse, E; Pascotini, F. S; Riehs, E. B. **Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde**. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos. v. 27, n. 2, p. 345-356, 2019.

A REPERCUSSÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA MÍDIA BRASILEIRA

Data de aceite: 01/03/2022

Gabriella Silva Nascimento

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC)
[https://orcid.org/\(0000-0001-9211-0175\)](https://orcid.org/(0000-0001-9211-0175))
<http://lattes.cnpq.br/8376333858512415>

Patrycia Kelly Pereira

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos(UNICEPLAC)
[https://orcid.org/\(0000-0001-82982623\)](https://orcid.org/(0000-0001-82982623))
<http://lattes.cnpq.br/9173910387525295>

Veluma Lara Andrade Santos Magalhães

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos(UNICEPLAC)
[https://orcid.org/\(0000-0002-4771-7370\)](https://orcid.org/(0000-0002-4771-7370))
<http://lattes.cnpq.br/7959583339718809>

Nayara dos Santos Rodrigues

Mestre e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade de Brasília
[https://orcid.org/\(0000-0003-4797-0832\)](https://orcid.org/(0000-0003-4797-0832))
<http://lattes.cnpq.br/8809545944642149>

Walquiria Lene dos Santos

Mestre(a) em Enfermagem; Docente no Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC). Docente Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires - FACESA
<https://orcid.org/0000-0001-6489-5243>
<http://lattes.cnpq.br/4723603129713855>

RESUMO: Objetivo: Identificar e analisar as repercussões na mídia brasileira acerca da violência obstétrica. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória em base documental delineada pela análise temática. Para o levantamento das reportagens foram selecionados como fonte três jornais no formato digital de grande quantidade de acesso com buscas a partir do termo “Violência Obstétrica” sem distinção de data de publicação. **Resultados:** Foi realizada a leitura de 230 reportagens, sendo 50 destas selecionadas devido à similaridade com o objetivo do estudo. Assim, a partir da análise temática do conteúdo das reportagens foram divididas em seis categorias: 1. Relato, 2. Denúncia, 3. Debate, 4. Pesquisa, 5. Política e 6. Legislação. **Conclusões:** Conclui-se que as reportagens refletem que a violência obstétrica tem sido uma constante na realidade brasileira, no qual o debate e as reflexões em relação à saúde da mulher e da criança durante o parto precisam de maiores engajamentos de todos os setores da sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Brasil; Meios de Comunicação de Massa; Violência Obstétrica.

THE REPERCUSSION OF OBSTETRIC VIOLENCE IN THE BRAZILIAN MEDIA

ABSTRACT: Objective: To identify and analyze the repercussions in the Brazilian media about obstetric violence. **Method:** Qualitative, exploratory research on a documental basis delineated by thematic analysis. For the survey of reports, three newspapers in digital format with a large amount of access with searches based on the term “Obstetric Violence” were selected as

source, without distinction of publication date. **Results:** 230 reports were read, 50 of which were selected due to the similarity with the objective of the study. Thus, based on the thematic analysis of the content of the reports, they were divided into six categories: 1. Report, 2. Denouncement, 3. Debate, 4. Research, 5. Policy and 6. Legislation. **Conclusions:** It is concluded that the reports reflect that obstetric violence has been a constant in the Brazilian reality, in which the debate and reflections on the health of women and children during childbirth need greater engagement from all sectors of society.

KEYWORDS: Brazil; Mass Media; Obstetric Violence.

1 | INTRODUÇÃO

A violência obstétrica (VO) vem sendo questionada e debatida nos últimos anos e cada vez mais tendo espaço dentro das temáticas das mídias sociais, do meio científico, de manifestações de rua e das rodas de conversa. Porém, mesmo diante de todo esse progresso a respeito desta temática, essa prática ainda se encontra difícil em desfazer-se da assistência, tendo em vista de que ainda há muito o que lutar e avançar (SANTOS, OLIVEIRA e SOUZAS, 2018).

Entende-se que violência no parto é todo e qualquer procedimento, conduta, ação ou descaso de profissionais de saúde em ambientes hospitalares públicos ou privados que atinja, direta ou indiretamente, à saúde física e/ou mental da mulher (GUIMARÃES, 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência é quando se impõe um nível relevante de dor e sofrimento, mas que possam ser evitados. Sendo assim, considera-se violência obstétrica como uma forma característica de violência contra a mulher (OMS, 2014).

Para a OMS, também é declarada violência obstétrica quando se existe um exagero no momento das intervenções, seja por abuso na medicação ou tornando-se um processo patológico, na hora do parto de forma em que a mulher não tenha liberdade e capacidade para escolher o que é melhor para sua saúde e a do bebê (OMS, 2014). Dentro deste contexto, ressalta-se o combate à VO através da humanização da obstetrícia que se ampliou pelo país com o passar dos anos, conquistando lugares entre mulheres de classes distintas e com enfoque para as mulheres de classe sociais mais baixas (GIACOMINI e HIRSCH, 2020).

Em 2011, a Rede Cegonha (Portaria n. 1.459/2011) foi criada, procurando garantir o direito de ter uma preparação reprodutiva e uma assistência de forma humanizada durante a gestação, parto e ao puerpério, com intuito de estimular a elaboração de nova estratégia de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até os 2 anos de vida, de maneira que reduza a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Para isso, assuntos como o acesso à saúde, a boa condição da assistência e a participação da mulher no ato de cuidado, levando em consideração as dúvidas e conhecimento do que está sendo realizado, além da liberdade de poder ter a participação

do acompanhante nesse momento devem ser base de uma política de atendimento humanizado (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011).

Observa-se a alta prevalência da VO no Brasil de modo que uma a cada quatro mulheres sofrem algum tipo de violência obstétrica durante o parto (SANTOS; OLIVEIRA; SOUZA, 2018). Essas informações compõem parturientes que suportaram falta de respeito, assédio físico e moral, indiferença e descaso, desde o pré-natal até o momento pós-parto (SANTOS; OLIVEIRA e SOUZAS, 2018).

Neste contexto, destaca-se que o profissional que agir com imprudência na assistência, preconceito, tratar com inferioridade, agressão física, psicológica e/ou verbal ou que realize alguma técnica e intervenção de forma indevida ao longo do ciclo gravídico-puerperal, cometerá VO e infringe diretamente os direitos da mulher. Visto que, todas essas ações colaboram para o acometimento de dificuldades desagradáveis ao binômio mãe-filho (OLIVEIRA et al., 2019).

Ao reconhecer a existência desse grave problema de saúde pública que afeta as gestantes, se faz necessário buscar estratégias de enfrentamento. Ademais, é imprescindível que os profissionais de saúde atuem com o objetivo de garantir uma assistência digna, com qualidade e respeitosa, pois as condições difíceis no ambiente de trabalho não justificam atos de violência (CARVALHO e BRITO, 2017).

Diante disto, ressalta-se a importância de identificar como tem sido noticiado na mídia brasileira as reportagens acerca deste contexto de violência obstétrica de modo a analisar as fontes e seus conteúdos.

Diante disto, ressalta-se a importância de identificar como têm sido noticiados na mídia brasileira as reportagens acerca deste contexto de violência obstétrica de modo a analisar as fontes e seus conteúdos. Portanto, o presente estudo teve como objetivo identificar e analisar as repercussões na mídia brasileira acerca da violência obstétrica.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO OU FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com García, Díaz e Acosta (2013), a violência obstétrica é um fenômeno que vem ocorrendo há algumas décadas na América Latina. Um fator, na maioria das vezes presente entre as gestantes, é a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto. Essa situação pode levá-las a se conformar com a exploração de seus corpos por diferentes pessoas, aceitando diversas situações incômodas sem reclamar.

A violência obstétrica inclui o uso excessivo de drogas e intervenções desnecessárias durante o parto e desempenho real. Considerado desagradável, geralmente doloroso, não baseado em evidência científica. Alguns exemplos são pelos pubianos raspados, episiotomia de rotina, enema, indução do parto e proibição do direito da mulher de escolher um acompanhante durante o trabalho parto (DINIZ, 2014).

Segundo estudo de base populacional realizado no Brasil (1,2), a prevalência de violência obstétrica (VO) é de 18,3% a 44,3%. Apesar da alta prevalência, poucos estudos epidemiológicos nacionais abordam esse tema. Na última década, aumentou o interesse por essa forma de violência contra a mulher, principalmente devido ao movimento e grupos feministas que buscam salvar a fisiologia do parto e o papel que as mulheres desempenham neste momento tão especial da vida (HENRIQUES, 2021).

Em pesquisa nacional realizada em 2011/12, 56,6% dos brasileiros nasceram de cesariana, enquanto nas redes privadas a frequência é maior, chegando a 90%. Para as mulheres que deram à luz, 36,4% das mulheres receberam ocitocina para induzir ou acelerar o parto, e 39,1% das mulheres receberam cesariana. Entre as mulheres que deram à luz por parto normal, 36,1% referiram a técnica de Kristeller e 53,5% realizaram episiotomia (HENRIQUES, 2021).

Atualmente, apesar dos protocolos hospitalares em cuidados com a gestante no momento do parto, nota-se as várias intervenções de rotina, e que são muitas vezes violentas, desnecessárias e de eficácia duvidosa, de acordo com relatos das mulheres. (SENS e STAMM, 2019).

Qualquer profissional que usar negligência, discriminação social, violência física, psicológica e / ou verbal durante o serviço, ou usar tecnologia e intervenções impróprias durante a gravidez e o parto, cometerá violência obstétrica e violará os direitos da mulher. Pois esses tipos de atitudes podem causar complicações adversas no binômio mãe-filho (OLIVEIRA et al., 2019).

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória em base documental delineada pela análise temática.

Para o levantamento dos documentos foram selecionados como fonte jornais no formato digital. Como critério de seleção dos jornais foram escolhidos os três jornais digitais de maior acesso no cenário brasileiro segundo o Instituto Verificador de Comunicação (IVC, 2021). A coleta de dados foi realizada no mês de setembro na Folha de São Paulo, Estadão e O Globo.

Como critério de seleção das reportagens foram realizadas buscas nos três jornais a partir do termo “Violência Obstétrica” sem discriminação de data. Para a seleção então, foram realizadas leitura completa de título e texto a fim de identificar similaridade com o objeto do presente estudo, repercussões da violência obstétrica.

Foram lidas 230 reportagens oriundas da busca nos três jornais e destas 50 foram selecionadas a partir do critério estabelecido previamente. Para análise das reportagens elaborou-se um documento próprio contendo os seguintes dados: jornal, data da reportagem, título, site de acesso, tipificação e a produção do *corpus* textual que norteou

a análise do conteúdo.

Desta forma, as reportagens foram analisadas inicialmente por critério de noticiabilidade, utilizando o valor-notícia de seleção (SILVA, 2014). Tais critérios classificam as reportagens em dez categorias que norteiam a produção do texto na mídia, a saber: conflito, conhecimento, governo, impacto, justiça, polêmica, proeminência, proximidade, raridade e tragédia/drama (SILVA, 2014). Na sequência, foram analisadas qualitativamente utilizando a técnica análise temática (BRAUN e CLARKE, 2014). Por se tratar de informações publicizadas o presente estudo não necessitou de apreciação ética, seguindo a Resolução CNS nº 466/12.

4 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo realizou a leitura de 230 reportagens de 3 jornais de grande circulação, oriundas da busca a partir do termo Violência Obstétrica. E de acordo com os critérios de inclusão adotados, das 230 foram selecionadas 50 reportagens, as quais abordam violência obstétrica como a prática de procedimentos desnecessários e condutas que desrespeitam e agredem a mulher durante a gestação, parto e puerpério.

Com relação à fonte, o jornal Estadão foi o que mais apresentou reportagens relacionadas ao tema 54% (27) enquanto os demais jornais apresentaram 46% (23) reportagens somadas, conforme descrito na tabela 1.

Jornal	Número	Percentual
Estadão	27	54%
Folha de São Paulo	19	38%
O Globo	4	8%
Total	50	100%

Tabela 1. Distribuição das reportagens selecionadas por jornal.

No que tange o período de publicação das reportagens, que são de 2014 até 2021, observa-se que o ano de 2020 foi o período de maior número de publicação de reportagens (11) em oposição ao ano de 2018 em que foram encontradas apenas 1 reportagem, conforme apresentado na figura 1. Observa-se também uma média de aproximadamente 6 reportagens por ano no período de oito anos.



Figura 1. Ano de publicação das reportagens

Com relação a análise por critério de noticiabilidade, utilizando o valor-notícia de seleção, notou-se prevalência do critério de conflito totalizando 22% (11) e justiça 30% (15) do total de reportagens. A estratificação da análise por valor-notícia de seleção é apresentada na Tabela 2.

Valores-notícia de seleção	Número	Percentual %
Conflito	11	22
Drama	1	2
Governo	1	2
Impacto	6	12
Justiça	15	30
Polêmica	2	4
Proeminência	4	8
Proximidade	4	8
Raridade	6	12
Total	50	100

Tabela 2. Estratificação das reportagens por valor-notícia de seleção

O foco deste estudo foi identificar e analisar as repercussões na mídia brasileira acerca da violência obstétrica. Para tanto, a partir da análise temática do conteúdo das reportagens foram divididas em seis categorias: relato, denúncia, debate, pesquisa, política e legislação, observando-se uma maior quantidade de reportagens relacionadas ao tema de relato e pesquisa conforme apresentados na Tabela 3.

Temática	Número	Percentual %
Relato	18	36%
Denúncia	6	12%
Debate	2	4%
Pesquisa	12	24%
Política	9	18%
Legislação	3	6%
Total	50	100%

Tabela 3. Categorização das reportagens

A partir dos resultados apresentados neste estudo ressalta-se de forma inicial que a VO é um desafio para a saúde pública no Brasil e neste sentido, pela temática de pesquisa relacionado ao tema foram encontradas 12 reportagens (24%). Segundo o Instituto de Medicina Social, o prevaecimento da VO tem variado entre 18,3% e 44,3%, conforme estudos de base populacional realizados no país (HENRIQUES, 2021).

Ainda com foco na prevalência, observa-se que no Brasil uma em cada quatro mulheres sofrem algum tipo de violência no momento do parto, desde agressão verbal, procedimentos dolorosos sem consentimento até a negligência (LANSKY et al, 2019).

Embora o alto prevaecimento referido, há poucos estudos epidemiológicos nacionais envolvendo essa temática, mas observa-se que nos últimos anos, o interesse por esse formato de violência contra a mulher tem aumentado (HENRIQUES, 2021). Fato que corrobora com esta pesquisa ao observar que o termo vem ganhando maior visibilidade, dado o a identificação de uma maior quantidade de reportagens no ano de 2020 e quase o alcance da média dos últimos oito anos já no ano de 2021, que no momento da coleta de dados ainda restavam três meses para findar.

Este aumento pode ser devido aos movimentos feministas e grupos que tentam recuperar a fisiologia do parto e a figura da mulher nesse momento tão sublime da vida (HENRIQUES, 2021). Porém, existem dificuldades acerca do tema, como dificuldade de mensuração, ausência de definição das condutas de VO, ausência de concordância acerca do termo utilizado, poucas evidências quanto às consequências da VO na saúde materno - infantil e falta de políticas públicas para impedir essas condutas (HENRIQUES, 2021).

Neste contexto, as práticas violentas sujeitam mulheres a normas e costumes rígidos, e por muitas vezes desrespeitam os seus corpos e os seus padrões naturais, impedindo de desempenhar o seu protagonismo, impossibilitando e transformando o momento do parto desagradável. Podendo ainda, a VO ser constatada em outras formas de tratamento no decorrer do período gravídico puerperal (MORÉ, PORTELLA e CORRÊA, 2020).

Com a temática de legislação e política relacionado ao tema foram de VO encontradas 3 (6%) e 9 (18%) das reportagens, respectivamente. Neste aspecto, destaca-se que a

proteção frente a práticas violentas ocorre através de leis municipais e estaduais. Para tanto observa-se as legislações estaduais como a lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, vigente no estado de Santa Catarina a qual dispõe sobre informações e proteção para a gestante e puérpera contra a violência obstétrica (SANTA CATARINA, 2017).

Discorre-se ainda a Lei Distrital nº 6144/2018 que se destina a atenção e ao combate à VO no Distrito Federal, preconizando medidas informativas às gestantes e parturientes (SANTA CATARINA, 2017).

Ademais, tramita-se no cenário político um projeto de lei 878 de 2019 que tem como foco a caracterização da VO bem como o combate à sua ocorrência em âmbito nacional (BRASIL, 2019). Uma lei como esta torna-se necessária para unificar o entendimento acerca da VO e assim proporcionar a educação e combate nos diferentes estados e níveis de atenção.

Por outro aspecto, observa-se a Lei do Acompanhante em vigor desde o ano de 2005, que visa assegurar à mulher o direito a um acompanhante de sua escolha no momento do parto (BRASIL, 2005). Para Lunardi (2021), em momento algum a Lei do Acompanhante devia ser desrespeitada, visto que é um direito das mulheres garantido por lei e quando não cumprida é considerada violência obstétrica.

Com o intuito de regularizar a presença da pessoa indicada pela mulher nos setores públicos e privados, houve também outras publicações de documentos para que todas as parturientes tenham garantia desse direito e, sobretudo, respeitado pelos campos prestadores de saúde (RODRIGUES et al 2018).

Garantido pela Lei 9.263/96 que preconiza o planejamento familiar antecipando que a mulher tenha acesso à atenção integral à saúde, atendimento do pré-natal e assistência ao parto, pós-parto e puerpério a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1996). Neste sentido, a Lei 11.634/2007 estabelece que toda gestante assistida pelo SUS tem direito de conhecer e criar um vínculo prévio à maternidade que será realizado o seu parto, e a maternidade que será atendida caso ocorra alguma intercorrência no pré-natal (BRASIL, 2007).

No entanto, ressalta-se a existência de uma lacuna de conhecimentos sobre a temática de VO e sobre os direitos da mulher de modo que as principais fontes de informação sobre o tema chegam às mulheres por meios da mídia, principalmente pelos jornais e veiculações na internet. Desta forma, ressalta-se a importância da vinculação em jornais de grande alcance reportagens que visem a divulgação da informação acerca da VO como forma de instrumentalizar a mulher e sua rede de apoio. Tendo em vista que para o enfrentamento da VO se faz necessário o apoio familiar de maneira contundente (ZANCHETTA et al, 2021).

Na mesma linha de raciocínio, ecoa-se que muitas mulheres não têm ciência de seus direitos e até mesmo que sofreram VO no ambiente hospitalar e que a ocorrência deste tipo de violência não atinge somente a mulher, mas também o recém-nascido (BRITO

et al, 2020; LANSKY et al 2019; SANTOS e QUADROS, 2020). Neste quesito alista-se às 6 (12%) reportagens encontradas com a temática de denúncia e 18 (36%) relacionada ao relato de VO.

Ademais, observa-se que algumas mulheres, ainda que do setor de saúde, reproduzem a violência de gênero contra outras mulheres além do referido racismo institucional que traz a complexidade e muitos outros conflitos em relação à obstetrícia contra mulheres negras (RIBEIRO et al, 2020 e ASSIS, 2018). Ressalta-se assim, a existência de uma cultura preocupante, pois quanto mais vulnerável a mulher, mais rude e degradante é o tratamento que ela recebe, sendo, portanto, importante denunciar a VO nas unidades de saúde para preservar vidas (RIBEIRO et al, 2020).

Sabe-se que a VO é um obstáculo de muitos anos atrás, embora pareça ser um tema novo (Zanardo, 2017). Mas de forma geral, o saber biomédico que contamina a maioria dos profissionais de saúde tende a desconsiderar a opinião das mulheres e não as considerar matérias de direito e, adicionalmente, nota-se que os direitos reprodutivos das mulheres negras estão ameaçados de forma humilhante e precisam de soluções urgentes (ASSIS, 2018).

Por fim, destaca-se que a formação dos profissionais de saúde é um pilar importante neste contexto. Visto, que a ausência de qualificação profissional em operar nas áreas de cuidado obstétrico, pode dar margem a erros e, conseqüentemente, à VO. Desta forma, é fundamental a devida qualificação profissional, como medida para evitar a violência obstétrica (ALVES et al., 2020).

5 | CONCLUSÃO

As reportagens nos jornais digitais destacam a conduta de alguns profissionais de forma a corroborar com os casos de violência obstétrica, sobretudo relacionado às reportagens de denúncia. Em relatos pontuais as reportagens fazem referência ao perfil das mulheres que sofreram e sofrem com a violência obstétrica.

Em grande escala, o fato de ser negra, ter baixa renda e viverem em baixo nível social essas mulheres sofrem mais com a violência obstétrica, onde as reportagens não deixam de forma explícita o porquê de grupos específicos, serem mais importunados com a violência obstétrica. Notou-se ainda a carência na diferenciação da questão racial com o debate social.

Ademais, os textos jornalísticos levantam questões sobre o cumprimento das políticas públicas que podem ajudar a garantir a segurança da mulher com a devida humanização da assistência durante o seu parto bem como a realização de pesquisas nesta temática.

Portanto, tendo como objetivo identificar e analisar as repercussões na mídia brasileira acerca da violência obstétrica, conclui-se que a violência obstétrica tem sido uma constante na realidade brasileira, no qual o debate e as reflexões em relação à saúde

da mulher e da criança durante o parto precisam de maiores engajamentos de todos os setores da sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento; SILVA, Jéssica Queiroz Pereira; DINIZ, Cinthia Martins Menino; CAMINHA, Maria de Fatima Costa. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 16 (1): 29-37 jan. / mar., 2016.

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serviço Social & Sociedade*. 2018, n. 133, pp. 547-565.

ALVES Valdecyr Herdy, et al. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2021 set 30]; 29:e20190248.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 5, n. 1, p. 119-129. jan-mar. 2016.

BRASIL. LEI Nº 6.290 DE 15 DE ABRIL DE 2019 (Autoria do Projeto: Deputado José Gomes) Dispõe sobre as diretrizes para a Política de Proteção aos Direitos da Mulher no Distrito Federal. *Sistema Integrado e Normas Jurídicas do DF*. Brasília, 15 de abril de 2019. 131º da República 59º de Brasília.

BRASIL. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005 - Portal da Câmara dos Deputados. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União - Seção 1 - 8/4/2005*, Página 1.

BRASIL. LEI Nº 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007. (CONSTITUIÇÃO, 2007). Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 27 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Lei Nº 19701 DE 20/11/2018 Publicado no DOE - PR em 21 nov 2018. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. *Palácio do Governo*, em 20 de novembro de 2018.

BRASIL. LEI ESTADUAL 19701 - 20 de Novembro de 2018. CASA CIVIL. Sistema Estadual de Legislação. Publicado no *Diário Oficial nº. 10318* de 21 de Novembro de 2018. Art. 12 Revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017. *Palácio do Governo*, em 20 de novembro de 2018.

BRASIL, 2014. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento*. Brasília, DF: UECE/ Ministério da Saúde.

BRASIL. PROJETO DE LEI N.º 878, DE 2019 CÂMARA DOS DEPUTADOS. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Sala das Sessões, em 19 de fevereiro de 2019.

BRAUN V, e CLARKE V. What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, 9–10.2014.

BRITO, Atílio Rodrigues, et al. A percepção das gestantes sobre o parto humanizado e violência obstétrica: relato de experiência. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e934975086, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.5086.

CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. *Enfermería Global* N° 47 Julho 2017.

DF. DISTRITO FEDERAL. LEI N° 6.144, DE 07 DE JUNHO DE 2018. (Autoria do Projeto: Deputado Wasny de Roure). Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. Sistema Integrado e Normas Jurídicas do DF. Brasília, 07 de junho de 2018.

DPE-PR. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ. 27 DE MAIO DE 2021. DPE-PR Luta pela diminuição do número de vítimas de violência obstétrica.

GIACOMINI, Sonia Maria; HIRSCH, Olívia Nogueira. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. *Rev. Estud. Fem., Florianópolis*, v. 28, n. 1, 2020. Epub 15-Maio-2020.

GUIMARÃES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Rev. Estud. Fem., Florianópolis*, v. 26, n. 1, 2018. Epub 15-Jan-2018.

HENRIQUES, Tatiana. Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. *Publicações do Centro de Ensino e Pesquisa do IMS/UERJ. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. Página Grená. Rio de Janeiro.Fev/2021. Acesso em 3 de out. de 2021.*

IVC. Instituto Verificador de Circulação (IVC). IVC Brasil. Ranking 2020-2021. Disponível em < <https://ivcbrasil.org.br/#/home1>> Acesso em 03 de out. de 2021.

LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2019, v. 24, n. 8, pp. 2811-2824.

LUNARDI, Ana Luíza. Desinformação e maior fragilidade na pandemia podem aumentar a violência obstétrica. *Publicações do Centro de Comunicação Social da Faculdade de Medicina da UFMG*. 25 de Março de 2021 - Parto, Pós Parto, Pré Natal, Violência obstétrica.

MARQUES, Raquel. *Jornal o Estadão*, 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/lei-da-cesarea-e-julgada-inconstitucional-uma-vitoria-em-meio-ao-caos/> Acesso 10 de Setembro de 2021.

MENEZES, Fabiana Ramos de et al. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2020, v. 24, e180664. Disponível em: <<https://www.scielo.br/ijcse/a/SNcjQGxYnDGYbfXPCTvcsgq/?format=pdf&lang=pt>>. Epub 23 Set 2019. ISSN 1807-5762. Acesso em 10 de setembro, de 2021.

MORÉ, Pauletti, Jéssica;; PORTELLA, Ribeiro Juliane; CORREA Soares Mariu. Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook. *Enfermagem (Montevidéu)*, Montevidéu, v. 9, n. 1, pág. 3-20, 2020.

MARQUES, Silvia. Violência Obstétrica no Brasil: Um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres do direito integral à saúde das mulheres, Brasília, v.9.n 1 (2020).

OLIVEIRA, Maria do Socorro Santos de. et al. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. *ABCS Health Sci*. 2019; 44(2):114-119.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. “O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde”. *Texto Contexto - Enfermagem, Florianópolis*, v. 26, n. 2, e06500015, 2017.

Organização Mundial da Saúde – (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: OMS; 2014.

RIBEIRO Deyse de Oliveira. et al. Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2020, v. 41, e20190419.

RODRIGUES, Diego Pereira. et al. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 12(1):236-46, jan., 2018.

SALOMÃO, Livia Brodbeck. Lei do Acompanhante: Direito garantido a gestante na hora do parto. 04 de Agosto de 2021. DPE -PR Defensoria Pública do Estado do Paraná.

SANTOS, Aline Passos, QUADROS, Carla. Relato de experiência sobre violência obstétrica em uma roda de conversa. *Revista Direito e Sexualidade*, Salvador, v. 1, n. 2, p. 160-179, jun./dez. 2020.

SANTOS, Jaqueline Maria; OLIVEIRA, Tamiz Lima; SOUZAS, Raquel. Parto, mulher negra e violência: corpos invisíveis? *Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos*. Bahia, v. 17, n. 2, p. 112-119, 2018.

SILVA, Marcos Paulo da; FERNANDES, Mario Luiz. Perspectivas históricas da análise da noticiabilidade. *Critérios de noticiabilidade: problemas conceituais e aplicações*. Florianópolis: Insular; 2014. p. 25-38.

SC. SANTA CATARINA. LEI Nº 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017. Procedência: Dep. Angela Albino, Natureza: PL./0482.9/2013, DOE: 20.457, de 19/01/2017, Decreto: 1.269/17.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 23, e170915, 2019.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho, URIBE, Magaly Calderón, NADAL, Ana Hertzog Ramos De, & HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29, e155043. 2017.

ZANCHETTA, Margareth Santos et al. Ampliando vozes sobre violência obstétrica: recomendações de advocacy para enfermeira(o) obstetra. *Escola Anna Nery*. 2021, v. 25, n. 5, e20200449.

INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA LGBTFÓBICA NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO BRASIL: MODELO TEÓRICO DE COMPREENSÃO

Data de aceite: 01/03/2022

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (PPGSP/UFC)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0487525646265750>

Liandro da Cruz Lindner

Professor da Escola de Comunicação e Artes da Universidade Anhembi Morumbi (UAM)
São Paulo – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1937007952823864>

Raimunda Hermelinda Maia Macena

Professora Associado II - Departamento de Fisioterapia Faculdade de Medicina/FAMED - Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6728123164375829>

RESUMO: Objetivou-se no presente estudo mapear as normativas brasileiras referentes à vigilância da violência LGBTfóbica e propor um modelo de compreensão da invisibilidade desse agravo com base na ordem social de normalização do problema. A violência LGBTfóbica apresenta fragilidades e inexistência de variáveis para vigilância em saúde do agravo. Uma questão a ser considerada para a compreensão desse fenômeno diz respeito às ordens sociais de normalização da violência contra essa população que mantém-na em um lugar de marginalização e invisibilidade, compondo um fluxo causal de permanência do

problema e dificuldade na efetivação de políticas públicas para mudança dessa realidade. A não busca por serviços, causada também pela exclusão e vulnerabilidade social, fragiliza os sistemas de captação de informações existentes e dificulta a implementação de novos.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Minorias Sexuais e de Gênero. Sistemas de Informação em Saúde.

INVISIBILIDAD DE LA VIOLENCIA LGBTFÓBICA EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA EN BRASIL: THEORETICAL MODEL OF UNDERSTANDING

ABSTRACT: The objective of the present study was to map the Brazilian norms regarding the surveillance of LGBTphobic violence and to propose a model for understanding the invisibility of this problem based on the social order of normalization of the problem. However, LGBTphobic violence has weaknesses and no variables for health surveillance of the disease. An issue to be considered for the understanding of this phenomenon concerns the social orders for the normalization of violence against this population that keeps it in a place of marginalization and invisibility, composing a causal flow of permanence of the problem and difficulty in the implementation of public policies for changing this reality. Failure to seek services, also caused by exclusion and social vulnerability, weakens existing information capture systems and makes it difficult to implement new ones.

KEYWORDS: Violence. Sexual and Gender Minorities. Health Information Systems.

INTRODUÇÃO

A violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e outras minorias sexuais e de gênero (LGBT+), conhecida como violência LGBTfóbica, apresenta uma dificuldade em nível nacional de se monitorar por não ter fontes produtoras de dados oficiais voltadas para esse agravo. Existem ações de levantamento de dados isoladas como o relatório de violência homofóbica e atividades de pesquisas independentes. A vigilância pelo Sistema de Notificação de Agravos (SINAN) dispõe de variáveis sobre sexualidade e gênero da pessoa em situação de violência. No entanto, essas informações são incipientes. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; BRASIL, 2016).

As informações são objeto da epidemiologia, que objetiva aproximar a gestão à realidade, para proposição de políticas públicas e ações estratégicas de prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz e intervenção nos cuidados em saúde com articulação de redes para o cuidado integral (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, os aspectos sociais e a potencial interferência do meio em que o indivíduo vive em seus resultados de saúde, não podem ser dissociados, e caso tente-se fazê-lo haverá problemas de perda de significações que comprometerão o entendimento do fenômeno. Essa ideia aplica-se ao estudo do fenômeno da violência e está no campo da epidemiologia social (BARATA, 2005; RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR, 2017; MALAGÓN-OVIEDO, 2017).

Uma questão de ordem social importante está na normalização da LGBTfobia que tem sua base explicada pelo sistema sexo-gênero discutido por Judith Butler (2016), que considera os corpos que se desviam da cisgênero-heteronormatividade abjetos, subalternos e passivos de sofrer violência.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo mapear as normativas brasileiras referentes à vigilância da violência LGBTfóbica e propor um modelo de compreensão da invisibilidade desse agravo com base na ordem social de normalização do problema.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa narrativa, realizada entre julho de 2019 e agosto de 2020 buscando-se na literatura construir uma proposta de compreensão sobre a invisibilidade da violência perpetrada contra LGBT+ nos sistemas de informação em saúde do Brasil.

A proposta foi elaborada a partir da teoria de diagramas causais, construindo-se um gráfico acíclico direcionado (ou Directed Acyclic Graph - DAG), para codificar uma hipótese qualitativa acerca do tema em questão e seus processos causais (CORTES, FAERSTEIN, STRUCHINER, 2016). Pode-se observar o diagrama desenvolvido na Figura 1.

BREVE HISTÓRICO NORMATIVO BRASILEIRO DA VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA POPULAÇÃO LGBT+

No Brasil, a violência passou a ser observada como um problema de saúde a partir da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Em seu texto, tem-se como prioridade a estruturação da vigilância em saúde da violência para auxílio de tomadas de decisão e a implantação da notificação desse agravo (BRASIL, 2001).

Outro marco normativo é a portaria N° 936, de 19 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e que aborda a importância da vigilância do agravo ao definir como atribuição de um dos componentes da rede a implantação da notificação de maus-tratos e outras violências (BRASIL, 2004).

Como resultante, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA) a partir da Portaria N° 1356 de 23 de junho de 2006, observando a necessidade de implementar a vigilância, prevenção e controle desses agravos em âmbito nacional com o envolvimento das três esferas de governo (BRASIL, 2016).

O caráter compulsório da notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências foi implantado a partir da Portaria no 104, de 25 de janeiro de 2011, que incluiu os agravos na lista nacional de notificação compulsória (BRASIL, 2016).

A inclusão da violência teve importância para a vigilância, pois a partir de então pode-se ter a captação contínua de casos e geração de informações para a prevenção e controle visando a promoção de políticas públicas de enfrentamento.

Em um primeiro momento, a ficha era de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais, e a captação da orientação sexual e identidade de gênero falho e inexistente.

O item que poderia captar informações relacionadas era o 16 (“relações sexuais”) constante nos dados da pessoa atendida com as seguintes respostas possíveis: só com homens, só com mulheres, com homens e mulheres. Nesse sentido, a ficha apresentava-se falha e ineficaz na inclusão e visibilidade da diversidade de orientação sexual, além de não considerar identidade de gênero ou nome social da pessoa em situação de violência.

No entanto, um marco normativo importante na visibilidade dessa população no setor saúde foi a criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria no 2.836, de 1° de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o plano operativo presente na política supracitada traz como segundo eixo de trabalho “Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT+”. O texto aborda a inclusão de variáveis de orientação sexual e identidade de gênero na notificação do agravo, além da qualificação das informações e dos indicadores de saúde

voltados para essa política (BRASIL, 2011).

Seguindo esse processo normativo, em 2014, a ficha de notificação recebe uma nova versão que entra em vigor para uso em 2015. O instrumento passa a ser chamado de ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada e alguns campos são acrescentados, dentre eles: 31 - nome social, 34 - orientação sexual, 35 - identidade de gênero, 53 - essa violência foi motivada por (BRASIL, 2014).

A versão SINAN 5.0 consegue captar informações sobre a população LGBT+ de forma melhor que a versão anterior, apesar de ainda ter limitações. O campo orientação sexual apresenta como opções Heterossexual, Homossexual (gay/lésbica) e Bissexual. O campo é considerado como de preenchimento obrigatório, não devendo ser assinalado como ignorado ou deixado em branco e a opção de “não se aplica” é utilizada em casos de crianças menores de 10 anos, devendo-se preencher nos demais casos de forma auto-declarada pela pessoa atendida (BRASIL, 2016).

O campo identidade de gênero também é de preenchimento obrigatório e apresenta as mesmas prerrogativas quanto a preenchimento. Os itens possíveis dessa variável são: Travesti, Transexual Mulher e Transexual Homem. A variável referente à motivação, de preenchimento obrigatório, apresenta onze opções em que apenas uma deve ser assinalada. Dentre elas tem-se o item “Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia” (BRASIL, 2016).

A utilização do nome social em serviços públicos é um direito das pessoas trans e travestis. O estigma da travestilidade no convívio social acarreta vários problemas para essas pessoas e a inclusão do campo “nome social” em fichas de serviços de saúde é um caminho para minimizar esse problema, apesar de não garantir diretamente que elas sejam tratadas de acordo com o gênero com que se identificam (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

Desse modo, a importância de chamar pessoas transexuais e travestis pelo nome social e ter atenção às questões de orientação sexual e identidade de gênero é abordada pelos instrutivos do Ministério da Saúde acerca da ficha de notificação e apontada como estratégia de humanização (BRASIL, 2016).

CONTEXTO DE INVISIBILIDADE DA POPULAÇÃO LGBT+ NOS SIS

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no Brasil são múltiplos e pouco integrados. Cada frente de captação de dados (mortalidade, morbidade hospitalar, morbidade ambulatorial, etc), apresenta um fluxo de alimentação do sistema diferente com fichas de inserção de variáveis distintas. Observar a inclusão de itens que abordem orientação sexual e identidade de gênero nessas fichas em sistemas que tratem da violência é importante para que haja visibilidade da população LGBT+.

Nesse contexto, a declaração de óbito (DO) apresenta-se em um modelo único utilizado em todo território nacional e tem como objetivos fundamentais ser o documento base para a coleta de informações do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e

documento hábil para lavratura da certidão de óbito para o sepultamento legal. Os casos de óbito secundário à agressão contra a comunidade LGBT+ são invisibilizados nesse sistema porque a DO não apresenta campos que captem a orientação sexual ou identidade de gênero da pessoa registrada (BRASIL, 2019).

A mesma invisibilidade em SIS ocorre no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que capta dados por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Porém não existe nenhum campo do instrumento de coleta que apresente informações sobre orientação sexual e identidade de gênero da pessoa atendida (BRASIL, 2017).

Dessa forma, a produção de dados sobre violência contra a população LGBT+ em caráter contínuo oficial no Brasil apresenta limitações, ficando a cargo de inquéritos pontuais e periódicos o seu aprofundamento.

Como exemplo tem-se as duas versões do Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: o ano de 2011/ano de 2012 publicadas pela Secretaria de Direitos Humanos (SDH). As informações desses estudos são oriundas das denúncias do Disque Direitos Humanos e dos inventários de crimes contra LGBT+ noticiados na imprensa realizados pelo Grupo Gay da Bahia (GGB) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Os dados referente ao poder público federal do relatório de 2013 apontam para a dificuldade em se captar informações sobre essa população. Entre os anos de 2013 e 2014, 85.803 manifestações foram protocoladas, sendo 40.852 o número de pessoas que responderam o questionário, e destes 952 foram de pessoas que se identificaram com orientação diferente da heterossexual (BRASIL, 2016).

De acordo com os dados do Disque Direitos Humanos, em 2013, houve 1965 denúncias com uma redução ao longo dos meses do ano que não indica a redução de casos de violência, mas outros fatores que podem estar relacionados à redução de campanhas de divulgação do serviço, por exemplo. Existe uma tendência à naturalização desses atos como forma de tratamento para essa população além da autoculpabilização que levam a vítima a não realizar a denúncia. Outra questão apontada como possível explicação para a subnotificação é a falta de conhecimento do canal de comunicação e denúncia, fazendo com que os casos de violência não sejam desvelados (BRASIL, 2016).

A sociedade contemporânea brasileira apresenta normas de condutas de regulação dos corpos pautada na heteronormatividade, onde corpos, gênero e sexualidade são inscritos em modelos binários, restritos e universalizantes. As formas de (re)existir que se desvirtuam dessa lógica são subjugadas e consideradas aptas a sofrer violência em uma perspectiva naturalizada principalmente entre quem perpetra, mas muitas vezes também entre quem a sofre (COUTO-JUNIOR; OSWALD; POCAHY, 2018).

Para essa discussão, vem à tona o sistema sexo-gênero com os papéis que devem ser assumidos por cada pessoa em um recorte de gênero universal, fixo e pretensiosamente coerente, que não dá conta de incluir um conjunto de corpos e condições de vida, expurgando sujeitos abjetos para a marginalização social (BUTLER, 2016).

Mesmo em veículos de informação e notificação de casos de violência contra a população LGBT+, as violências transfóbicas são invisibilizadas pelo pouco domínio que a população como um todo apresenta acerca do tema e das definições de identidade de gênero. Isso leva tanto os sujeitos que denunciam a uma dificuldade em indicar de forma precisa qual seria a identidade mais adequada para designar à pessoa em situação de violência transgênera (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Dessa forma, percebe-se fragilidades nesses processos com a LGBTfobia institucionalizada no país, pouca infraestrutura para enfrentamento do problema, dificuldade de diálogo com órgãos gestores e falhas na sistematização da função de cada esfera de governo nas políticas. Isso se reflete na ausência de produção de dados oficiais fidedignos à realidade do fenômeno e na consequente invisibilidade dessa população no que se refere às informações sobre violência (FEITOSA, 2019). Além disso, a exclusão social e violência causada por esses processos prejudica a construção de práticas sociais em saúde para garantia de justiça social (BOLAÑOS, 2018)

A invisibilidade da população LGBT+ está nas mídias também ao se observar que as violações de direito dessa população têm pouco “valor-notícia”. Isso caracteriza a naturalização da violência contra essas pessoas, e o que é noticiado também reforça essa questão (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; MELLO; AVELAR; BRITO, 2014).

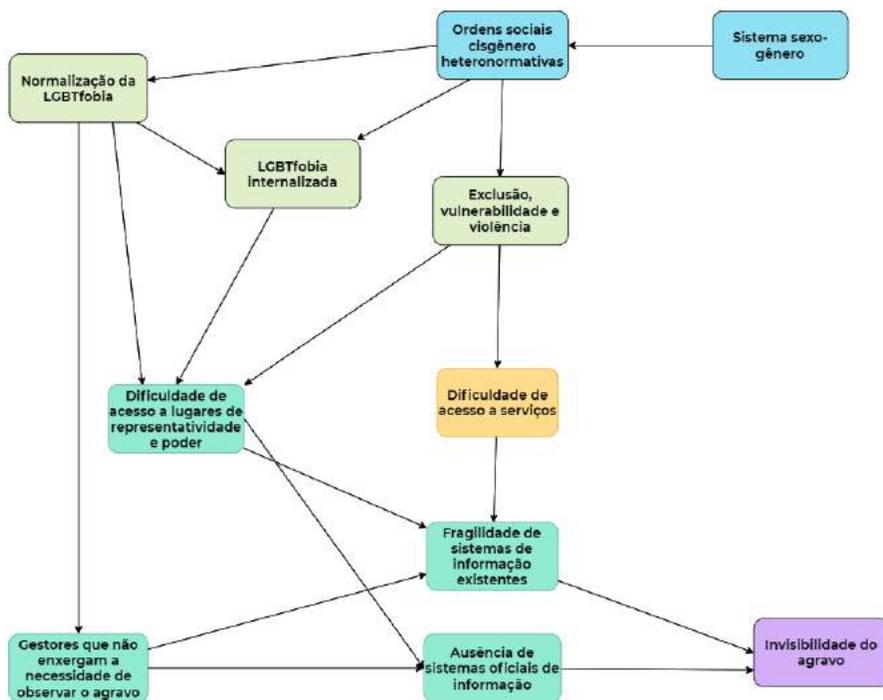


Figura 1 - Proposta de diagrama causal para compreensão da invisibilidade da violência contra a população LGBT+ nos sistemas de informação em saúde do Brasil.

Fonte: Próprios autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A base política normativa apresentada foi construída a partir das demandas que emanam da sociedade e do entendimento por parte da gestão vigente de sua necessidade. No entanto, a normalização da violência contra a população LGBTQ+ dificulta a construção dessas políticas que dão visibilidade ao problema.

Mesmo com a elaboração e publicação de políticas públicas em saúde e normativas para captação da realidade desse agravo não há garantia de visibilidade. Os problemas oriundos da ordem social de heterossexualidade compulsória do sistema sexo-gênero continuam presente em diversas camadas da nossa sociedade impedindo a efetivação das políticas e mantendo esses corpos em um lugar de invisibilidade e marginalização.

Essas ordens geram, além da normalização, a LGBTQfobia internalizada, em que os próprios LGBTQ+ não buscam serviços por acreditarem que seu local de marginalização é o esperado. A não busca por serviços, causada também pela exclusão e vulnerabilidade social, fragiliza os sistemas de captação de informações existentes e dificulta a implementação de novos. O esforço em compreender esse fenômeno é necessário para a mudança da realidade e pode ser observado da proposta de diagrama causal da Figura 1.

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS

BARATA, R.B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]** v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.

BOLAÑOS, J.A.O. Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar. **Rev. Salud Pública** v. 20, n. 5, p 649-654, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A declaração de óbito: documento necessário e importante**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 737 / GM 16 de maio de 2001**. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBTQ). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 936, de 19 de maio de 2004. Requisitos sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 mai. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIVA: Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. **Relatório de Violência Homofóbica no Brasil: ano 2013**. Brasília, 2016.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012**. Brasília, 2013.

BUTLER, J. Capítulo 1 Sujeitos do sexo/gênero/desejo. In: Brasileira EC, editor. **Problemas de gênero - Feminismo e subversão da identidade**. 11. Rio de Janeiro, p. 17-70, 2016.

CORTES, T.R.; FAERSTEIN, E.; STRUCHINER, C.J. Utilização de diagramas causais em epidemiologia: um exemplo de aplicação em situação de confusão. **Cadernos de Saúde Pública** 32: e00103115p, 2016.

COUTO-JUNIOR, D.R.; OSWALD, M.L.M.B.; POCAHY, F.A. Gênero, sexualidade e juventude(s) Problematizações sobre heteronormatividade e cotidiano escolar. **Civitas-Revista de Ciências Sociais** v. 18, n. 1, p. 124-137, 2018.

FEITOSA, C. Políticas públicas LGBT no Brasil: um estudo sobre o Centro Estadual de Combate à Homofobia de Pernambuco. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)** v. 32, p. 90-118, 2019.

MALAGÓN-OVIEDO, R. Epidemiología, saberes y prácticas: un análisis crítico. **Rev. Salud Pública** v. 19, n. 3, p. 416-422, 2017.

MELLO, L.; AVELAR, R.B.; BRITO, W. Políticas públicas de segurança para a população LGBT no Brasil. **Revista Estudos Feministas** v. 22, n. 1, p. 297-320, 2014.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública** 35: e00111318, 2019.

RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR, L.A. Inferencia Causal En Epidemiología. **Rev. Salud Pública** v. 19, n. 3, p. 409-415, 2017.

CAPÍTULO 16

O IMPACTO DOS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE FETAL EM HOSPITAIS DE SALVADOR

Data de aceite: 01/03/2022

Giulia Lira Alves

Graduando em Medicina na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME)
Lauro de Freitas, Bahia, Brasil

Leticia Barletta Reis Pitanga

Graduando em Medicina na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME)
Lauro de Freitas, Bahia, Brasil

Lucas Silva Varjao

Graduando em Medicina na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME)
Lauro de Freitas, Bahia, Brasil

Luciana Maria de Araujo Moura

Graduando em Medicina na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME)
Lauro de Freitas, Bahia, Brasil

Marcel dos Santos Gonçalves

Graduando em Medicina na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME)
Lauro de Freitas, Bahia, Brasil

Mariana Cruz da Silveira

Graduando em Medicina na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME)
Lauro de Freitas, Bahia, Brasil

Monique Dantas Correia

Graduando em Medicina na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME)
Lauro de Freitas, Bahia, Brasil

Brasil, M. Q. A.

Docente em Medicina na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME)
Lauro de Freitas, Bahia, Brasil

RESUMO: As notificações de óbitos fetais advindas dos hospitais de Salvador apresentaram elevada prevalência sobretudo no ano 2000 quando comparado ao período correspondente aos anos 2000 a 2018. Contudo nesse período efetuou-se o surgimento de portarias, pactos e decretos relevantes ao tema. Portanto, o objetivo deste estudo é comparar a prevalência do óbito fetal em hospitais em Salvador antes e após decretos, portarias e pactos. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, no qual foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), através das fontes secundárias disponibilizadas pelo DATASUS. Concluiu-se que sucedeu declínio significativo nos índices de mortalidade fetal neste recorte temporal e que os programas governamentais foram fatores determinantes para esse declínio.

PALAVRAS-CHAVE: Programas governamentais; Mortalidade fetal; Morte fetal.

THE IMPACT OF GOVERNMENTAL PROGRAMS ON REDUCING FETAL MORTALITY IN HOSPITALS IN SALVADOR

ABSTRACT: Notifications of fetal deaths from hospitals in Salvador showed high prevalence, especially in the year 2000 when compared to the period corresponding to the years 2000 to 2018. However, in this period ordinances, pacts and decrees relevant to the topic were created. Therefore, the aim of this study is to compare the prevalence of fetal death in hospitals in Salvador before and after decrees, ordinances, and pacts. It is a descriptive epidemiological study, in which data from the Sistema de Informações sobre

Mortalidade (SIM) through secondary sources made available by DATASUS. It was concluded that there was a significant decline in fetal mortality rates in this time frame and that the programs governmental agencies were determining factors for this decline.

KEYWORDS: Government programs; Fetal mortality; Fetal death.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito do feto, quando, depois da separação, ele não respira, nem apresenta nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimento efetivos dos músculos de contração voluntária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

A maior parte dos óbitos fetais é provocada por causas preveníveis. Entre as causas de óbito fetal, destacam-se as de etiologia materna, tanto prévias como obesidade, uso de álcool e drogas, infecções maternas, soropositividade para o HIV-Aids (QUIBEL, T, *et. al.*, 2014), a falta de informação sobre planejamento familiar (KHAN, M.N, *et. al.*, 2017), quanto obstétricas a exemplo da doença hipertensiva específica da gestação, diabetes mellitus gestacional, restrição de crescimento fetal e trauma ao nascimento (QUIBEL T, *et. al.*, 2014). Outros fatores associados com óbito fetal que merecem atenção são: a idade materna de 10 a 14 anos e maior que 35 anos, baixa renda e escolaridade, pré-natal inadequado e natimorto prévio (BARBEIRO, F.M.S, *et. al.*, 2015). (apud SILVA, V.M.C, *et.al.*, 2019).

Desta forma, a atenção pré-natal é reconhecida como fator relevante na proteção e na prevenção da saúde obstétrica, e possibilita a identificação e o manuseio clínico de intervenções sobre os fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus embriões. Portanto, a consulta pré-natal de qualidade com controle de riscos e melhoria da assistência ao parto pode reduzir a ocorrência de causas evitáveis e é essencial na redução da mortalidade. No entanto, as principais falhas são as que contribuem para as altas taxas de mortalidade fetal e estão relacionadas à má qualidade da atenção pré-natal, ao diagnóstico tardio de complicações na gravidez, ao manejo obstétrico inadequado e a dificuldade de atendimento à gestante de baixo a alto risco (SANTANA, T.C.P, *et. al.*, 2019).

Deste modo, torna-se fundamental a avaliação do perfil epidemiológico do óbito fetal na cidade de Salvador, uma vez que na Bahia, é o município que apresenta os maiores índices de mortalidade fetal. Outrossim, os anos de 2000 a 2018 são de grande importância no que concerne a realização de uma avaliação, devido ao surgimento nesse tempo de portarias, pactos e decretos extremamente relevantes. Com isso, podemos utilizá-los para analisar a variação no número de óbitos fetais no período.

A Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000 estabeleceu princípios e diretrizes

para estruturação do Programa Humanização no Pré-Natal. Este engloba o direito à gestante de acompanhante, cadastramento das gestantes para melhor monitoramento e acompanhamento e garantia de, no mínimo, 6 consultas pré-natais, aliadas a realização de exames complementares importantes de serem realizados no período (BRASIL, 2000).

O Pacto Nacional de 2004 teve em vista também a redução da mortalidade fetal, por meio de ações que asseguram o alojamento conjunto mesmo em instituições privadas, garantem que gestantes não sejam recusadas nos serviços ou peregrinem em busca de assistência. Também inclui as urgências obstétricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e visa reduzir a transmissão vertical do HIV/Aids e sífilis (BRASIL, 2004).

A Portaria nº 116 de 11 de fevereiro de 2009 foi responsável por regulamentar a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio de informações sobre óbitos para o sistema de informações em saúde sob a gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2009).

O Decreto nº 23.806 de 05 de março de 2013 instituído pela Prefeitura de Salvador promoveu a instituição do Comitê de Prevenção do Óbito Fetal na cidade de Salvador, o qual foi essencial para a análise dos óbitos fetais, avaliação das principais causas e desenvolveu ações de sensibilização e divulgação acerca da mortalidade fetal. O objetivo foi a conscientização dos formadores de políticas públicas, instituições, e equipes de saúde para a promoção e qualificação das informações sobre mortalidade. Mediante a estratégia de ampliação da cobertura do Sistema de Informação e melhoria dos registros da Declaração de Óbito e registros de atendimento, a sensibilização dos profissionais de saúde para o correto preenchimento de prontuários, fichas de atendimento e Cartão da Gestante conforme legislação vigente, o decreto almeja redução da mortalidade fetal (SALVADOR, 2013).

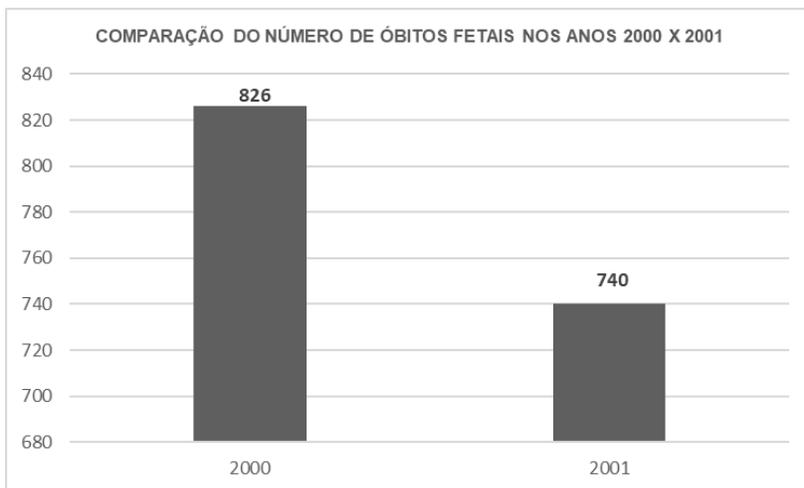
Este estudo buscou identificar a comparação da prevalência do óbito fetal em hospitais em Salvador antes e após os decretos, portarias e pactos descritos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo realizado no município de Salvador/BA com dados do SIM, através das fontes secundárias disponibilizadas pelo DATASUS no período de 2000 a 2018.

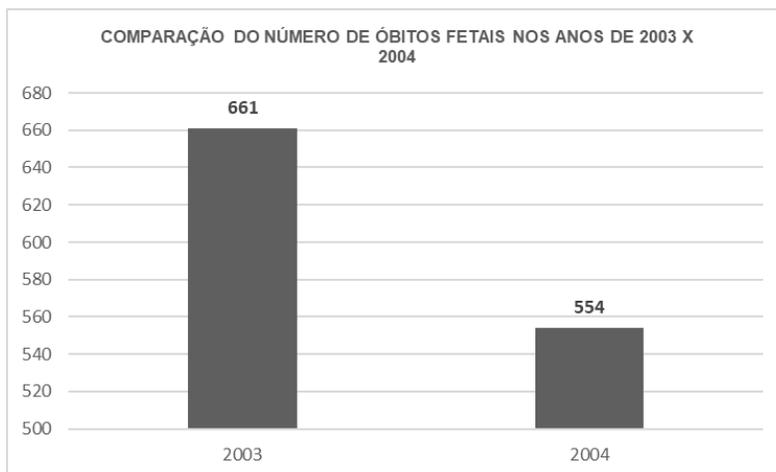
Significativa parte da pesquisa foi realizada por intermédio de consulta de decretos, portarias e pactos que norteiam políticas de saúde pública e estão disponíveis no site do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



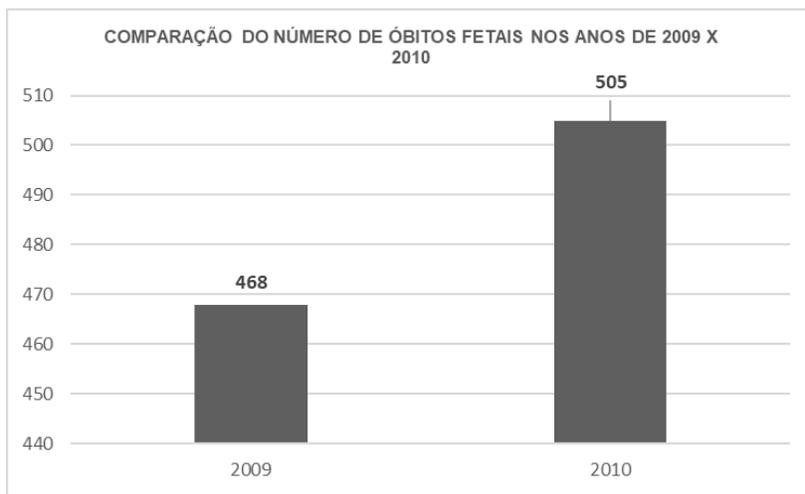
No ano de 2000 é possível observar um número significativo de óbitos fetais nos hospitais da cidade de Salvador, 826 óbitos. Já no ano de 2001 é possível observar 740 óbitos.

Após a concretização da Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000 pelo Ministério da Saúde é possível considerar uma redução de cerca de 10,4% dos óbitos fetais entre o ano de 2000-2001. Nota-se com o surgimento da Portaria, uma acentuada preocupação na assistência à gestante, garantindo uma maior e melhor qualidade de assistência pré-natal.



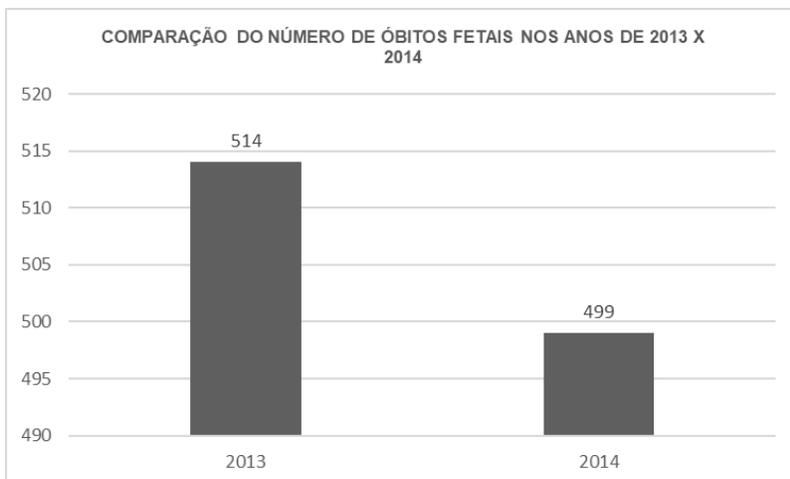
No ano de 2003 o número continua elevado, sendo representado por 661 óbitos fetais. Em 2004 é possível observar uma redução em relação ao ano anterior.

Seguidamente à instituição do Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal do Ministério da Saúde de 2004 foi possível notar uma redução de 16,1% no número de óbitos fetais nos anos de 2003-2004. Essa mudança decorreu da implementação de ações que trouxeram melhorias na atenção obstétrica, como o envolvimento das diferentes esferas governamentais a fim de garantir a melhoria na assistência e na adição de condutas como a garantia de acompanhamento pré-parto.



Em 2009, ocorreram 468 óbitos. No ano seguinte, 2010, ocorreu um aumento do número de óbitos. Foram registrados pelo sistema 505 óbitos em hospitais na cidade de Salvador.

Posteriormente à efetivação da Portaria nº 116 de 11 de fevereiro de 2009, houve o aumento dos óbitos fetais em 7,9% no período de 2009-2010. Isso ocorre devido à maior fiscalização dos óbitos fetais preconizada pela Portaria, que solicitou ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no país através do SIM.



No ano de 2013 foram registrados 514 óbitos. Em 2014 ocorreu uma redução, sendo registrados 499 óbitos fetais.

Em seguida à vigência do Decreto nº 23.806 de 05 de março de 2013 instituído pela Prefeitura de Salvador, foi possível notar uma redução de aproximadamente 3% dos óbitos fetais entre os anos de 2013-2014. Essa pequena, porém, significativa mudança ocorreu devido a instituição do Comitê de Prevenção do Óbito Fetal na cidade de Salvador, o qual foi essencial para a análise dos óbitos fetais, avaliação das principais causas, que foram obtidas a partir da observação desses óbitos, e para a realização de medidas de intervenção almejando redução da mortalidade.



Ao avaliar o período de recorte do estudo, têm-se os dados referentes ao total de

número de óbitos fetais no período de 2000 a 2018, que totalizaram 10.572 óbitos. O ano de 2000 foi ano com o maior número de casos e o ano de 2018 o ano com o menor número de óbitos em hospitais de Salvador. A somatória das portarias, pactos e decretos foi essencial na atenuação da mortalidade fetal em 51,08% entre os anos de 2000 a 2018.

CONCLUSÃO

É perceptível o decréscimo em 51,08% da taxa de óbitos fetais dos anos 2000 a 2018. Portanto, inferimos que a instituição e vigência dos programas governamentais foram fatores importantes para a redução da mortalidade fetal neste recorte temporal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. **DATASUS**: 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. MS: 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009**. MS: 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. MS: 2000.

SALVADOR. GOVERNO MUNICIPAL DE SALVADOR. **Decreto Nº 23.806 de 05 de março de 2013**. Salvador: Diário Oficial do Município, 2013.

SANTANA, T.C.P.; *et. al.* Dificuldades dos enfermeiros no atendimento ao pré-natal de risco habitual e seu impacto no indicador de morbimortalidade materno-neonatal. [s.l.]: **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 20, 2019.

SILVA, V.M.C.; *et. al.* Fatores associados ao óbito fetal na gestação de alto risco: Assistência de enfermagem no pré-natal. [s.l.]: **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 37, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 8. Ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, v. 2, 2008.

CAPÍTULO 17

PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO

Data de aceite: 01/03/2022

João Felipe Tinto Silva

Bacharel em Enfermagem. Pós graduando em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Estácio de Sá (UNESA)
Coroatá – MA
<https://orcid.org/0000-0003-3662-6673>

Larayne Gallo Farias Oliveira

Enfermeira. Universidade de São Paulo (USP)
São Paulo – SP
<https://orcid.org/0000-0002-0031-3846>

Marks Passos Santos

Enfermeiro. Docente na Faculdade Ages de Jacobina (AGES)
Jacobina – BA
<https://orcid.org/0000-0002-7017-2401>

Billy Petterson Moreira Taborda

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA)
Altamira – PA
<https://orcid.org/0000-0002-5265-1329>

Emanuel Osvaldo de Sousa

Fisioterapeuta. Centro Universitário UniFacid (UNIFACID)
Teresina – PI
<https://orcid.org/0000-0003-2825-4275>

Liliane Maria da Silva

Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife – PE
<https://orcid.org/0000-0001-5092-5245>

Cristian Dornelles

Mestre em Saúde no Ciclo Vital pela Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)
Pelotas – RS
<https://orcid.org/0000-0001-9002-613X>

Joycianne Ramos Vasconcelos de Aguiar

Mestre em Saúde no Ciclo Vital pela Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)
Pelotas - RS
<https://orcid.org/0000-0002-0203-4939>

Robson Feliciano da Silva

Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário FACOL (UNIFACOL)
Vitória de Santo Antão - PE
<https://orcid.org/0000-0003-4387-2469>

Sabryna de Sousa Morais

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)
Teresina – PI
<https://orcid.org/0000-0001-6674-238X>

Geycilane Siqueira da Silva

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)
Teresina – PI
<https://orcid.org/0000-0003-3430-6465>

Francisco Israel Magalhães Feijão

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Cariri (UFCA)
Varjota – CE
<https://orcid.org/0000-0002-2004-1032>

Gustavo Henrique dos Santos Soares

Graduação em Medica pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)
Recife – PE
<https://orcid.org/0000-0003-4046-2034>

RESUMO: INTRODUÇÃO: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) se mantem como problema de saúde pública mundial, visto que as taxas de contaminação dessas patologias seguem sendo uma preocupação global. **OBJETIVO:** Mapear através da literatura vigente sobre percepção de usuários e profissionais da saúde sobre estigmas relacionados infecções sexualmente transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada por meio da SCIELO, MEDLINE e LILACS, visando explorar através da fundamentação teórica em livros, manuais, revistas e artigos científicos sobre o estigma de infecções sexualmente transmissíveis na Atenção Básica. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os estudos evidenciam que os testes rápidos são fundamentais para a detecção precoce de IST's, portanto, há a necessidade de torna-lo uma rotina na população, assim o prognostico de casos positivos se fará muito mais eficiente. Muitos casos de HIV, Sífilis, Hepatite B e C poderiam ter sido evitadas se todos tivessem o costume de realizar TR quando necessário. Precisa-se trazer isso para a população, através de educação continuada e permanente, serviços voltados para a comunidade, palestras, folders. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O trabalho relata a importância da testagem de Infecções Sexualmente Transmissíveis na Atenção Básica, pois os testes rápidos são uma estratégia de prevenção no que tange a transmissão das doenças, com um diagnóstico precoce e um tratamento certo poderá haver uma diminuição da morbidade e mortalidade causada por doenças como HIV, hepatites virais e sífilis.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Doenças sexualmente transmissíveis; Estigmas sociais; Participação da comunidade; Pessoa de saúde.

PERCEPTION OF USERS AND PROFESSIONALS ABOUT SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AND PERFORMING RAPID TEST

ABSTRACT: INTRODUCTION: Sexually Transmitted Infections (STIs) remain a global public health problem, since the contamination rates of these pathologies continue to be a global concern. **OBJECTIVE:** To map through the current literature on the perception of users and health professionals about stigmas related to sexually transmitted infections in Primary Health Care. **METHODOLOGY:** This is an integrative review carried out through SCIELO, MEDLINE and LILACS, aiming to explore through the theoretical foundation in books, manuals, magazines and scientific articles on the stigma of sexually transmitted infections in Primary Care. **RESULTS AND DISCUSSION:** Studies show that rapid tests are essential for the early detection of STIs, so there is a need to make it a routine in the population, so the prognosis of positive cases will be much more efficient. Many cases of HIV, Syphilis, Hepatitis B and C could have been avoided if everyone had the habit of performing RT when necessary. It is necessary to bring this to the population, through continued and permanent education, services aimed at the community, lectures, folders. **FINAL CONSIDERATIONS:** The work reports the importance of testing Sexually Transmitted Infections in Primary Care, as rapid tests are a prevention strategy regarding the transmission of diseases, with an early diagnosis and correct treatment, there may be a decrease in morbidity and mortality caused by diseases such as HIV, viral hepatitis and syphilis.

KEYWORDS: Primary health care; Sexually transmitted diseases; Social stigmas; Community participation; Health person.

1 | INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) se mantem como problema de saúde pública mundial, visto que as taxas de contaminação dessas patologias seguem sendo uma preocupação global (MORA; MONTEIRO; MOREIRA, 2015). De acordo com os dados do UNAIDS (2018), o Brasil apresentou um aumento de 21% em novos casos de infecções por HIV de 2010 a 2018, no mesmo ano foram notificados 158 mil novos casos de sífilis no país. Não parando por aí, de 2008 até 2018 foi registrado quase 633 mil casos de hepatites virais, causando uma preocupação com essas taxas que continuam alarmantes.

De acordo com o Ministério de Saúde (MS) recomenda-se que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde adotem medidas que facilitem no acesso ao diagnóstico das IST's, visando a prevenção e a promoção da saúde, pois compreende-se que somente através dessas estratégias possasse diminuir os riscos e agravos à saúde (BRASIL, 2011).

Com base nisso, o MS investiu em uma estratégia de implantações de 433 testes rápidos dentro da atenção básica, em vista que o panorama das IST'S na população tem uma incidência alta e os testes rápidos têm como finalidade ampliar o acesso aos diagnósticos de infecção pelo HIV, detecção de sífilis e hepatites virais, tal qual como apoio ao diagnóstico precoce, tratamento dos agravos e aconselhamento pré e pós teste (BRASIL, 2011).

Concomitante a isso, sabe-se que o objetivo dos testes rápidos consiste na detecção dos anticorpos ou de antígenos no corpo. A testagem rápida é uma estratégia para prevenção da transmissão das doenças e diminuição da mortalidade e morbidade. Desta forma, permite a possibilidade de um diagnóstico precoce e um tratamento oportuno, a testagem acontece de modo simples e ágil, sendo de fácil execução e não necessitam de uma estrutura laboratorial, o mesmo é preconizado pelo Ministério da Saúde e acontece do mesmo modo em todo o país (CARVALHO et al., 2014).

A implantação dos testes também é de suma importância para o meio gestacional, pois reduz a possível transmissão vertical, dentro da atenção básica a realização dos testes rápidos no pré-natal é necessária, dessa forma reduzindo as taxas de transmissões verticais do HIV e a eliminação da sífilis congênita, ofertando dessa forma um cuidado materno-infantil (ANDRADE et al., 2015).

No entanto, os estigmas presentes neste cenário, são a discriminação e a intolerância, muito presente no cotidiano dos portadores das IST's, como o vírus HIV, causador da AIDS, hepatites virais ou sífilis (LIMA et al. 2019). O preconceito social está presente em julgamentos morais relacionados a sexo e sexualidade dos indivíduos. Essa discriminação decorre de diversos preconceitos enraizados dentro da população, a ideia de discriminar está ligada a noções de igualdade ou isonomia, a discriminação aparece desde o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, tal qual em outros diversos âmbitos sociais, reforçando a exclusão social, sujeitando-as em menor qualidade e condições de saúde (EWR et al., 2018).

Vista a isso, uma melhor abordagem acerca das IST's deve ser melhor discutida dentro da comunidade, envolvendo educação em saúde e transpassando informações entre profissionais e usuários para uma melhor compreensão entre estes, objetivando um melhor conhecimento sobre sua promoção, prevenção e tratamento, além de minimizar o estigma estagnado entre a sociedade (HA et al., 2019).

2 | OBJETIVO

Mapear através da literatura vigente sobre percepção de usuários e profissionais da saúde sobre estigmas relacionados infecções sexualmente transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. Ademais, discutir a importância da testagem rápida e o aconselhamento a população.

3 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, na qual as buscas foram realizadas em janeiro de 2022, através das bases SCIELO, MEDLINE e LILACS, onde ocorreu uma seleção criteriosa no que diz respeito às obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão. Foram utilizados de modo associado e isolado os seguintes descritores: Atenção primária à saúde; Doenças sexualmente transmissíveis; Estigmas sociais; Participação da comunidade e Pessoa de saúde, localizados na lista dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis no portal da BVS em (<http://decs.bvs.br/>). Tais descritores foram cruzados utilizando os operadores booleanos "AND" para obtenção dos critérios de inclusão e exclusão.

Para a revisão integrativa da literatura foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos, categorização e avaliação dos artigos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento dos principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Considerou-se como critério de inclusão, artigos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, dentro do recorte temporal de 2014 a 2021 publicadas dentro das bases de dados elencadas, e como critério de exclusão artigos incompletos, duplicados e que não respondiam ao tema proposto.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro dessas buscas foram encontrados 86 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 08 publicações. Ao final das análises, apenas 06 estudos foram incluídos na revisão, por atenderem aos critérios de inclusão e melhor se adequarem ao objetivo proposto, analisados conforme delineamento

do estudo (Tabela 1).

Biblioteca Virtual	Bases de Dados	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos selecionados	Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
BVS	SCIELO	23	21	02	Artigos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês e artigos dentro do recorte temporal de 2014 a 2021 publicadas dentro das bases de dados elencadas.	Artigos incompletos, duplicados e que não respondiam ao tema proposto.
	MEDLINE	41	38	03		
	LILACS	22	20	02		
TOTAL		86	79	07		

Tabela 1: Distribuição das publicações selecionadas nas bases elencadas.

Fonte: Pesquisa realizada (2022).

O MS implantou na Atenção Primária à Saúde (APS) um conjunto de estratégias no que tange a realização de teste rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites virais, com o objetivo principal de garantir a população o direito de diagnóstico e tratamento precoce (ALEXANDRA et al., 2017). Entretanto é observado que existem estigmas relacionados com o pré e pós-teste dos TR, seja do olhar do profissional de enfermagem responsável pela realização do teste ao olhar do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, é preciso ser observado as fragilidades existentes no que diz respeito a todo o processo de testagem dos clientes da AB (LOPES et al., 2015).

Os profissionais tendem a ter como principais problemas na execução dos testes rápidos, questões relacionadas com a demora de entrega dos pedidos de materiais e insumos, e dificuldades de acesso aos equipamentos de proteção individual (máscaras, avental, óculos, entre outros) (PATIAS; VON HOHENDORFF, 2019). Além disso, observa-se um despreparo dos profissionais da saúde para o acolhimento dos casos positivos, que muitas vezes se encontram perdidos e não realizam um atendimento holístico e ajudar no processo de encaminhamento do paciente ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para garantir um bom prognóstico (TELLES-DIAS et al., 2017).

Minuzo et al. (2014) relata que nos últimos tempos, diversos conceitos foram sendo mudados, inicialmente a população idealizava grupos mais vulnerável para contrair alguma IST, como a população mais jovem com uma vida sexual ativa, a existência do preconceito enraizado para com os homossexuais, principalmente nos casos de HIV. No entanto, sabe-se que atualmente o simples fato de se ter uma relação sexual já é um indicativo para exposição a determinados vírus. Uma das grandes problemáticas reflete-se para os usuários do sistema de saúde é a falta de conhecimento sobre essas infecções que ainda

julgam sua ocorrência somente através de sexo, além de outras formas (JOORE et al., 2017).

Melo, Maksud e Agostini (2018) relatam que existe uma forte intersecção entre estigma e pobreza e o número de casos de IST's. Quando abordado sobre os fatores como a desigualdade social é possível notar a influência disso para a população em todas as esferas da sua vida, entre elas a sexual. Isso é notório principalmente quando nas periferias, onde adolescentes iniciam sua vida sexualmente ativa muito cedo precocemente, sem conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, e através disso tornam-se vulneráveis as IST's.

Observa-se que tanto os adolescentes quanto os idosos tendem a não fazer o uso de preservativos, sendo retratado que as IST's, como HIV, Sífilis, Hepatite B e C, possuem outras formas de contaminação. Entretanto o melhor meio de proteção ainda é o preservativo e o conhecimento sobre sua prevenção. Diante disso, o déficit de informações associadas a tais infecções e a precária orientação preventiva acarreta em um número crescente de casos entre adolescentes (QUIRINO et al., 2017).

Observando os idosos é apontado lacunas que devem ser melhor abordadas. Esta parcela da população tende a ter preconceitos enraizados, acreditando que pelo sexo somente com uma pessoa não se faça necessário o uso de preservativos. Todavia, é relatado casos em que um dos parceiros tem relações com outras pessoas e acaba transmitindo a doença para seu conjugue (SANTOS et al., 2018). Nesse sentido, o idoso acredita que tais infecções só transmitem pelo sexo e não realizam a prevenção para os outros tipos de transmissões existentes no que tange as IST's. Sendo poucas são as políticas voltadas para a sexualidade do idoso, havendo uma certa invisibilidade da vida sexual dessa parcela da população e que alguns profissionais partilham dessas crenças por falta de conhecimento adequado (ALEXANDRA et al. 2017).

É possível observar que a sexualidade feminina é perpassada pela percepção de risco que envolve as diversas manifestações e momentos de vida. Assim, todos os processos da vida sexual das mulheres sempre foram observados e controlados. Em grande parte dos momentos de forma negativa, culpabilizando as mesmas pela infecção, principalmente pelo companheiro (ROCHA et al., 2016). Existe ainda um co-fator fundamental nos casos de transmissão de IST's, o fato dos serviços de saúde na grande maioria dos casos não viabilizarem meios das mulheres realizarem suas atividades sexuais com poucos riscos (CARVALHO et al., 2016).

O vínculo estabelecido entre usuários e profissionais pode atuar como um elemento interessante no que diz respeito a luta contra a discriminação. Na APS, o fato da maioria da população conhecer os profissionais da unidade torna-se um confortante, visto que os mesmos se sentem confiante na realização do atendimento (TELLES-DIAS et al., 2017). Por outro lado, alguns usuários sentem receio em relação ao sigilo da equipe, discriminação, medo de ser identificado na comunidade. Então, existem dois lados os usuários que preferem

o atendimento pela equipe por se sentirem acolhidos, priorizando assim o atendimento na unidade do seu próprio território, já em outros casos existem aqueles que não confiam na equipe e preferem ser atendidos onde possam manter o anonimato, devido ao medo de sofrer discriminação (LOPES et al., 2015).

Para que exista o acolhimento na APS é fundamentação a implantação do políticas adequadas nos serviços e a vontade profissional. Pois o vínculo, torna-se facilitador para a testagem nas unidades básicas, visto que o usuário se sente mais à vontade na realização dos testes rápidos com profissionais em que confiam (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Santos et al. (2018) cita que a promoção de empatia se torna um elemento fundamental no processo de redução de estigma no que tange as principais IST's, principalmente para os casos de HIV, sendo esse um fator primordial para aproximação e estabelecimento de confiança entre profissionais e usuários, o que proporciona um cenário favorável para a promoção da saúde.

O conhecimento a respeito das IST's se faz fundamental em todos os âmbitos sociais, de forma aberta e livre de quaisquer julgamentos morais. Dessa forma, a educação continuada é essencial no aprimoramento e o aconselhamento no teste rápido na atenção básica (QUIRINO et al., 2017).

Os gestores e profissionais necessitam de um olhar mais holístico ao paciente e fazer este sentir-se acolhido em todos os processos de saúde, sendo indispensável quebrar paradigmas no que diz respeito aos testes rápidos, tanto dos profissionais quanto dos usuários nos serviços de saúde (CARVALLHO et al., 2016).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, a importância da testagem de IST's na APS, uma vez que, os testes rápidos são considerados uma estratégia de prevenção no que tange a transmissão das doenças, com um diagnóstico precoce e um tratamento adequado, reduzindo a morbidade e mortalidade causada por essas infecções.

Para isto, fica expressamente evidente a importância das ações de saúde pública, a vontade dos profissionais de saúde e uma melhor abordagem e transmissão de informações decorrentes das IST's, proporcionando um melhor conhecimento dos usuários sobre tais infecções e reduzindo o estigma ainda enraizado na população.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. F. et al. **Intimate partner violence after the diagnosis of sexually transmitted diseases**. Rev Saude Publica. v. 49, n. 3, p. 1-9, 2015.

ALEXANDRA, M. S. **Measuring HIV-related stigma among healthcare providers: a systematic review**. Aids Care. v. 29, n. 11, p. 1337-1345, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a implantação dos testes rápidos de hiv e sífilis na atenção básica**. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_implantacao_testes_rapidos_hiv_sifilis.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Testes rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica**. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha/testerapido>>.

CARVALHO, R. L. et al. **Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria [online]. v. 26, n. 4, p. 325-328, 2014.

CARVALHO, F. T. et al. **Counseling in STD/HIV/AIDS in the context of rapid test: Perception of users and health professionals at counseling and testing centre in Porto Alegre**. Journal of Health Psychology. v. 21, s/n, p. 379-389, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. COREN. Resolução n. 09/2017. **Dispõe sobre a realização de testes rápidos de HIV, hepatites virais e sífilis pela equipe de enfermagem**. Pré e pós aconselhamento. 2017.

EWR, D. et al. **Estigma e teste rápido na atenção básica: percepção de usuários e profissionais**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. v. 31, n. 3, 2018.

JOORE, I. K. et al. **The importance of registration of sexual orientation and recognition of indicator conditions for an adequate HIV risk-assessment**. BMC Infect Dis. v. 7, s/n, p. 178, 2017.

HA, J. H. et al. **Gendered relationship between HIV stigma and HIV testing among men and women in Mozambique: a cross-sectional study to inform a stigma reduction and male-targeted HIV testing intervention**. BMJ Open. v. 9, n. 10, e029748, 2019.

MELO, E. A.; MAKSDUD, I.; AGOSTINI, R. **Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde**. Rev. Panam Salud Publica, v. 42, s/n, p. 01-05, 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enferm., v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MIZUNO, Y. et al. **Receipt of HIV/STD prevention counseling by HIV-infected adults receiving medical care in the United States**. AIDS. v. 28, n. 3, p. 407-15, 2014.

MORA, C.; MONTEIRO, S.; MOREIRA, C. O. F. **Formação, práticas e trajetórias de aconselhadores de centros de testagem anti HIV do Rio de Janeiro, Brasil**. Interface. v. 19, n. 55, p. 1145-56, 2015.

LIMA, P. B. S. X. C. et al. **Percepção dos profissionais de saúde e dos usuários sobre o aconselhamento no teste rápido para HIV**. Esc. Anna Nery. v. 24, n. 2, p. 1-9, 2019.

LOPES, A. S. et al. **O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários**. Saúde Debate. v. 39, n. 104, p. 114-23, 2015.

PATIAS, N. D.; VON HOHENDORFF, J. **Crêterios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa.** Psicologia Em Estudo, v. 24, e43536, 2019.

ROCHA, K. B. et al. **Transversalizando a rede: O matriciamento na descentraliza o do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites.** Saúde em Debate, v. 40, n. 109, p. 22-33, 2016.

SANTOS, R. R. G. et al. **Percep o dos profissionais para implanta o do teste rápido para HIV e Sífilis na Rede Cegonha.** Rev. Psicol. Saúde, v. 10, n. 3, p. 17-29, 2018.

QUIRINO, E. M. B. **Percep o de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde.** Rev Bras Enferm. v. 7, n. 1, p. 676-81, 2017.

TELLES-DIAS, P. R. et al. **Impressões sobre o teste rápido para o HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil.** Revista de Saúde Pública. v. 41, suppl. 2, p. 94-100, 2017.

PREVENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA NO MUNICÍPIO DE LINHARES-ES, BRASIL: O RELATO DE UM PROGRAMA DE APOIO EM SAÚDE BUCAL

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 10/01/2022

Itamar Francisco Teixeira

Universidade São Francisco (USF) -
Odontologia
Linhares - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/1354390373254564>

Marcela Vieira Calmon

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
- Odontologia
Linhares – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/8715667294079962>

Josirley de Bortoli

Universidade de Vila Velha (UVV) –
Fonoaudiologia
Fundão - Espírito Santo
<http://Lattes.cnpq.br/2544839606272435>

Rosiene Conti Feitoza

Faculdade de Odontologia de Campos –
Odontologia
Linhares - Espírito Santo
<http://Lattes.cnpq.br/>

RESUMO: O câncer de cabeça e pescoço representam um problema de saúde pública, devido à alta incidência, prevalência e mortalidade. As lesões na cavidade oral, orofaringe e lábios são as mais frequentes. 70% dos diagnósticos são realizados em estágio avançado e cerca de 50% dos registros desse tipo de câncer acabam em morte. O Programa Multiprofissional de

Prevenção ao Câncer de Boca do município de Linhares-ES, Brasil não foi interrompido durante a pandemia COVID-19, devido à necessidade de acesso prioritário dos usuários nesse serviço, como urgência odontológica. O programa tem a finalidade de prevenção e diagnóstico precoce de relevância como abordagem preventiva ao câncer e tem como objetivo realizar exames bucais, biópsias, diagnósticos e cumprir o papel na orientação e a prevenção do câncer de boca, incidência na população e fatores de risco. A metodologia utilizada são consultas ambulatoriais multidisciplinares, realização de campanhas anuais e capacitação dos profissionais da Atenção Primária da rede pública de saúde e estudantes de graduação em odontologia. Os resultados obtidos foram perceber a prevalência, vantagens e possibilidades do diagnóstico precoce desse tipo de câncer. Resgatou-se informações sobre a resolutividade das ações de serviços de saúde bucal e as potencialidades da rede de serviços do câncer de boca, dentre outras patologias bucais, tais como tabagismo e consumo de álcool, uso de drogas lícitas e ilícitas, hábitos de higiene, halitose, próteses dentárias deficientes, xerostomia, candidíase bucal e oportunizou o acesso dos idosos aos serviços de saúde bucal. Concluiu-se que a abordagem multiprofissional e interdisciplinar permite maior probabilidade de sucesso nos cuidados com a população e as ações de prevenção permitem acesso e acolhimento de pacientes que não frequentam rotineiramente as unidades de saúde. Recomendamos ampliar ações como essas nos municípios e sua implantação nas rotinas de atenção à saúde bucal nas unidades de saúde

e nos territórios.

PALAVRAS-CHAVE: Ambulatório Multidisciplinar. Atenção Primária. Câncer de Boca. COVID-19. Saúde Bucal.

PREVENTION OF ORAL CANCER IN THE CITY OF LINHARES-ES, BRAZIL: THE REPORT OF A ONE SUPPORT PROGRAM IN ORAL HEALTH

ABSTRACT: Head and neck cancer represent a public health problem due to its high incidence, prevalence and mortality. Lesions in the oral cavity, oropharynx and lips are the most frequent. 70% of diagnoses are made at an advanced stage and about 50% of records of this type of cancer end in death. The Multiprofessional Program for the Prevention of Cancer of Mouth in the city of Linhares-ES, Brazil was not interrupted during a COVID-19 pandemic, due to the need for priority access for users of this service as a dental emergency. The program has training in prevention and early research diagnosis as a preventive approach to cancer and aims to carry out oral examinations, biopsies, diagnoses and fulfill the role of guidance and prevention of oral cancer, incidence in the population and risk factors. The methodology used is multidisciplinary outpatient consultations, annual campaigns and training of professionals in Primary Care in the public health network and undergraduate dentistry students. The results obtained were to realize the prevalence, advantages and possibilities of early diagnosis of this type of cancer. Information was retrieved about the resoluteness of actions of oral health services and the potential of the network of services for oral cancer, among other oral pathologies, such as smoking and alcohol consumption, use of legal and illegal drugs, hygiene habits, halitosis, deficient dental prostheses, xerostomia, oral candidiasis and provided the elderly with access to oral health services. It was concluded that the multidisciplinary and interdisciplinary approach allows for a greater probability of success in caring for the population and prevention actions allow access and care for patients who do not routinely attend health units. We recommend expanding actions like these in municipalities and their implementation in oral health care routines in health units and territories.

KEYWORDS: Multidisciplinary Outpatient Clinic. Primary Care. Mouth Cancer. COVID-19. Oral Health.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2022), câncer é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm, em comum, o crescimento desordenado de células que tendem a ser muito agressivas e incontrolláveis, dividindo-se rapidamente invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância, determinando a formação de tumores e que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Podem acometer vários tipos de células do corpo e, quando começam em tecidos epiteliais como pele ou mucosas, são denominados carcinomas.

Nesse sentido, o câncer da boca é um tumor maligno que afeta lábios, estruturas da boca, como gengivas, bochechas, céu da boca, língua e a soalho da boca (INCA, 2022) e engloba as neoplasias malignas das glândulas salivares e da orofaringe. Apresenta altas

taxas de morbidade e mortalidade e é considerado um importante problema de saúde pública no Brasil. Estimativas do INCA apontam a incidência de 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres no Brasil em 2020.

Os altos índices de mortalidade, decorrentes do câncer bucal são ocasionados por falhas no diagnóstico precoce ou inadaptação do paciente ao tratamento (ANDRADE et al., 2015). A sua importância em saúde é devido ao aumento da incidência, ao encaminhamento tardio de pacientes para tratamento, a morbidade significativa e a taxa de sobrevivência inferior a 50% em cinco anos (EL-NAGGAR et al., 2017) e tem prevalência nos indivíduos do sexo masculino, entre 50 e 80 anos de idade (NEVILLE, DAY, 2002). Correspondem a 2,1% de todos os casos de câncer no mundo e aproximadamente 90% desses casos são carcinomas orais de células escamosas (COCE) denominados carcinoma epidermoide ou carcinoma espinocelular (CEC) e considerados a neoplasia maligna mais comum na cavidade bucal, em diversos sítios anatômicos (NOGUEIRA et al., 2012; CHI et al., 2015).

Os carcinomas espinocelulares orais (CEO) podem ser precedidos por alterações visíveis na mucosa bucal, denominadas lesões orais potencialmente malignas (LOPM), presentes na forma de manchas ou placas de coloração branca e/ou vermelha na mucosa bucal (GEORGE et al., 2011).

2 | PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO

O termo “grupo de risco” é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos sem certa doença, mas expostos a determinados fatores, adquiram essa moléstia. A identificação dos fatores de risco baseia-se no fato de que a etiologia (causa) do câncer está intimamente relacionada à ação dos agentes cancerígenos químicos, físicos e biológicos (INCA, 2022).

Desse modo, é o quarto tumor mais frequente no sexo masculino da região Sudeste do Brasil (INCA, 2022). O perfil epidemiológico dos indivíduos mais acometidos por essa neoplasia são indivíduos do sexo masculino, tabagistas, etilistas, a partir da quarta década de vida. A borda lateral da língua, o soalho bucal, a mucosa gengival e jugal são os sítios orais mais frequentemente acometidos (WARNAKULASURIYA, 2018). Outrossim, trabalhadores expostos ao sol, Infecção pelo vírus do papiloma humano (human papillomavirus (HPV), alimentação inadequada e má higiene bucal, também podem estar relacionados com a carcinogênese da cabeça e do pescoço (GALBIATTI et al., 2013).

Segundo Cerqueira et al, (2020) há uma tendência observada de progressão maligna de lesões desenvolvidas em indivíduos do sexo feminino não tabagistas e localizadas em língua e soalho bucal (AGUIRRE-URIZAR et al., 2021). A faixa de idade de maior ocorrência desses casos foi entre 60 e 69 anos e a menor prevalência foi nos indivíduos abaixo de 49 anos corroborando os estudos de Silva et al. (2020). No entanto, maiores pesquisas são necessárias para o melhor entendimento dessa associação (CERQUEIRA et al., 2020).

Quanto ao câncer de lábio, que é classificado como um dos mais prevalentes entre as neoplasias malignas bucais e está associado à exposição solar, seja por motivos profissionais ou estilo de vida, possui evolução lenta, facilmente detectável e, quando diagnosticado precocemente, alcança cerca de 100% de cura com pouca ou nenhuma seqüela. Na maioria dos casos o paciente apresenta previamente uma queilite actínica, resultado de muitos anos de exposição ao sol sem proteção (CZERNINSKI et al., 2006).

3 | DIAGNÓSTICO

É importante desenvolver estratégias para o diagnóstico precoce e preventivo do câncer de boca, melhorando o panorama atual por se tratar de um câncer de fácil acesso clínico para o diagnóstico. As lesões precedentes do carcinoma oral de célula escamosa (EL-NAGGAR et al., 2017) representam alterações morfológicas que podem ter um maior potencial de sofrer transformação maligna e, também, indicar um maior risco de desenvolvimento de câncer em qualquer lugar da mucosa oral aparentemente normal (DIONNE et al., 2015; EL-NAGGAR et al., 2017).

Para Czerninskin et al. (2010), o diagnóstico precoce dessa doença faz com que os níveis de cura alcancem mais de 90% e parece ser o meio mais efetivo para aumentar a sobrevida e reduzir a morbidade, a desfiguração facial provocada por cirurgias, bem a duração e os custos hospitalares oriundos do tratamento (GOMEZ et al., 2010). Pode-se utilizar exames complementares, como a citologia esfoliativa (método útil para rastreamento populacional) e a biópsia (INCA, 2022).

Atualmente, o padrão ouro para o diagnóstico do câncer de boca é a biópsia combinada com exame histológico (SPEIGHT et al., 2018). Para as desordens orais potencialmente malignas (DOPM), da mesma forma, a biópsia também é indicada para avaliar risco de transformação maligna (DIONNE et al., 2015; SPEIGHT et al., 2018). O tecido extirpado das leucoplasias e das eritroplasias podem corresponder a uma hiperqueratose, atrofia, displasia epitelial nos diferentes graus e carcinoma oral de células escamosas (COCE) (Dionne et al., 2015). Histologicamente, a maior parte desses carcinomas é o espinocelular ou epidermoide (CAMARGO-CANCELA et al., 2010).

Evidências demonstram que quanto mais severa a displasia, maior a possibilidade de transformação maligna, daí a importância da adequada diferenciação das características histopatológicas de cada lesão (DIONNE et al., 2015; SPEIGHT et al., 2018).

Certas características das lesões, tais como tamanho, textura não-homogênea, coloração branca, vermelha ou mista (branco-vermelha), localização em língua ou assoalho bucal indicam maior associação com risco de transformação maligna. Portanto e nesse contexto, são diagnosticadas depois da quarta década de vida, mais comumente em homens e é até seis vezes mais frequente em fumantes do que não fumantes (WARNAKULASURIYA, 2018). Foi estimada para as leucoplasias uma prevalência global

de 2% (PETTI, 2003; DIONNE et al., 2015) a 4% (MELLO et al., 2018) e uma taxa de transformação maligna que varia de 1 a 18% (REIBEL, 2003; DIONNE et al., 2015).

Os avanços da ciência e tecnologias, possibilitaram que metabólitos e a imunohistoquímica se tornassem atualmente reconhecidos como excelentes instrumentos para o diagnóstico de doenças, como o COCE (SAXENA et al., 2017). As respostas imunológicas que marcam o estágio inicial da carcinogênese oral vão desde a desregulação da expressão de citocinas, até a mudança na densidade e função das células do sistema imunológico (BABIUCH et al., 2020; GRIGOLATO et al., 2020).

O uso de biomarcadores poderia auxiliar no monitoramento da progressão da doença ou atuando como um indicador de prognóstico (SINEVICI, O'SULLIVAN, 2016). Ocorrem em eventos moleculares desregulados durante a carcinogênese, participam na sinalização celular, crescimento, sobrevivência, motilidade, angiogênese e controle do ciclo celular.

4 | PROGNÓSTICO

O prognóstico do carcinoma espinocelular bucal e dos demais tumores é dependente do estadiamento do tumor (GÖDENY, 2014) que pode ser favorável em estágios iniciais, especialmente naqueles bem diferenciados e que não sofreram metástases. A taxa de sobrevida da doença, quando diagnosticada em estágios iniciais, é de 80% e, quando diagnosticada tardiamente, é apenas de 20% (SCULLY; BAGAN, 2009).

5 | PREVENÇÃO

O desenvolvimento de campanhas de combate ao tabagismo, redução do consumo de álcool e medidas preventivas, especialmente no Brasil, podem e devem ser adotadas pelas esferas governamentais, com a distribuição de protetores ou bloqueadores solares, visando primordialmente aos trabalhadores rurais ou de profissões que trabalham ao ar livre (CZERNINSKI et al., 2010).

Para Petti (2003), fatores nutricionais parecem estar envolvidos negativamente e positivamente com o risco de desenvolver o câncer da boca. Estudos parecem indicar que alimentos tais como, frutas e verduras possuem efeitos protetores que diminuem o risco, e alimentos de origem animal como carne e gordura apresentam aumento do risco de desenvolvimento dessa forma de câncer (PETTI, 2003).

Condições sistêmicas, atualmente designadas de desordens com potencial de malignização (DPM) e uma minoria apresenta transformação maligna de fato (NAPIER; SPEIGHT, 2008).

A imunossupressão pode ser uma das gêneses do câncer oral, por exemplo, nos pacientes com AIDS ou nos pacientes submetidos ao transplante de medula óssea (KRUSE; GRÄTZ, 2009). Ainda existem poucas evidências quanto as recomendações preventivas ao HPV em boca. A orientação de sexo oral protegido por preservativos é uma

recomendação prudente. Tais informações trazem implicação para a vigilância do câncer da boca (NAPIER; SPEIGHT, 2008).

O Manual de Especialidades em Saúde Bucal (Brasil, 2008), procura disciplinar e orientar os gestores e cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde quanto aos agravos e práticas de prevenção em atenção secundária do câncer da boca. E a estomatologia traz a identificação de distúrbios orais como prioridade nesse nível de prevenção (WADE et al, 2010). Porém, é necessário a padronização de nomenclatura, dos critérios de diagnóstico clínico e histopatológico, e evidências clínico-terapêuticas que possam interromper a chance de transformação maligna oral (NAPIER, SPEIGHT, 2008).

6 | AUTOEXAME

O autoexame bucal constitui uma estratégia de prevenção de baixo custo e fácil realização, sendo importante para o diagnóstico precoce do câncer de boca. Os cirurgiões-dentistas, de um modo geral, não costumam ensinar o autoexame bucal e nem o realizam em busca de lesões que possam levar ao desenvolvimento de câncer na prática clínica. Este entendimento pode estar relacionado ao fato de não saberem fazer ou por não o considerar necessário (BRITO SOUZA et al, 2012).

Para Steele, Meyers (2010), esta pode ser uma boa maneira de levar os pacientes a detectarem cânceres assintomáticos em suas fases iniciais, apesar de não haver estudos que o indiquem como forma de rastreamento (STEELE, MEYERS, 2010). O autoexame poderia ser divulgado pela mídia, mesmo que não garanta um efeito significativo na consciência do público (GOMEZ et al., 2010).

7 | ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A capacitação dos profissionais da saúde, incluindo o cirurgião-dentista, envolve o exame clínico visual e tátil da boca e para a variação do perfil epidemiológico da patologia, em especial. Os estudos demonstram a necessidade de educação continuada para a detecção precoce por esse profissional da equipe de saúde (Casotti et al., 2016; Bulgareli et al., 2013). A educação continuada impacta não apenas nos conhecimentos, como também pode modificar o comportamento dos dentistas.

A atenção primária em saúde (APS), como porta de entrada de todo o sistema de atenção em saúde, é o legítimo espaço das ações de controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção ao paciente oncológico. Pela característica da Estratégia Saúde da Família (ESF), a detecção precoce pode ocorrer na visita dos agentes comunitários de saúde (ACS) que pode apontar as categorias de risco para as neoplasias bucais, a visita domiciliar é uma possibilidade de se realizar o encaminhamento do paciente de risco para ser examinado por um cirurgião-dentista da atenção básica (SANTOS; FRACOLLI, 2010).

Ademais, na ESF ainda se verificam práticas fundadas em um modelo individualista e desarticuladas das necessidades da população, apesar de a equipe de saúde bucal se apresentar como parte integrante e importante para a saúde da população. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde (Brasil, 2004) diretamente relacionadas ao papel do cirurgião-dentista como ator desse processo, apesar de ações de prevenção e promoção com ênfase na saúde bucal, serem incipientes.

A educação continuada para as equipes de saúde incluindo ACS, o auxiliar em saúde bucal (ASB), o técnico em saúde bucal (TSB), enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, abordando os fatores de risco, as dificuldades para a realização do diagnóstico precoce e sinais e sintomas iniciais do câncer da boca pode ser importante, visando buscar o diagnóstico precoce de forma coletiva (ROSIN et al., 2006).

8 | POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CÂNCER DE BOCA

A publicação das diretrizes para organização da saúde bucal (BRASIL, 2004), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), implementou-se o Programa Brasil Sorridente, que, entre outras atividades, compreendeu a oferta de serviços voltados ao diagnóstico e à detecção do câncer bucal. A inserção do serviço odontológico nas unidades básicas de saúde (UBS) tem propiciado expansão da cobertura de cuidados em saúde bucal.

Há falhas em relação à prevenção primária do câncer bucal, principalmente quanto à dificuldade para estabelecer políticas públicas voltadas aos seus principais fatores de risco, além de questões relativas aos profissionais da saúde e aos usuários dos serviços envolvidos (TORRES-PEREIRA, 2019; CAMARGO CANCELA, 2010). Dessa forma, o câncer bucal continua sendo um problema de saúde pública, com indicadores epidemiológicos que não apresentaram melhoras nos últimos anos (TORRES-PEREIRA, 2019).

Os pacientes com essa doença, em geral, ainda são acolhidos como demanda espontânea nos serviços de saúde e, por isso, gera sucessivos atrasos no diagnóstico e encaminhamento, que acabam adiando as possibilidades de abordagem precoce e consequentemente limitam a sua sobrevida (GOMEZ et al, 2010).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) privilegiaram a Estomatologia, com ênfase na prevenção e diagnóstico do câncer da boca como ações prioritárias (FIGUEIREDO, 2009). Sob o ponto de vista da Epidemiologia e do impacto nos indicadores de incidência e morbimortalidade do câncer da boca no país, esses centros têm como iniciativa a organização da atenção especializada em Odontologia no Brasil (FIGUEIREDO, 2009).

Nos três níveis de prevenção das doenças classicamente divididas, a prevenção primária traz as ações ou iniciativas que possam reduzir a incidência e a prevalência da doença, modificando os hábitos da comunidade, buscando interromper ou diminuir os fatores

de risco e a exposição, antes mesmo que a doença se instale. A prevenção secundária visa ao diagnóstico precoce da doença em uma fase anterior ao paciente apresentar alguma queixa clínica. A prevenção terciária visa limitar o dano, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida durante o tratamento e, sempre que possível, reintegrar o indivíduo à sociedade (CZERNINSKIN et al., 2010).

A vigilância em saúde para Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) possibilitou implementar um melhor monitoramento da saúde bucal da população brasileira, incrementando conhecimento sobre fatores de risco e epidemiológicos, aprimorando o direcionamento da prevenção primária e da promoção da saúde, além de auxiliar a construção de um sistema de informação em saúde bucal (GOES et al., 2012).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda se verificam práticas fundadas em um modelo individualista, desarticuladas das necessidades da população. Dessa maneira a equipe de saúde bucal se apresenta como importante parte integrante para a saúde da população. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde (BRASIL, 2004).

9 | RELATO DE EXPERIÊNCIA: O PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA NO MUNICÍPIO DE LINHARES-ES

Em 2009, o Departamento de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Linhares-ES criou o programa de prevenção e detecção precoce do câncer de boca e orofaringe com o objetivo de diagnosticar antecipadamente esse tipo de câncer na população.

Isso se justifica pelo fato de serem as secretarias de saúde as principais responsáveis pela promoção, proteção e melhoria da saúde de sua população.

O câncer de boca é um problema de saúde coletiva que acomete as pessoas que, por não ter acesso às informações, serviços de diagnóstico e tratamento, poderiam ficar desassistidas, principalmente durante a pandemia COVID-19.

9.1 Metodologia e desenvolvimento do programa

O programa multiprofissional de prevenção ao câncer de boca do município de Linhares-ES foi incrementado durante a pandemia covid-19, pois foi percebida a necessidade de acesso prioritário nesse serviço como urgência odontológica.

O ambulatório de caráter multidisciplinar desenvolvido conta com 2 cirurgiões-dentistas, 1 fonoaudiólogo e 2 técnicas de enfermagem. Os serviços realizados são acolhimento, consultas multidisciplinares, exames bucais e integrativos centrados na pessoa, biópsias, orientações, diagnósticos e clínica ampliada. Cumpre o papel na orientação e prevenção do câncer bucal, sua incidência na população e os seus fatores de risco.

As ações ocorrem de maneira multidisciplinar e os profissionais são sensibilizados

com as informações, dado que se mobilizam no sentido do encaminhamento para o diagnóstico, com acolhimento e percepção aos altos índices de morbidade e mortalidade da doença. Promovem treinamentos e capacitações das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) voltados para o câncer de boca e, da mesma forma, abarca os estudantes e estagiários de odontologia, intra e extramuros, com participação das consultas, ações, palestras e campanhas e orientações sobre a doença.

São realizadas campanhas anuais e se institui a “semana de prevenção e combate ao câncer bucal”, que mobilizam as unidades de saúde, a imprensa e os profissionais de saúde da atenção primária. Nelas são ministradas palestras, orientação à população, distribuição de panfletos, prestação de serviços de exames bucais e biópsias urgentes. Participam delas profissionais de saúde, voluntários e estudantes.

9.2 Resultados e avaliação

As ações do programa de prevenção na atenção primária e especializada em odontologia parecem promissoras na organização de rotinas eficientes de referência e contrarreferência em Estomatologia.

As pessoas com lesões benignas ou suspeitas de malignização são encaminhadas para o programa, seja para tratamento ou diagnóstico, onde encontram resolutividade e continuidade de cuidado na rede de serviços.

Pelo caráter multidisciplinar, a equipe do programa pode contar com o apoio da atenção primária, alunos e estagiários da faculdade de odontologia o que demanda baixo custo técnico-operacional, considerando-se que a prevenção e o diagnóstico precoce beneficiam o acesso a toda a população do município, além de efetivamente trazer o caráter educativo e formativo. A parceria do programa com a faculdade local e com os profissionais, pode ampliar os resultados efetivos de acolhimento, promoção e foco na qualidade de vida e saúde para a população. A faculdade de odontologia do município está em vias de ampliar este projeto para o seu curso de odontologia, com a finalidade de acolhimento, assistência e busca ativa de lesões potencialmente malignas na população atendida pelos acadêmicos. O programa de prevenção ao câncer de boca exemplifica a saudável parceria e integração do poder público, universidade, e serviços de saúde públicos e privados.

Os estudantes que participam dos estágios nas unidades de saúde podem, sob supervisão das equipes de ESF, visitar instituições, abrigos de idosos, comunidades e desenvolvem ações locais sobre o câncer de boca e orientação sobre o autoexame nos territórios.

Uma das lições aprendidas foi perceber a prevalência e possibilidades do diagnóstico precoce desse tipo de câncer. Resgatou-se informações sobre a resolutividade das ações de serviços de saúde bucal e as potencialidades da rede de serviços do câncer de boca, dentre outras patologias bucais. Introduziu-se o instrumento de cuidado e de tratamento para outras lesões bucais benignas, abordagem de hábitos de higiene, cuidados com

halitose, próteses dentárias desadaptadas, xerostomia, candidíase bucal e oportunizou o acesso aos serviços de saúde bucal de idosos e a introdução na rede de serviços de saúde de pessoas que normalmente não frequentavam as unidades de saúde.

10 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar permite maior probabilidade de sucesso nos cuidados com a população e ações de prevenção permitem acesso e acolhimento de pacientes que não frequentam rotineiramente as unidades de saúde.

Há que se considerar, que iniciativas verticais são apenas indutoras da organização de uma rede de atenção. Torna-se imperioso que na esfera municipal as ações possam ser implantadas e avaliadas considerando as diferenças e características epidemiológicas, de infraestrutura, socioeconômicas e organizacionais dos municípios no enfrentamento e prevenção do câncer de boca.

Devido à sua facilidade de operação e custo relativamente baixo, recomendamos o modelo desse projeto nos municípios brasileiros e a sua implantação nas rotinas de saúde bucal da atenção primária em saúde das unidades de saúde nos territórios.

REFERÊNCIAS

- AGUIRRE-URIZAR, J.M.; LAFUENTE-IBÁÑEZ DE MENDOZA, I. WARNAKULASURIYA S. **Malignant transformation of oral leukoplakia: systematic review and meta-analysis of the last 5 years**. Oral diseases, p. 0-3, 2021.
- ANDRADE, J.; SANTOS, C.; OLIVEIRA, M.C. **Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil**. Rev Bras Epidemiol; 18(4):894-905, 2015.
- BABIUCH, K., *et al.* **Evaluation of Proinflammatory, NF-kappaB Dependent Cytokines: IL1 α , IL-6, IL-8, and TNF- α in Tissue Specimens and Saliva of Patients with Oral Squamous Cell Carcinoma and Oral Potentially Malignant Disorders**. Journal of Clinical Medicine, v. 9, n. 3, p. 867, 2020.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf.
- BRITO SOUZA, L.R.; FERRAZ, K.D.; PEREIRA, N.S.; MARTINS, M.V. **Conhecimento acerca do câncer bucal e atitudes frente à sua etiologia e prevenção em um grupo de horticultores de Teresina (PI)**. Rev Bras Cancerol (Online). 2012.

BROCKLEHURST, P., *et al.* **Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer.** Cochrane Database Syst Ver. 2010.

BULGARELI, J.V. *et al.* **Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos.** Ciênc Saúde Colet. 2013. Acesso em 03 de jan. de 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200003>

CAMARGO-CANCELA, M., *et al.* **Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population-based incidence.** Head Neck 2010; 32:357-67.

CASOTTI, E., *et al.* **Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciênc Saúde Colet. 2016. Acesso em 04 de jan. 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.10742>

CERQUEIRA, J.M.M. *et al.* **Malignant transformation of oral leukoplakia: a multicentric retrospective study in Brazilian population.** Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal, p. 0–0, 2020.

CHI, A.C.; DAY, T.A.; NEVILLE, B.W. **Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma--an update.** CA Cancer J Clin 65(5):401-421, 2015.

CONWAY, D.I., *et al.* **Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies.** Int J Cancer 2008;

CZERNINSKI, R.; ZINI, A.; SGAN-COHEN, H.D. **Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970-2006.** Br J Dermatol 2010; 1625:1103-9.

CAMARGO CANCELA, M., *et al.* **Oral cavity cancer in developed and in developing countries: populationbased incidence.** Head Neck. 2010 32(3):357-67. Acesso em 02 de jan. 2022: <https://doi.org/10.1002/hed.21193>.

DIONNE, K.R. **Potentially malignant disorders of the oral cavity: current practice and future directions in the clinic and laboratory.** Int J Cancer, v. 136, n. 3, p. 503–515, 2015.

DRAGOMIR, L.P., *et al.* **Clinical, epidemiological and histopathological prognostic factors in oral squamous carcinoma.** Current Health Sciences Journal, v. 36, n. 4, 2010.

EL-NAGGAR, A.K.; CHAN, J.K.C.; GRANDIS, J.R.; TAKATA, T. **Who Classification of head and neck tumours.** 4rd. ed. Lyon, France: IARC, 2017

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. **Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil.** Cad Saúde Pública 2009; 25:259-67.

GALBIATTI, A.L.S., *et al.* **Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento.** Braz J Otorhinolaryngol. 2013. Acesso em 06 de jan. 2022: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180886942013000200018&lng=en&nrm=iso&tling=pt.

GEORGE, A.; SUSAN, S.; SUNIL, S. **Potentially malignant disorders of oral cavity.** Oral Maxillof Pathol J., v. 2, p. 95-99, 2011.

GOES, P.S.A.; FIGUEIREDO, N.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; MOURA, L. **Vigilância à saúde bucal: a construção de um modelo integrado.** Cad Saúde Pública. 2012. Acesso em 06 jan. 2022. https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2012001300002&script=sci_arttext

GRIGOLATO, R., *et al.* **Leukoplakia and immunology: new chemoprevention landscapes?** International Journal of Molecular Sciences, v. 21, n. 18, p. 1-20, 2020.

GÖDEN, M. **Prognostic factors in advanced pharyngeal and oral cavity cancer; significance of multimodality imaging in terms of 7th edition of TNM.** Cancer Imaging. v. 14, p. 15, 2014.

GOMEZ, I., *et al.* **Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay?** Oral Dis. 2010; 16:333-42.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2022. <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>. Acesso em 06 jan. 2022.

KRUSE, A.L.; GRÄTZ, K.W. **Oral carcinoma after hematopoietic stem cell transplantation: a new classification based on a literature review over 30 years.** Head Neck Oncol 2009; 1:29.

MARUR, S.; D'SOUZA, G.; WESTRA, W.H. FORASTIERE, A.A. **HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic.** Lancet Oncol 2010;

MELLO, F.W., *et al.* **Prevalence of oral potentially malignant disorders: A systematic review and meta-analysis.** J Oral Pathol Med. 2018.

NAPIER, S.S.; SPEIGHT, P.M. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. J Oral Pathol Med 2008; 37:1-10.

NEVILLE, B.W.; DAY, T.A. **Oral cancer and precancerous lesions.** CA Cancer J Clin., 52:195-215, 2002.

NOGUEIRA, A.S., *et al.* **Perfil Epidemiológico de 23 casos de neoplasias malignas da cavidade oral atendidos em uma instituição odontológica de nível secundário.** Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, v. 41, n. 4, p. 181-185, 2012.

PETTI, S. **Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review.** Oral Oncology. v. 39, p. 770–780, 2003.

RAPIDIS, A.D., *et al.* **Major advances in the knowledge and understanding of the epidemiology, aetiopathogenesis, diagnosis, management and prognosis of oral cancer.** Oral Oncol. 2009.

REIBEL, J. **Prognosis of oral pre-malignant lesions: significance of clinical, histopathological, and molecular biological characteristics.** Crit Rev Oral Biol Med, v. 14, n. 1, p. 47–62, 2003.

ROSIN, M.P., *et al.* **New hope for an oral cancer solution: together we can make a difference.** J Can Dent Assoc. 2008.

SANTOS, L.P.; FRACOLLI, L.A. **Community health aides: possibilities and limits to health promotion.** Rev Esc Enferm USP. 2010; 44:76-83.

SAXENA, S., SANKHLA KS, SUNDARAGIRI A, BHARGAVA A. **Review of salivary biomarker: a tool for early oral cancer diagnosis.** Adv Biomed Res., 6(90), 2017.

SCULLY C, BAGAN J. **Oral squamous cell carcinoma overview.** Oral Oncol, v. 45,4–5, p. 301–8, 2009.

SILVA, L.C., *et al.* **CD1a + and CD207 + cells are reduced in oral submucous fibrosis and oral squamous cell carcinoma.** v. 25, n. 1, 2020.

SINEVICI, N.; O'SULLIVAN, J. **Oral cancer: deregulated molecular events and their use as biomarkers.** Oral Oncology, v. 61, p. 12-18, 2016.

SPEIGHT, P.M.; KHURRAM, A.S.; KUJAN, O. **Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, v. 125, n. 6, p. 612–627, 2018.

STEELE, T.O.; MEYERS, A. **Early detection of premalignant lesions and oral cancer.** Otolaryngol Clin [serial on the internet]. 2011. Acesso em 02 de jan. 2022: <https://doi.org/10.1016/j.otc.2010.10.002>.

WADE, J.; SMITH, H.; HANKINS, M.; LLEWELLYN, C. **Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers?** Fam Pract 2010; 27:77-84.

WARNAKULASURIYA, S. **Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, v. 125, n. 6, p. 63 582–590, 2018.

WARNAKULASURIYA, S. **Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer.** Oral Oncol 2009; 45:309-16.

VIOLÊNCIA FINANCEIRA CONTRA MULHERES: UMA CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS NO ESPÍRITO SANTO

Data de aceite: 01/03/2022

Franciéle Marabotti Costa Leite

Doutora em Epidemiologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, Espírito Santo. Líder do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (Lavisa) da UFES

Gracielle Pampolim

Doutora em Saúde Coletiva. Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (Lavisa) da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES Vitória, Espírito Santo

Elisa Aparecida Gomes de Souza

Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, Espírito Santo. Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (Lavisa) da UFES

Luiza Eduarda Portes Ribeiro

Mestranda em Saúde coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (Lavisa) da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES Vitória, Espírito Santo

Ajhully Alves Ribeiro

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, Espírito Santo. Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (Lavisa) da UFES

Márcia Regina de Oliveira Pedroso

Doutora em Saúde Coletiva. Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (Lavisa) da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES Vitória, Espírito Santo

Esmeraldo Costa Leite

Especialista em Segurança pública pela Universidade Federal do Espírito Santo – UFES Vitória, Espírito Santo

RESUMO: Objetivo: Caracterizar a violência financeira contra mulheres notificadas no Espírito Santo entre 2011 e 2018, de acordo com as características da vítima, do agressor e da agressão. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo utilizando dados notificados de violência financeira contra mulheres no Espírito Santo, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Os dados foram apresentados em frequência bruta e relativa. **Resultados:** A frequência de violência financeira contra mulheres foi de 0,2%. As notificações são principalmente de vítimas idosas, de raça/cor preta/parda, com deficiência e/ou transtornos. A maioria, desse abuso, foi cometido por uma única pessoa, do sexo masculino, sendo filhos da vítima, e, com 25 anos ou mais de idade. **Conclusão:** Os dados encontrados podem ser úteis para os serviços de saúde, servindo de auxílio e de difusor de conhecimento na identificação do perfil das vítimas, do evento e dos agressores, o que favorece o acolhimento dessas mulheres e a inserção delas na rede de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Epidemiologia; Saúde da mulher; Notificação; Sistemas de informação.

ABSTRACT: Objective: To characterize the financial violence against women reported in Espírito Santo between 2011 and 2018, according to the characteristics of the victim, the aggressor and the aggression. **Methods:** A descriptive study was carried out using reported data on financial violence against women in Espírito Santo, registered in the Notifiable Diseases Information System. Data were presented in raw and relative frequency. **Results:** The frequency of financial violence against women was 0.2%. The notifications are mainly of elderly victims, of black/brown race/color, with disabilities and/or disorders. Most of this abuse was committed by a single person, male, being the victim's children, aged 25 or over. **Conclusion:** The data found can be useful for the health services, serving as an aid and disseminator of knowledge in identifying the profile of victims, the event and the aggressors, which favors the reception of these women and their insertion in the care network. **KEYWORDS:** Violence; Epidemiology; women's Health; Notification; Information systems.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno sócio-histórico, relacionado a conflitos de autoridade, lutas pelo poder, vontade de domínio e de posse. Esse agravo afeta fortemente a saúde e por isso o tema passou a ser introduzido nas discussões deste setor, na certeza de que pode contribuir para sua discussão e prevenção (MINAYO, 2006). Dentre os grupos mais vulneráveis a esse fenômeno, encontram-se as mulheres, que frequentemente são vítimas de sistema sócio-histórico que as condicionou a uma posição hierarquicamente inferior na escala de perfeição especulada socialmente, produzindo uma relação desigual entre homens e mulheres na sociedade (SILVA; OLIVEIRA, 2015).

A violência contra a mulher vem se destacando como um dos maiores problemas a serem combatidos pela saúde pública (RAMALHO *et al.*, 2017), sendo definida como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, coerção ou privação arbitrária de liberdade em um ambiente público ou privado (SILVA; OLIVEIRA, 2015). No intuito de reprimir, impedir e prevenir esse agravo, foi criada em 2006 a Lei Maria da Penha, a qual descreve que a violência contra a mulher pode se apresentar em forma de violência física, psicológica, sexual moral e patrimonial (BRASIL, 2010).

A violência patrimonial, também conhecida como violência financeira, consiste em qualquer ato que resulte em retenção, subtração destruição de objetos, pessoais e/ou laborais, direitos ou recursos econômicos, assim como de documentos, bens e valores (BRASIL, 2010). Este tipo de violência é mais frequentemente perpetrado no meio familiar, e por essa razão é também uma das menos denunciadas (BRASIL, 2014).

Uma revisão sistemática conduzida a partir de estudos realizados no oriente médio entre 1995 e 2020, evidenciou que a violência financeira/patrimonial contra a mulher foi o

terceiro tipo de violência mais reportado, com prevalência de 19%, ficando atrás apenas da violência psicológica e física (MOSHAGH *et al.*, 2021). Enquanto no Brasil, segundo dados levantados por Mascarenhas *et al.* (2020), a violência financeira ocupou o 4º lugar no ranking das notificações de violência contra mulheres, perpetrada por parceiros, entre 2011 e 2017, com uma prevalência de 3,3%. Todavia, é importante reforçar que, por inúmeras razões, a violência financeira ainda é extremamente subnotificada, podendo sua prevalência real ser ainda maior.

Além disso, de acordo com Eriksson e Ulmestig (2017), a violência financeira ainda é um tema pouco explorado na literatura, em especial no contexto da violência contra a mulher. Há uma grande variação em suas prevalências, e pouco se sabe sobre seus fatores associados, o que dificulta a prevenção, detecção e enfrentamento deste agravo.

Tendo posto, é perceptível a importância e necessidade de se estudar este tipo de violência, em especial por causa da invisibilidade atribuída a ela, que, por vezes, só é detectada já em estágios crônicos e, não raramente, associada a outros tipos de violência (BRASIL, 2014). A partir de novos estudos, será possível dar mais visibilidade a este agravo, além de possibilitar a criação de redes de apoio e acolhimento a estas vítimas, bem como políticas e protocolos mais eficazes de enfrentamento a este agravo. Dessa forma, este estudo objetiva caracterizar a violência financeira contra mulheres notificadas no Espírito Santo entre 2011 e 2018, de acordo com as características da vítima, do agressor e da agressão.

METODOLOGIA

Estudo de caráter descritivo de todos os casos notificados de violência financeira contra mulheres adultas notificados no Espírito Santo no período de 2011 a 2018. A escolha do período de análise ocorreu pois foi em 2011 que foi instituído a notificação compulsória de casos de violência (BRASIL, 2011).

O Espírito Santo é um estado da região Sudeste brasileira, com uma extensão territorial de 46.074,444km² e uma população de 3.514.952 pessoas, de acordo com o último censo, sendo que 50,75% (1.783.735) são mulheres (IBGE, c2021).

As variáveis apresentadas no estudo foram: violência financeira (não; sim), dados de caracterização da vítima (faixa etária da vítima: 20 a 59 anos; 60 anos e mais; raça/cor: branca; preta/parda; e, presença de deficiências/transtornos: não; sim); caracterização do agressor (faixa etária do agressor: 0 a 19 anos; 20 a 59 anos; 60 anos e mais; sexo do agressor: masculino; feminino; ambos os sexos; vínculo do agressor com a vítima: familiar; conhecido; desconhecido), e, caracterização do evento (número de envolvidos: um; dois ou mais; violência de repetição: não; sim; e se foi realizado encaminhamento para outros serviços da rede de atendimento: não; sim).

Os dados para a realização desta pesquisa foram fornecidos pela Secretaria de

Estado da Saúde do Espírito Santo e consta dos dados de todas as notificações de casos de violência realizadas pelos serviços de saúde no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), através da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (BRASIL, 2016).

Foram calculadas frequências relativas e absolutas das variáveis, por meio do Programa Stata 14.0. O presente trabalho faz parte de um projeto maior que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Espírito Santo, sob parecer número 2.819.597.

RESULTADOS

A notificação de violência financeira no sexo feminino representou uma frequência de 0,2% do total de casos notificados de todos os tipos de violência (N; 43; IC95%: 0,2-0,3) (Dado não apresentado em Tabela).

No que tange a caracterização das vítimas de violência financeira, observa-se que as mulheres, em sua maioria, encontram-se na faixa etária de 60 anos ou mais (65,1 %), 60,5% da raça/cor preta/parda, e, 76,9% sem deficiência ou transtorno. Quanto ao agressor, 81,1% pertencem a faixa etária de 25 anos ou mais, e, são do sexo masculino (76,8%). Nota-se que em 41,5% dos casos os agressores são filhos das vítimas, sendo que em 74,4% das vezes foi cometida por uma pessoa, e, 95% é de repetição. O encaminhamento foi feito para a maioria das vítimas (P: 74,4%) (Tabela 1).

Variáveis	N	%	IC 95%
Faixa etária			
20 a 59 anos	15	34,9	21,8-50,7
60 anos e mais	28	65,1	49,3-78,2
Raça/Cor			
Branca	15	39,5	24,8-56,3
Preta/Parda	23	60,5	43,7-75,2
Deficiências/Transtornos			
Não	30	76,9	60,5-87,9
Sim	9	23,1	12,1-39,5
Faixa etária do agressor			
0 – 24 anos	7	18,9	9,0-35,6
25 anos ou mais	30	81,1	64,4-91,0
Sexo do agressor			
Masculino	33	76,8	61,2-87,3
Feminino	5	11,6	4,8-25,8
Ambos	5	11,6	4,8-25,8

Vínculo com a vítima			
Parceiro atual ou ex	15	36,6	22,9-52,8
Filho	17	41,5	27,0-57,5
Outros	9	21,9	11,5-37,8
Número de envolvidos			
Um	32	74,4	58,8-85,6
Dois ou mais	11	25,6	14,4-41,2
Violência de repetição			
Não	2	5,0	1,2-18,9
Sim	38	95,0	81,1-98,8
Encaminhamento			
Não	11	25,6	14,4-41,2
Sim	32	74,4	58,8-85,6

Tabela 1. Características dos casos notificados de violência financeira contra as mulheres. Espírito Santo, 2011-2018 (n = 43).

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/Espírito Santo, 2011-2018.

DISCUSSÃO

A violência financeira ou patrimonial ainda é pouco discutida de forma isolada, devido a sua característica de associação com outras formas de violência, entretanto, possui impactos relevantes na saúde de suas vítimas, com destaque para o público feminino, demandando cada vez mais investigações sobre suas características na intenção de elucidar seus fatores associados. Neste estudo, a notificação de violência financeira contra mulheres apresentou uma prevalência de 0,2% (N: 43; IC95%: 0,2-0,3).

A literatura aponta a mulher como principal vítima deste tipo de violência em todo ciclo de vida, um estudo realizado com notificações de violência contra a pessoa idosa, encontrou maior frequência de violência financeira contra mulheres (9,7%) do que homens (5,8%) (MASCARENHAS *et al.*, 2012). Enquanto em outro estudo realizado com dados de indivíduos adultos em um município em Minas Gerais, a violência financeira apresentou prevalência de 8,8%, destacando a dificuldade da mulher se perceber como vítima, o que pode representar dados de subnotificação (PEREIRA *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que a construção da masculinidade atrelada ao conceito da violência, embora também vitimize os homens, promove diferenças no impacto sobre a qualidade de vida ao se comparar os gêneros (WARMILING *et al.*, 2021). A estrutura familiar patriarcal construída socialmente reflete uma relação de poder que trata a figura masculina como provedora e a feminina como dependente, o que por sua vez, facilita com que a presença de situações de privação financeira sejam mais frequentes e causem maiores impactos negativos contra as mulheres (CHERON; SEVERO, 2010).

No que se refere à faixa etária, pessoas acima de 60 anos ou mais representaram

65,1% dos casos notificados, o que corrobora com a literatura que aponta o envelhecimento como um fator relacionado com a violência financeira (SILVA; BENITO, 2021; SANTOS *et al.*, 2019; ALARCON *et al.*, 2019). A maior exposição a este agravo nesta faixa etária pode estar relacionada com as dificuldades inerentes ao processo senil, como a incidência de múltiplas morbidades e diminuição da autonomia e independência, tornando-os vulneráveis aos cuidados e tutela exercida por terceiros (SANTOS *et al.*, 2019). Porém, apesar deste fato estar consolidado na literatura, neste estudo encontramos que a maioria das vítimas estudadas (76,9%) não apresentavam deficiência ou transtorno.

Além disso, no Brasil, o registro deste tipo de agravo apresenta ascensão nos últimos anos na população idosa, indo de 4,1% (n= 4.955) em 2011 para 17,1% (n=20.462) em 2018. Só o estado do Espírito Santo totalizou 2.483 registros de denúncias entre 2011 e 2018, correspondendo a 2,1% dos casos notificados no Brasil neste período (SILVA; BENITO, 2021).

No que tange a raça/cor, as vítimas deste agravo foram mais frequentemente indivíduos pretos/pardos, refletindo a discussão tão enraizada, mas ainda sem previsão de solução em nossa sociedade, que diz respeito ao fato de a população negra estarem historicamente mais sujeitas a situações de violência interpessoal, bem como apresentarem piores condições de renda, educação e acesso a serviços básicos (THEODORO *et al.*, 2008; IBGE, 2020).

Com relação às características do agressor, neste estudo identificamos que 81,1% eram adultos com 25 anos ou mais, e que em 41,5% dos casos o agressor foi o filho da vítima. Tais achados vão de encontro com o posto na literatura, que aponta que dentre os principais agressores destacam-se pessoas adultas próximas à vítima, como os filhos, companheiros, amigos e parentes (MASCARENHAS *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2019). Nota-se ainda, diferença da relação com a vítima de acordo com sua idade, como mostra Pereira, *et al.* (2013) enquanto mulheres jovens eram vitimizadas pelo ex-marido/companheiro (64,5%), o principal agressor das mulheres idosas era o próprio filho (52,5%). Tais violações de direitos praticadas dentro do ambiente familiar transformam o lar em um ambiente de medo e angústia, aumentando as relações de dependência e dificultando a denúncia dos agressores.

Agressores do sexo masculino foram responsáveis por 76,8% dos casos de violência financeira, igualmente, o Ministério da Mulher, Família e dos Direitos Humanos demonstrou que no primeiro trimestre de 2020 mais de 90% das denúncias de violência patrimonial contra a mulher foram cometidas por pessoas do sexo masculino (BRASIL, 2021). Os homens têm mais conhecimento acerca da importância de terem, por exemplo, títulos de propriedades em seu nome, assim por vezes os recursos financeiros do casal são comumente registrados como pertencentes a este, principalmente no momento do divórcio, resultando em violência patrimonial contra a mulher (FRIEDEMANN-SANCHEZ, 2012; DEERE; LEÓN, 2021). Ademais, muitas das vezes, os homens utilizam de violência

como meio de poder, força e autoridade contra a mulher, como é imposto a eles no contexto da sociedade (SILVA *et al.*, 2017).

Em consonância com a literatura, como visto em nosso estudo a violência foi majoritariamente perpetrada por um único agressor (74,4%), o que vai ao encontro do relatado por outras pesquisas (BROI *et al.* 2017; KASSIM. *et al.* 2020). Entretanto, identifica-se a necessidade de mais estudos acerca do número de prováveis autores de violência patrimonial para uma melhor compreensão do evento.

Quanto aos encaminhamentos, cerca de 74,4% (n = 32) dos casos foram encaminhados para outros serviços. Isso revela que a maior parte das notificações foram direcionadas para setores que podem colaborar para o atendimento e o acolhimento de mulheres vítimas desse tipo de violência, o que é fundamental para o fortalecimento dessas mulheres na busca de cidadania e para a superação do agravo. Contudo, aproximadamente 25,5% (n = 11) dos casos não receberam encaminhamento, o que dificulta a inserção dessas mulheres em uma rede de cuidados (BRASIL, 2019; GOMES *et al.*, 2013).

Dentre as principais limitações do estudo, destaca-se a subnotificação da violência financeira, o que influencia a baixa quantidade de casos notificados e o não conhecimento da real prevalência do agravo. Além disso, houve uma dificuldade em encontrar estudos sobre a temática na literatura. Por fim, o uso de um banco de dados secundários não permite refletir sobre outras questões que envolvam esse agravo, como por exemplo se ele está relacionado com outras formas de violência. Porém, mesmo diante das limitações, o estudo vigente é importante para refletir as características da vítima, do agressor e da agressão e contribuir com estudos futuros acerca do tema.

CONCLUSÃO

O vigente estudo permitiu observar a frequência de casos notificados de violência financeira contra as mulheres no estado do Espírito Santo, entre o período de 2011 a 2018. Nota-se que a prevalência dos casos foi maior em mulheres na faixa etária de 60 anos ou mais, de raça/cor preta/parda e que não possuíam deficiências ou transtornos. Já o perfil dos agressores, eram homens com idade de 25 anos ou mais, sendo em sua maioria filhos das próprias vítimas.

Os dados encontrados podem ser úteis para os serviços de saúde, servindo de auxílio e de difusor de conhecimento na identificação do perfil das vítimas, do evento e dos agressores, o que favorece o acolhimento dessas mulheres e a inserção delas na rede de cuidados. Além disso, cabe aos profissionais de saúde estarem atentos nos indicativos de uma violência financeira, a fim de reconhecerem os casos, encaminharem adequadamente as vítimas para outros serviços e evitarem subnotificações do agravo.

REFERÊNCIAS

ALARCON, M. F. S. *et al.* Violência financeira: circunstâncias da ocorrência contra idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 22, n. 6, p. e190182, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190182>

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **1º semestre de 2020 - Painel de dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/paineldedadosdaondh/ONDH-2020SM01>. Acesso em: 13 jan. 2022

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Disque Direitos Humanos - Relatório 2019**. Brasília: Ministério da Mulher, da família e dos Direitos Humanos. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional [...], a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2011.

BRASIL. Procuradoria Especial da Mulher. **Lei Maria da Penha lei nº 11.340**. Brasília/DF: Edições Câmara, 2010.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa - é possível prevenir, é necessário superar**. Brasília/DF: Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

BROI, L. G. *et al.* **Fatores associados à violência contra a mulher no estado de Santa Catarina**. 2017. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina). – Universidade Sul de Santa Catarina - USSC, Santa Catarina, 2017.

CHERON, C.; SEVERO, E. E. Apanhar ou passar fome? A difícil relação entre dependência financeira e violência em Porto Alegre, RS. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero, Florianópolis, 2010., **Anais...** v. 9, p. 1-9, 2010. Disponível em: http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278279902_ARQUIVO_Cheron_Severo.pdf Acesso em: 12 jan. 2022.

DEERE, C. D.; LEÓN, M. De la potestad marital a la violencia económica y patrimonial en Colombia. v. 23, n. 1, p. 219-251, 2021. **Revista de Estudios Socio-Jurídicos**. DOI:<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/sociojuridicos/fa.9900>.

ERIKSSON, M.; ULMESTIG, R. "It's Not All About Money": Toward a More Comprehensive Understanding of Financial Abuse in the Context of VAW. **Journal of Interpersonal Violence**. v. 36, n. 3-4, p. 1625-1651, Feb. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260517743547>

FRIEDEMANN-SÁNCHEZ, G. Legal Literacy and Immovable Property: Laws, Norms and Practices in Colombia. **Development and Change**. v. 43, n. 6, p. 1361-1384, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-7660.2012.01800.x>.

GOMES, N. *et al.* Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 377 - 384, 2013.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades e Estados. **IBGE**. c2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es.html>. Acesso em: 03 Jan. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Rio de Janeiro, 2020. IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 03 Jan. 2022.

KASSIM, M. J. N. *et al.* Caracterização sociodemográfica das notificações de violência interpessoal em mulheres em idade fértil em um hospital de ensino no Paraná. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. v. 10, n. 4, p. 1-12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v10i4.14810>

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 23, n. Suppl 01, p. E200007, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Violence against the elderly: Analysis of the reports made in the health sector - Brazil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 9, p. 1-11, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900014>.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MOSHTAGH, M. *et al.* Intimate Partner Violence in the Middle East Region: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Trauma Violence Abuse**. Aug. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/15248380211036060>

PEREIRA, R. C. B. *et al.* O fenômeno da violência patrimonial contra a mulher: percepções das vítimas. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**. v. 24, n.1, p.207-236, 2013.

RAMALHO, N. M. G. *et al.* Violência doméstica contra a mulher gestante. **Revista de enfermagem**, v. 11, n. 12, p. 4999-5008. Dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22279p4999-5008-2017>.

SANTOS, L. S. Caracterização do perfil da pessoa idosa vítima de violência financeira em Belém. **Revista de Direito FIBRA Lex**. v. 4, n. 5, p. 1-11, 2019.

SILVA, G. A.; BENITO, L. A. O. Denúncias de violência financeira contra idosos no Brasil: 2011-2018. **REVISIA**. v. 10, n. 2, p. 432-45, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p432a445>.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n.11, p. 3523-3532. Nov. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.11302014>.

THEODORO, M. *et al.*, (Orgs.). **As políticas públicas e a desigualdade social no Brasil 120 anos após a abolição**. 1. ed. Rio de Janeiro: IPEA, 2008.

WARMILING, D. *et al.* Qualidade de vida de mulheres e homens idosos em situação de violência por parceiro íntimo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 6, p. e200268, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.200268>.

SOBRE O ORGANIZADOR

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “*Analysis in vitro and acute toxicity of oil of Pachira aquatica Aublet*”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2020) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Atena Editora.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Análise espacial 61, 62

Anquiloglossia 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 116, 118, 119, 120

Atenção primária à saúde 6, 18, 26, 27, 28, 31, 32, 74, 111, 116, 164, 166, 167

C

Câncer de boca 172, 173, 175, 177, 178, 179, 180, 181

Comunicação 11, 12, 13, 15, 21, 22, 23, 29, 53, 91, 92, 93, 94, 126, 131, 135, 138, 145, 146, 148, 152

Coronavírus 6, 9, 19, 27, 82, 83, 86, 122

COVID-19 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 27, 32, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 109, 121, 122, 123, 172, 173, 179

D

Demografia 62

E

Enfermagem 10, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 29, 32, 33, 42, 77, 78, 84, 87, 112, 113, 124, 125, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 146, 162, 163, 167, 170, 179, 185, 193

Ensino 6, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 33, 36, 37, 39, 40, 42, 83, 90, 95, 96, 126, 145, 193, 194

Envelhecimento 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 89, 124, 125, 131, 133, 190

Equipe multidisciplinar 89, 96, 97, 103, 113, 115, 177

Espiritualidade 124, 125, 127, 129, 130, 132, 133, 134

Estresse 20, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 95

H

Humanização 13, 88, 97, 136, 143, 144, 145, 151, 158

I

Infecções sexualmente transmissíveis 163, 164, 165, 166

Instituição de longa permanência 124, 126

M

Mídia 3, 104, 135, 137, 139, 140, 142, 143, 177

Minorias sexuais 148, 149

Mortalidade fetal 156, 157, 158, 162

O

Obsolescência 1, 2, 3, 9

P

Pandemia 6, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 90, 109, 114, 121, 122, 145, 172, 179

Política de saúde 1, 48, 57

Políticas públicas 2, 8, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 56, 62, 63, 72, 73, 74, 75, 76, 141, 143, 148, 149, 150, 154, 155, 158, 178, 193

Pós-graduação 17, 19, 20, 21, 25, 33, 36, 61, 135, 148, 185, 194

Q

Qualidade de vida 7, 35, 41, 42, 43, 51, 73, 74, 89, 92, 93, 96, 103, 104, 111, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 133, 179, 180, 189, 193

R

Residência médica 29

S

Saúde bucal 111, 112, 118, 119, 172, 173, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

Saúde física 125, 128, 132, 136

Saúde ocupacional 33, 35

Saúde pública 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 17, 32, 42, 44, 45, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 119, 122, 124, 133, 137, 141, 145, 148, 155, 158, 164, 165, 169, 171, 172, 174, 178, 182, 183, 186, 192

Simulação clínica 82, 83, 84, 85, 86, 87

Sistemas de informação em saúde 50, 59, 148, 149, 151, 153

U

Usina de oxigênio 121, 122, 123

V

Vigilância em saúde 3, 20, 52, 76, 78, 79, 81, 148, 150, 158, 179, 192

Vigilância epidemiológica 44, 78, 79, 80, 81

Violência 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193

Violência financeira 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193

Violência obstétrica 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente